

Surveillance des hépatites B et C, Normandie

| Editorial |

Sophie Vaux, Santé publique France

Les hépatites B et C sont des infections hépatiques causées par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). Les hépatites B et C représentent un problème de santé publique majeur du fait de leur gravité potentielle avec une évolution possible vers une cirrhose et/ou un carcinome hépatocellulaire, du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge.

Le VHC est transmis par le sang contaminé, par contact direct, ou par l'intermédiaire d'un objet contaminé. Le principal mode de transmission du VHC en France est lié au partage de matériel lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse et dans une moindre mesure par voie intranasale. Il existe également un risque de transmission en cas d'utilisation de matériel non stérilisé (tatouage, piercing, acupuncture...). Le VHC entraîne une hépatite C chronique (correspondant à une persistance du virus dans le sang pendant plus de 6 mois) dans 60 % à 85 % des cas. Les nouveaux traitements (les antiviraux à action directe de seconde génération) permettent désormais la guérison de cette infection dans plus de 90 % des cas.

Pour le VHB, les principales expositions à risque de transmission en France sont les rapports sexuels à risque (avec un partenaire porteur d'une infection chronique par le VHB, en cas de partenaires multiples ou de rapports entre hommes) et le séjour dans une zone d'endémie pour l'hépatite B. La transmission peut également intervenir par exposition à du sang ou des objets contaminés tels que lors d'échanges de seringues, de pratiques de tatouage, piercing ou acupuncture. L'hépatite B est potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10 % des cas. Les traitements actuellement disponibles ne permettent pas d'obtenir la guérison définitive de l'infection chronique. La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace contre cette maladie.

Dans le monde, les régions par ces infections les plus touchées sont : l'Afrique et l'Asie centrale et orientale pour l'hépatite C, l'Afrique Subsaharienne et l'est de l'Asie pour l'hépatite B.

La France est un pays de faible endémicité pour le VHC et pour le VHB. Le nombre de personnes ayant une infection chronique par le VHC a été estimé à 192 700 en 2011 en France métropolitaine, soit 0,42% de la population. La prévalence de l'hépatite B chronique est inférieure à 1% en population métropolitaine. En France, les régions les plus concernées pour les infections à VHC sont la Provence Alpes Côte d'Azur, l'Île de France et l'Occitanie. Pour les infections à VHB, il s'agit des départements d'outre-mer (Mayotte, Guyane et Guadeloupe) et de l'Île de France.

A l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C, Santé publique France met à disposition sur son site internet, comme chaque année, l'ensemble des données épidémiologiques relatives aux hépatites virales dont il dispose, qu'il s'agisse de données nationales ou régionales.

Un numéro thématique sur les hépatites B et C sera publié le 20 juin 2017 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>).

I Introduction |

A l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C, ce bulletin présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic des hépatites B et C pour la région Normandie dont la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Les indicateurs décrits sont ceux produits par Santé publique France ou par des partenaires de surveillance. Il est également fait mention de résultats de surveillance issus de publications sans que ce document ne vise une revue bibliographique exhaustive.

A l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C, Santé publique France met à disposition sur son site Internet (santepubliquefrance.fr), comme chaque année, une mise à jour des données nationales et régionales sur les hépatites B et C. Un bulletin national a été rédigé cette année avec des données qui peuvent compléter celles présentées dans ce bulletin régional.

I Hépatite C |

1/ Activité de dépistage et de diagnostic, prévalence de l'hépatite C

Les recommandations de dépistage de l'hépatite C ont évolué ces dernières années. En 2014, les recommandations qui ciblaient les personnes exposées au risque d'infection (depuis 2001) ont été étendues aux hommes âgés de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale [1] puis en 2016 à l'ensemble des adultes quel que soit leur sexe [2]. La stratégie de dépistage contre l'hépatite C doit être revue prochainement par la Haute Autorité de Santé (HAS).

| En population générale |

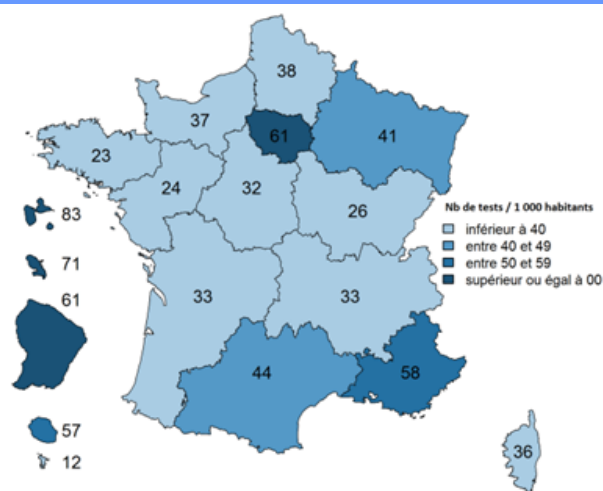
Remboursement par l'assurance maladie

En 2015, 3,1 millions de tests pour la recherche des anticorps anti-VHC ont été réalisés en France dans le secteur privé (données tous régimes). Sur les 3 dernières années, l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC est passée de 43 tests pour 1 000 habitants en 2013 à 47 tests pour 1 000 habitants en 2015. Les données historiques montrent une augmentation régulière de l'activité de dépistage comprise entre 1 % et 6 % sur les 10 dernières années. Les données nationales montrent un dépistage plus fréquent chez les femmes (63 % des dépistages en 2015) et notamment celles en âge de procréer. En 2015, il n'est cependant pas observé d'augmentation significative de l'activité de dépistage pour les classes d'âge couvertes par les recommandations de 2014.

Les données régionales concernent uniquement le régime général (incluant les sections locales mutualistes). Dans ces régimes, l'activité de dépistage France entière pour 2015 est estimée à 42 tests pour 1 000 habitants. L'activité de dépistage est plus importante dans les départements d'Outre-mer (60 tests pour 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (41 tests pour 1 000 habitants). En France métropolitaine, c'est en Ile-de-France que l'activité de dépistage est la plus élevée (Figure 1).

| Figure 1 | Activité de dépistage des anticorps anti-VHC (nombre de tests pour 1 000 habitants), France, 2015

Source : Sniiram, exploitation Santé publique France. Carte Geofla-IGN



En Normandie, 123 000 tests sont réalisés dans le régime général ce qui, rapporté à la population de la région, permet d'estimer l'activité à 37 tests pour 1 000 habitants (30 tests pour 1 000 habitants en Basse-Normandie et 43 tests pour 1 000 habitants en Haute-Normandie) (Tableau 1).

L'activité de dépistage est ainsi dans la moyenne observée en France métropolitaine avec cependant des disparités observées entre les (anciens) territoires bas-normand et haut-normand.

| Tableau 1 | Activité de dépistage des anticorps anti-VHC, région Normandie, 2013-2015

Source : Sniiram, Exploitation Santé publique France

Région	Nombre de tests de dépistage remboursés			Nombre de tests de dépistage remboursés / 1 000 habitants*		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Normandie	118 314	122 448	122 968	36	37	37
Basse-Normandie	42 797	44 357	43 925	29	30	30
Haute-Normandie	75 517	78 091	79 043	41	42	42
France métropolitaine	2 404 216	2 564 704	2 655 856	38	40	41
France entière ^a	2 529 881	2 693 478	2 782 951	38	41	42
France entière ^b	2 807 513	2 987 066	3 088 189	43	45	47

*Estimation de population, données Insee 2013, 2014, 2015

^aDonnées régionales : uniquement régime général (incluant les sections locales mutualistes)

^bDonnées tous régimes

Enquête LaboHep

A partir d'un échantillon aléatoire de 1 504 laboratoires tirés au sort, on estime qu'en 2013, en France, 3,6 millions de sérologies de dépistage de l'hépatite C (anticorps anti-VHC) ont été réalisées. Ces dépistages ont été réalisés majoritairement (69 %) dans le secteur privé. Cette enquête mettait en évidence des disparités régionales marquées aussi bien pour l'activité de dépistage que pour les résultats des tests (figures 2 et 3). Le nombre de sérologies de dépistage des anticorps anti-VHC par habitant était plus élevé dans les départements d'Outre-mer (79 tests pour 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (55 tests pour 1 000 habitants). Les données LaboHep confirmaient l'augmentation de l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC depuis 2010 (+ 6 %). Parmi ces sérologies, 0,9 % se sont avérées positives, proportion stable par rapport à l'étude LaboHep de 2010 [3,4].

| Tableau 2 | Activité de dépistage des anticorps anti-VHC et nombre de tests positifs, région Normandie, 2013

Source : enquête LaboHep

Région	Activité de dépistage	Nb de tests de dépistage / 1 000 habitants	Nb de tests positifs	Nb de tests de dépistage positifs / 100 000 habitants*
Normandie	156 727	47	723	22
Basse-Normandie	60 499	41	305	21
Haute-Normandie	96 228	52	418	23
France métropolitaine	3 481 926	55	32085	50
France entière	3 645 687	55	32536	49

*Estimation de population, données Insee 2013

En Normandie, le nombre de sérologies de dépistage des anticorps anti-VHC (Tableau 2) était de 47 pour 1 000 habitants (41 tests pour 1 000 habitants en Basse-Normandie et 52 tests pour 1 000 habitants en Haute-Normandie). Les nombres de tests anticorps anti-VHC confirmés positifs étaient de 22 tests pour 100 000 habitants, soit une valeur bien inférieure à la valeur de la France métropolitaine (50 tests pour 100 000 habitants).

| En population spécifique |

Chez les nouveaux donneurs de sang

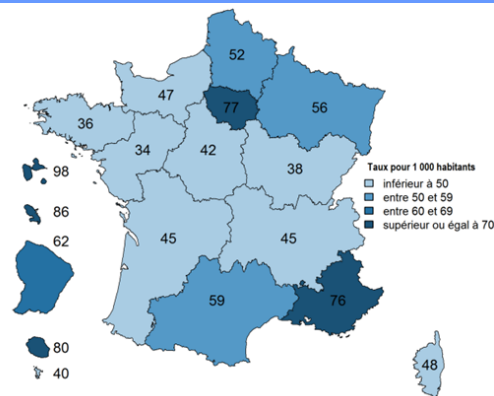
En France, sur un total de 1 033 700 nouveaux donneurs de sang sur la période 2013-2015, 330 ont été confirmés positifs pour le VHC (présence dans le sang d'anticorps anti-VHC ou d'ARN VHC). Dans la mesure où les candidats au don connaissant leur infection par le VHC s'auto-excluent ou sont écartés du don lors de l'entretien médical préalable, le taux de prévalence est un taux de personnes anticorps anti-VHC positif (ou ARN positif) ne connaissant pas leur infection. En France, la prévalence était de 3,2 pour 10 000 nouveaux donneurs.

Les données régionales sont disponibles et présentées selon le découpage régional de l'établissement français du sang (EFS). Il était élevé en Guadeloupe (6,3 pour 10 000 nouveaux donneurs), dans la région EFS Alpes-Méditerranée (6,1), à la Réunion (5,3) et en Ile-de-France (4,0) (Figure 4). Il n'y a pas de données disponibles pour la Guyane et Mayotte.

L'évolution de la prévalence du VHC chez les nouveaux donneurs entre 2001 et 2015 en région Normandie montre une tendance générale à la baisse proche de ce qui est observé au niveau national (Figure 5).

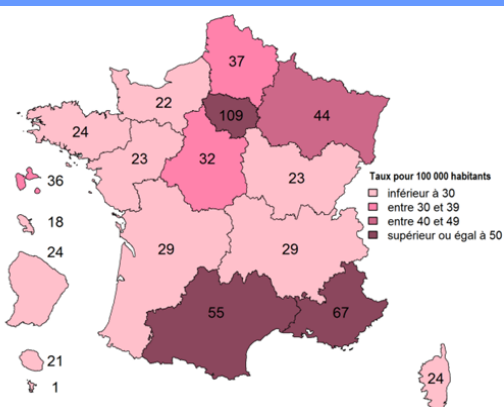
| Figure 2 | Nombre de tests anticorps anti-VHC (pour 1 000 habitants), France, 2013

Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN



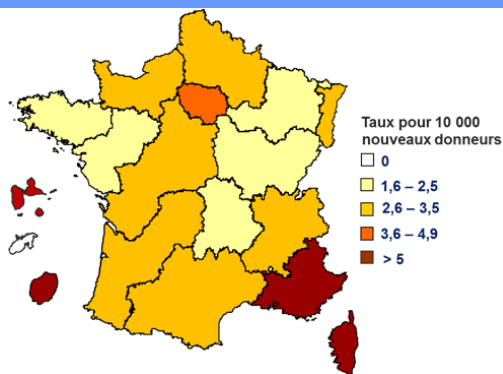
| Figure 3 | Nombre de tests anticorps anti-VHC confirmés positifs (pour 100 000 habitants), France, 2013

Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN



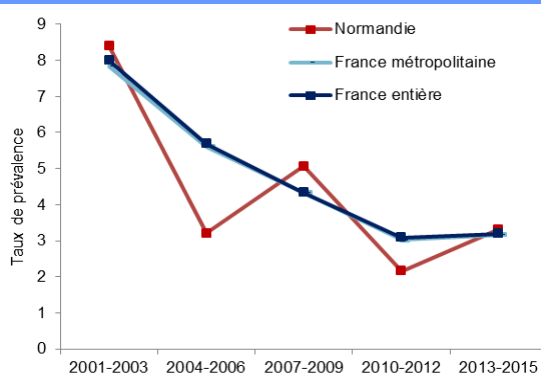
| Figure 4 | Taux de prévalence du VHC (anticorps anti-VHC ou ARN) chez les nouveaux donneurs de sang (pour 10 000 nouveaux donneurs), France, 2013-2015

Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA



| Figure 5 | Taux de prévalence du VHC (Ac anti-VHC ou ARN), pour 10 000 nouveaux donneurs, Normandie, 2001-2015

Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA



Chez les usagers de drogues par voie injectable

Les usagers de drogues (UD) sont particulièrement concernés par les infections à VHC. Les données de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 mettent en évidence que 44 % des usagers de drogues sont porteurs d'anticorps anti-VHC (prévalence des anticorps anti-VHC) et près de 65 % des usagers de drogues par voie injectable (UDI) ayant injecté au moins une fois au cours de la vie [5]. Cette prévalence atteint presque 90 % chez les UDI russophones versus 44 % chez les UDI francophones [6]. Les UDI constituent le principal réservoir de la transmission du VHC en France [7]. La prévalence biologique du VHC dans cette population est en baisse (74 % en 2004). Des tendances identiques à la baisse sont observées pour les prévalences déclarées du VHC parmi les UDI recueillis par l'OFDT dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (de 55 % en 2005 à 46 % en 2010) et dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) (de 47 % en 2006 à 33 % en 2012). En revanche, les dernières données déclaratives de 2015 montrent une stabilisation (45 % en CSAPA et 34 % en CAARUD).

En Normandie, les données issues des CSAPA indiquaient que l'évolution de la prévalence déclarée de l'infection était inférieure à la prévalence déclarée à l'échelle nationale (30 % versus 45 %) (Figure 6, Figure 7). Une diminution significative de la prévalence déclarée était observée sur la période 2007-2015 (Figure 7). Aucune donnée issue des CAARUD n'était disponible pour la région Normandie en raison d'effectifs trop réduits.

En Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Dans les 230 CDAG ayant participé en continu à la surveillance de l'activité de dépistage de 2013 à 2015, près de 375 000 tests de dépistage d'anticorps anti-VHC ont été réalisés entre 2013 et 2015 (Tableau 3). Le pourcentage global de positivité était estimé à 0,82 %. Il était plus élevé en France métropolitaine (0,84 %) que dans les DOM (hors Mayotte) (0,53 %). En France métropolitaine, le pourcentage de positivité des anticorps anti-VHC était élevé en régions Centre-Val de Loire (1,54 %), Occitanie (1,38 %), Hauts-de-France (1,05 %) et en Ile-de-France (0,96 %). La comparaison des pourcentages de positivité entre régions doit rester prudente, les différences pouvant être liées à un recrutement spécifique des CDAG.

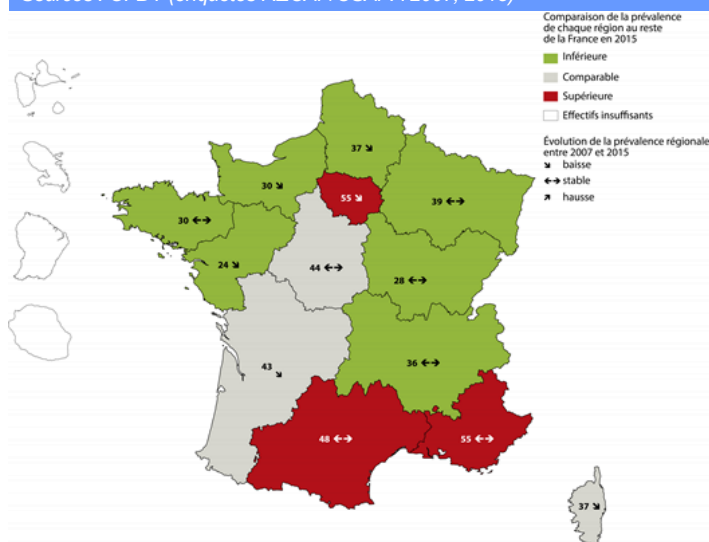
En Normandie, 14 CDAG ont participé à la surveillance sur les trois années (3 en Basse-Normandie et 11 en Haute-Normandie). Le pourcentage de positivité pour le VHC était inférieur (0,69 %) au pourcentage national (0,84 %). En Basse-Normandie, le pourcentage observé (1,32 %) pourrait être dû à un recrutement spécifique ou à la situation épidémiologique. Il est observé une augmentation de l'activité de dépistage entre les années 2013 et 2014 (+ 6 %) et qui s'accroît l'année suivante (+ 11 %), cette dernière augmentation était particulièrement liée à l'augmentation de dépistage pour le VHC dans les CDAG de Haute-Normandie (+ 19 %). Sur la même période, le pourcentage de positivité pour les anticorps VHC a diminué de 1,1 % en 2013, 0,55 % en 2014 et 0,49 % en 2015. Ceci peut s'expliquer par un élargissement du dépistage à des populations moins à risque pour l'hépatite C.

Sur les 17 874 tests réalisés, le sexe était renseigné pour 17 815 personnes. Dans la région sur les 3 années et dans les 14 CDAG ayant participé à la surveillance, 9 942 tests ont été réalisés chez des hommes (56 %) et 7 873 chez des femmes. Les tests de dépistage étaient majoritairement réalisés dans la classe d'âge des 20-29 ans chez les hommes (46,9 %) comme chez les femmes (49,5 %) (Figure 8). Ces tendances étaient similaires à celles observées au niveau national. En raison d'effectifs trop réduits, les analyses sur les cas confirmés n'étaient pas pertinentes.

Une analyse récente a permis d'estimer l'activité de dépistage pour le VHC de l'ensemble des CDAG par région rapporté à la population. L'activité a ainsi été estimée en 2015 à 1,6/1 000 habitants en Basse-Normandie et à 2,6/1 000 habitants en Haute-Normandie. L'estimation de l'activité nationale est de 3,0/1000 habitants [8].

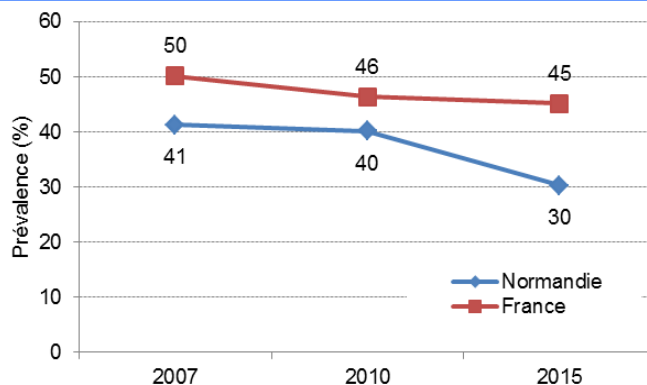
| Figure 6 | Prévalence déclarée de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les UDI en CSAPA, France, 2015

Sources : OFDT (enquêtes RECAP/CSAPA 2007, 2015)



| Figure 7 | Evolution de la prévalence déclarée (%) de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les UDI en CSAPA, Normandie et France, 2007, 2010 et 2015

Sources : OFDT (enquêtes RECAP/CSAPA 2007, 2010, 2015)



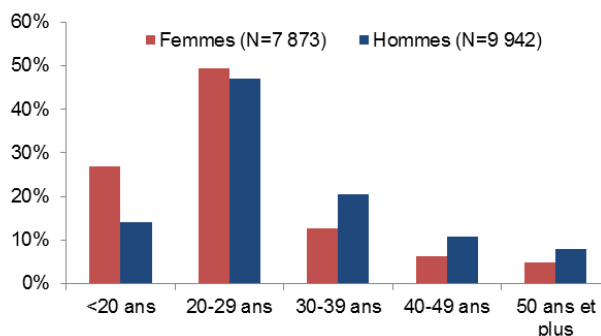
| Tableau 3 | Activité de dépistage et pourcentage de positivité des anticorps anti-VHC dans les 14 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, Normandie, 2013 – 2015

Source : Santé publique France

Région	Nombre de tests VHC positifs	Nombre de tests VHC réalisés	Pourcentage de positivité	Nombre de CDAG ^a
Normandie	124	17 874	0,69	14
Basse-Normandie	71	5 363	1,32	3
Haute-Normandie	53	12 511	0,42	11
France métropolitaine	2 959	352 728	0,84	224
France entière (hors Mayotte)	3 077	374 906	0,82	230

^aCDAG ayant participé les 3 années de surveillance

| Figure 8 | Activité de dépistage des anticorps anti-VHC dans les 14 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, selon le sexe et l'âge, Normandie, 2013-2015



2/ Prise en charge des patients avec une hépatite C chronique

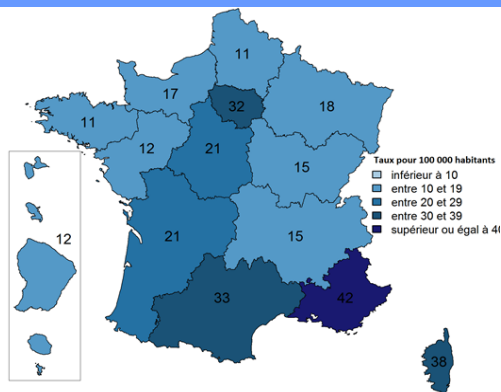
| Patients en ALD |

Selon les données du Sniiram (couvrant le régime général et les sections locales mutualistes), le nombre de personnes en ALD 6 pour une hépatite chronique C au niveau national était de 63 300 personnes en 2015 et avec une diminution annuelle comprise entre 5 % et 8 % depuis 2013 (2013 : 72 200 personnes, 2014 : 68 500 personnes) alors que ce nombre était en augmentation les années précédentes. Cette diminution pourrait être liée en partie à l'impact des nouveaux traitements ayant induit la guérison d'un certain nombre de personnes. En 2015, 57 % des personnes en ALD pour une hépatite chronique C étaient des hommes. Les classes d'âges les plus représentées étaient, pour les hommes, les 50-59 ans (43 %) puis les 40-49 ans (24 %) et, pour les femmes, les 50-59 ans (30 %) puis les 60-69 ans (24 %).

Rapporté à la population, le nombre de bénéficiaires d'une ALD pour une hépatite chronique C en 2015 était de 95 pour 100 000 habitants, plus de deux fois plus élevé en métropole (97 pour 100 000) que dans les DOM (41 pour 100 000). En métropole, les régions Corse (179 pour 100 000 habitants), Paca (148 pour 100 000 habitants), Ile-de-France (138 pour 100 000 habitants) et Occitanie (117 pour 100 000 habitants) sont celles pour lesquelles les nombres de bénéficiaires rapportés à la population étaient les plus élevés (Figure 9). Pour les DOM, l'estimation n'était disponible que de façon agrégée (41 pour 100 000 habitants) sans précision par département.

En Normandie l'analyse départementale pour l'année 2015 montre que le taux de prise en charge le plus élevé était celui du département de Seine-Maritime avec 1 096 personnes (87 pour 100 000 habitants) (Tableau 4). Ce taux était cependant inférieur au taux de prise en charge observé au niveau national.

| Figure 10 | Nombre annuel de patients ayant initié un traitement contre le VHC par AAD de 2nde génération par région, (taux / 100 000 habitants), France, 2015 Source : Sniiram, tous régimes, France entière. Insee : estimation de population au 1er janvier, Carte Geofla-IGN

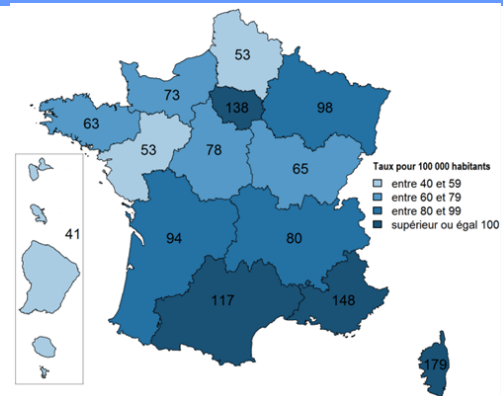


| Tableau 5 | Nombre annuel de patients ayant initié un traitement contre le VHC par AAD de 2nde génération (Nb / 100 000 habitants), Normandie, 2015 Source : Sniiram, tous régimes, France entière. Insee : estimation de population au 1er janvier

Département	2014		2015	
	Nombre	Nombre / 100 000 habitants*	Nombre	Nombre / 100 000 habitants*
Calvados	90	13	128	18
Eure	41	7	91	15
Manche	38	8	67	13
Orne	21	7	33	12
Seine-Maritime	109	9	241	19
Normandie	299	9	560	17
France métropolitaine	1 898	14	3 161	23
France entière	2 048	13	3 415	22

| Figure 9 | Nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique C par région (Nombre de personnes en ALD pour 100 000 habitants), France

Sources : Sniiram, régime général dont sections locales mutualistes, Insee : estimation de population au 1er janvier, France entière. Exploitation : Santé publique France. Carte Geofla-IGN



| Tableau 4 | Nombre de personnes en ALD au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique C par département (Nombre de personnes en ALD pour 100 000 habitants), Normandie

Sources : Sniiram, régime général dont sections locales mutualistes, Insee : estimation de population au 1er janvier. Exploitation : Santé publique France.

Département	Nombre	Nombre / 100 000 habitants*
Calvados	498	72
Eure	432	72
Manche	252	50
Orne	150	52
Seine-Maritime	1 096	87
Normandie	2 428	73
France métropolitaine	62 341	97
France entière	63 214	95

| Patients traités par antiviraux d'action directe (AAD) |

Depuis fin 2013, le traitement des hépatites chronique C a connu une évolution thérapeutique majeure avec l'arrivée des antiviraux d'action directe (AAD) qui permettent un pourcentage de guérison de l'infection pour plus de 90 % des patients avec un meilleur profil de tolérance et des durées de traitement plus courtes que celles des traitements plus anciens. En janvier 2016, la Ministre de la Santé a annoncé l'ouverture de l'accès universel aux nouveaux traitements oraux de l'hépatite C [9]. En décembre 2016, la Haute autorité de santé (HAS) a rendu un avis favorable pour une extension du traitement par AAD aux patients asymptomatiques dont le stade de fibrose est F0 ou F1. Le traitement des personnes les moins atteintes vise à ralentir l'évolution de la fibrose hépatique, à prévenir ses complications, à éviter les manifestations extra-hépatiques et limiter la transmission du virus [10]. Une augmentation des initiations de traitement par AAD devrait donc être observée sur les prochaines années.

En France, selon les données du Sniiram tenant compte des remboursements de l'ensemble des régimes, un traitement par AAD de seconde génération a été initié chez 40 personnes en 2013, 8 700 en 2014 et 14 650 en 2015. Etant donné que plusieurs traitements ont pu être initiés chez une même personne au cours de la période, il est estimé qu'un traitement a été initié chez 22 600 personnes entre 2014 et 2015 et 20 300 ont été guéris [11]. Rapporté à la population, on estime à 13 pour 100 000 habitants, le nombre de personnes traitées en 2014 (Figure 9) et 22 pour 100 000 habitants en 2015.

En Normandie, le nombre de personnes traitées par AAD était estimé à 9/100 000 habitants en 2014 et à 17 pour 100 000 habitants en 2015 (Figure 10, Tableau 5). Les taux de prise en charge ont augmenté entre 2014 et 2015 mais restaient inférieurs aux taux nationaux.

1/ Activité de dépistage et de diagnostic, prévalence de l'hépatite B

Les recommandations de dépistage de l'hépatite B ont évolué ces dernières années. En 2014, les recommandations qui ciblèrent depuis 2001 les personnes exposées au risque d'infection ont été étendues aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la première consultation prénatale [1].

| En population générale |

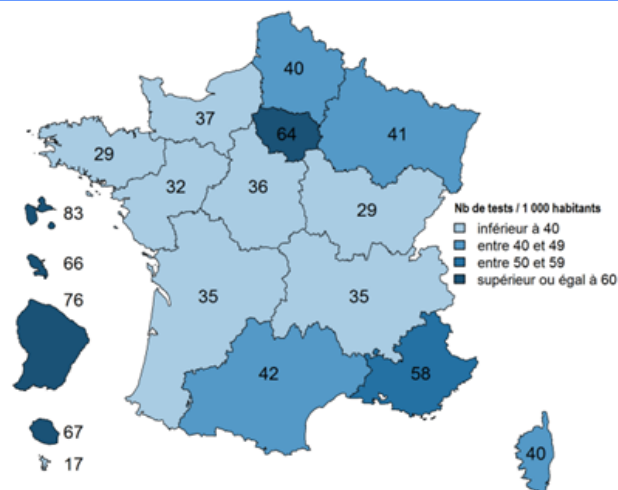
Remboursement par l'assurance maladie

En 2015, 3,2 millions de tests pour la recherche de l'antigène HBs ont été réalisés en France dans le secteur privé (données tous régimes). Les données historiques montrent une augmentation relativement régulière de l'activité de dépistage comprise entre 2 % et 7 % sur les 10 dernières années. Sur les trois dernières années disponibles, l'activité de dépistage de l'antigène HBs est passée de 45/1 000 habitants en 2013 à 49 pour 1 000 habitants en 2015.

Les données régionales concernaient uniquement le régime général (incluant les sections locales mutualistes). Dans ces régimes, l'activité de dépistage France entière pour 2015 est estimée à 44 tests pour 1 000 habitants. L'activité est plus importante dans les DOM (66 tests pour 1 000 habitants) qu'en France métropolitaine (43 tests pour 1 000 habitants). En métropole, c'est en Ile-de-France que l'activité de dépistage était la plus élevée (Figure 11). En 2015, 123 000 tests ont été réalisés dans ces régimes ce qui rapporté à la population de la région permet d'estimer à 37 tests pour 1 000 habitants en Normandie (34 tests pour 1 000 habitants en Basse-Normandie et 39/1 000 habitants en Haute-Normandie). L'activité de dépistage de l'hépatite B était plus basse que l'activité observée en France métropolitaine (notamment en Basse-Normandie). L'augmentation du nombre de tests réalisés restait discrète sur la région entre 2013 et 2015 (Tableau 6).

Les données nationales du Sniiram montrent un dépistage plus fréquent chez les femmes (67 % des dépistages en 2015) et notamment chez celles en âge de procréer mais une absence d'augmentation significative en 2015 des dépistages pour les classes d'âge couvertes par les recommandations de 2014.

| Figure 11 | Activité de dépistage de l'antigène HBs, données régionales (nombre de tests pour 1 000 habitants), France, 2015 Source : Sniiram, exploitation Santé publique France. Carte Geofla-IGN



| Tableau 6 | Activité de dépistage de l'antigène HBs, Normandie, 2013-2015

Source : Sniiram, exploitation Santé publique France. Estimation de population, données Insee 2013, 2014, 2015

Région	Nombre de tests antigène HBs remboursés			Nombre de tests antigène HBs remboursés / 1000 habitants *		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Normandie	116 580	122 724	122 687	35	37	37
Basse-Normandie	48 458	50 870	50 359	33	34	34
Haute-Normandie	68 122	71 854	72 328	37	39	39
France métropolitaine	2 514 399	2 687 452	2 778 199	40	42	43
France entière ^a	2 650 905	2 826 246	2 915 994	40	43	44
France entière ^b	2 927 100	3 118 761	3 220 719	45	47	49

a Données régionales : uniquement régime général (incluant les sections locales mutualistes)

b Données tous régimes, France entière

Enquête LaboHep

A partir d'un échantillon aléatoire de 1 504 laboratoires tirés au sort, on estime qu'en France, en 2013, 3,8 millions de sérologies de dépistage de l'hépatite B (antigène HBs) ont été réalisées. Ces dépistages ont été réalisés majoritairement (71 %) dans le secteur privé. Il est observé des disparités régionales aussi bien au niveau du dépistage que sur le nombre de résultats de tests positifs (Figures 12 et 13). Le nombre de sérologies de dépistage par habitant est plus élevé dans les DOM (89 pour 1 000 ha-

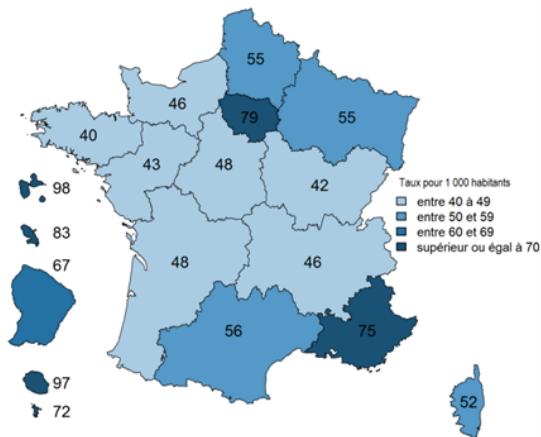
bitants) qu'en France métropolitaine (57 pour 1 000 habitants). Les données LaboHep confirment que l'activité de dépistage de l'antigène HBs est en augmentation depuis 2010 (+ 11 %).

En 2013, au niveau national, 0,8 % des dépistages se sont avérés positifs [3,4]. Le nombre de tests confirmés positifs pour l'Ag HBs pour la 1ère fois au laboratoire a augmenté, passant de 34 pour 100 000 habitants en 2010 à 49 pour 100 000 habitants en 2013.

En Normandie, le nombre de sérologies de dépistage des antigènes HBs par habitant était de 46 pour 1 000 habitants (Basse-Normandie : 44 pour 1 000 habitants, Haute-Normandie : 47 pour 1 000 habitants).

| Figure 12 | Nombre de tests antigène HBs réalisés (pour 1 000 habitants), France, 2013

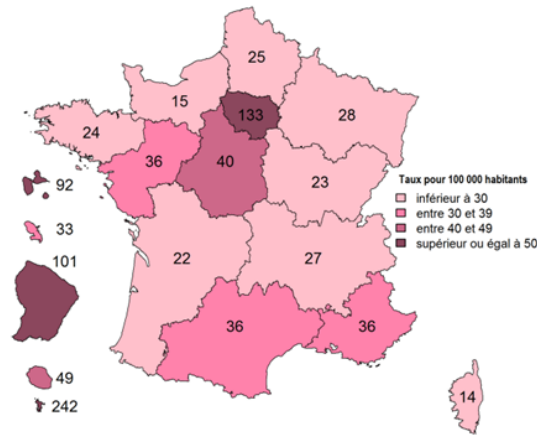
Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN



Les nombres de tests Ag HBs confirmés positifs était de 15 pour 100 000 en Normandie (Basse-Normandie : 16 pour 100 000 habitants, Haute-Normandie : 15 pour 100 000 habitants) bien inférieurs à la moyenne de France métropolitaine (Tableau 7).

| Figure 13 | Nombre de tests antigène HBs confirmés positifs (pour 100 000 habitants), France, 2013

Source : Santé publique France, LaboHep 2013. Carte Geofla-IGN



| Tableau 7 | Activité de dépistage de l'AgHBs et tests positifs, Région Normandie, 2013

Source : Santé publique France, LaboHep 2013

Région	Activité de dépistage	Nombre de tests de dépistage / 1 000 habitants	Confirmés positifs	Nombre de tests de dépistage positifs / 100 000 habitants*
Normandie	152 900	46	509	15
Basse-Normandie	65 434	44	236	16
Haute-Normandie	87 466	47	273	15
France Métropolitaine	3 606 393	57	30 430	48
France entière	3 791 254	58	32 101	49

*Estimation de population, données Insee 2013

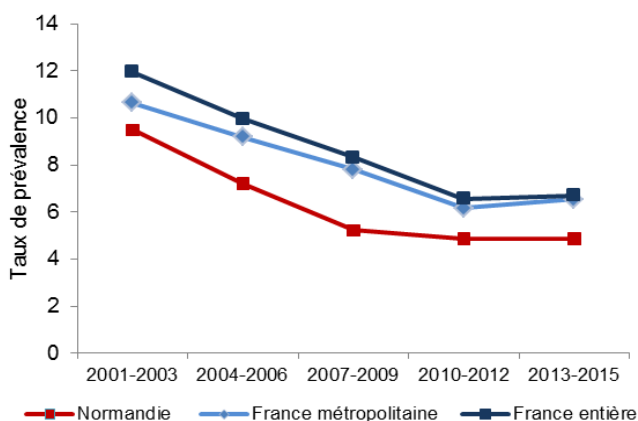
| En population spécifique |

Chez les nouveaux donneurs de sang

En France, sur un total de 1 033 700 nouveaux donneurs de sang sur la période 2013-2015, 692 ont été confirmés positifs pour le VHB (antigène HBs ou ADN). Dans la mesure où les candidats au don connaissant leur infection par le VHB s'auto-excluent ou sont écartés du don lors de l'entretien médical pré-don, le taux de prévalence est un taux de personnes antigène HBs positif (ou ADN positif) ne connaissant pas leur infection.

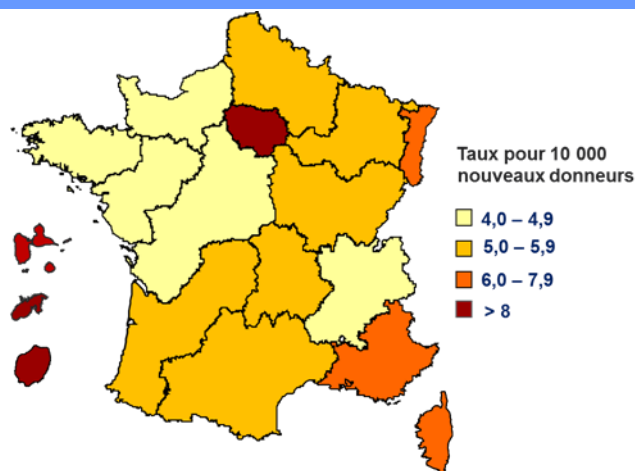
| Figure 15 | Prévalence du virus de l'hépatite B (antigène HBs ou ADN VHB), (pour 10 000 nouveaux donneurs), Normandie, 2001-2015

Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA



| Figure 14 | Prévalence du VHB (antigène HBs ou ADN VHB) chez les nouveaux donneurs de sang (pour 10 000 nouveaux donneurs), France, 2013-2015

Source : Santé publique France, INTS, EFS, CTSA



Le taux de prévalence est de 6,7 pour 10 000 nouveaux donneurs en France. Il est élevé en Guadeloupe (21,1) et Martinique (15) et en Île-de-France (13,2) (Figure 14).

Les données pour la Guyane ne sont pas disponibles. L'évolution de la prévalence du VHB en Normandie sur la période 2001-2015 suit une tendance décroissante similaire à ce qui est observé dans le reste de la France (Figure 15).

Chez les femmes enceintes

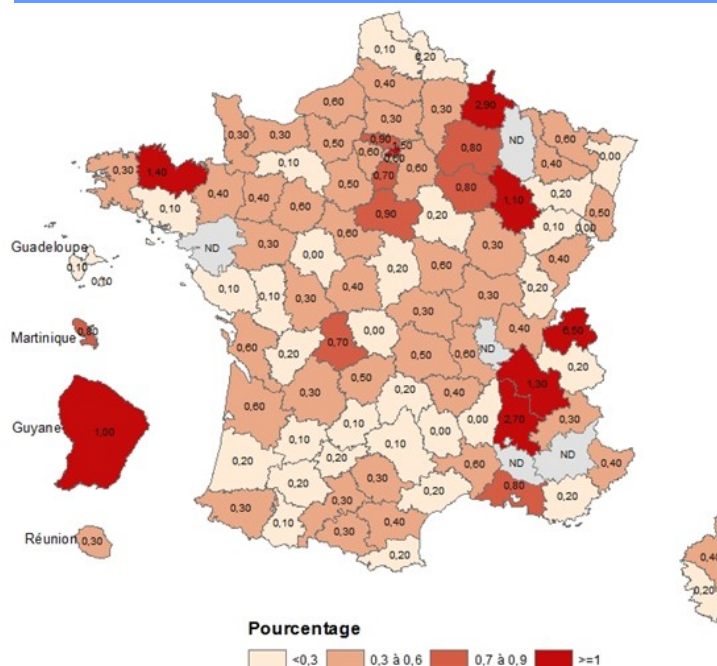
Le dépistage prénatal de l'hépatite B est obligatoire. Bien qu'il soit très fréquemment réalisé, l'enquête Elfe a montré que 2,2 % des femmes enceintes n'en n'avaient pas bénéficié en 2011. Parmi les mères dépistées en cours de grossesse, 0,8 % [IC95 % = 0,6-1,1] étaient positives pour l'antigène HBs (Ag HBs) [12].

Les certificats de santé au 8^{ème} jour permettent de recueillir s'il y a eu recherche de l'Ag HBs pour la mère pendant la grossesse et le résultat du test pour chacun des départements. Selon les analyses de la Drees, 95,9 % des mères ont été testées pour l'Ag HBs au cours de leur grossesse et 0,6 % avaient un résultat positif (vs. 0,5 % en 2013). Ce dernier pourcentage varie selon les départements (Figure 16) mais pour un même département peut aussi varier fortement d'une année à l'autre. Les départements avec des pourcentages les plus élevés en 2014 sont la Haute-Savoie (6,5 % vs. 0,6 % en 2013), les Ardennes (2,6 % vs. 0,5 %), la Drôme (2,7 % vs. 1,2 %), la Seine-Saint-Denis (1,5% vs. 1,2 %), les Côtes-d'Armor (1,4 % vs. 1,5 %), l'Isère (1,3 % vs. 1,1 %) et Paris (1,2 % vs. 1,0 %). Le pourcentage de couverture nationale de ces données pour 2014 était de 81,3%.

En Normandie, entre 0,1 % (Orne) et 0,6 % (Seine-Maritime) des mères avaient un résultat positif pour l'Ag HBs. Ces pourcentages étaient inférieurs ou égaux à la moyenne nationale.

| Figure 16 | Antigène HBs chez les mères, pourcentage de positivité par département, certificat du 8^{ème} jour, France, 2014

Source : PMI, Drees, Certificat du 8^{ème} jour - ND : non disponible



En Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

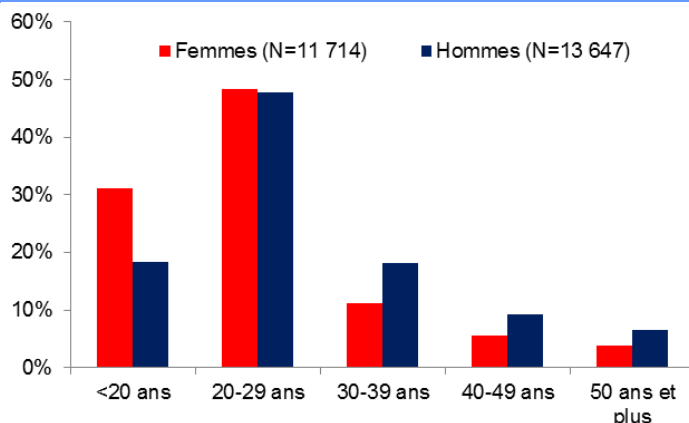
Dans les 224 CDAG ayant participé en continu à la surveillance de l'activité de dépistage de 2013 à 2015, près de 460 000 tests de dépistage de l'antigène HBs ont été réalisés sur ces 3 ans (Tableau 8). Le pourcentage global de positivité est estimé à 0,91 %. Il est plus élevé dans les DOM (1,66 %) qu'en France métropolitaine (0,87 %). En Normandie, 14 CDAG ont participé à la surveillance sur les trois années dont 11 en Haute-Normandie et 3 en Basse-Normandie. Le pourcentage de positivité pour l'Ag HBs était en Normandie (0,74 %) inférieur au pourcentage national (0,91 %).

Il était observé une augmentation de l'activité de dépistage comprise entre 4 % et 9 % par an. Cette augmentation était particulièrement liée à l'augmentation des dépistages dans les CDAG de Haute-Normandie (entre 5 % et 14 %). Sur la même période, le pourcentage de positivité pour l'Ag HBs a nettement diminué en Basse-Normandie et sur la région Normandie (entre -13 % et -16 % par an) ce qui pourrait s'expliquer par un élargissement du dépistage à des populations moins à risque pour l'hépatite B.

Une analyse récente a permis d'estimer l'activité de dépistage pour le VHB pour tous les CDAG de la région et rapporté à la population. L'activité a ainsi été estimée en 2015 à 2,9 pour 1 000 habitants en région Basse-Normandie et à 3,2 pour 1 000 habitants en région Haute-Normandie. L'estimation de l'activité nationale était de à 3,6 pour 1 000 habitants [8].

Sur les 25 419 tests réalisés, le sexe a été renseigné pour 25 361 personnes. Dans la région sur les 3 années et dans les 14 CDAG ayant participé à la surveillance, 13 647 tests ont été réalisés chez des hommes (54 %) et 11 714 chez des femmes. Les tests de dépistage étaient majoritairement réalisés dans la classe d'âge des 20-29 ans chez les hommes comme chez les femmes (Figure 17). En raison d'effectifs trop réduits, les analyses sur les cas confirmés ne sont en revanche pas pertinentes. Ces tendances sont similaires à ce qui est observé au niveau national.

| Figure 17 | Activité de dépistage de l'antigène HBs dans les 14 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, selon le sexe et l'âge, Normandie, 2013-2015



| Tableau 8 | Activité de dépistage et pourcentage de positivité de l'Ag HBs, chez les 14 CDAG ayant participé en continu à la surveillance, Normandie, 2013 – 2015

Région	Nombre de tests antigène HBs positif (a)	Nombre de tests antigène HBs réalisés (b)	Taux de positivité (%) (a/b)	Nombre de CDAG*
Normandie	188	25 419	0,74	14
Basse-Normandie	66	9 409	0,70	3
Haute-Normandie	122	16 010	0,76	11
France Métropolitaine	3 778	433 379	0,87	217
France entière	4 186	457 972	0,91	224

* CDAG ayant participé en continu sur la période 2013-2015

2/ Prise en charge des patients avec une hépatite B chronique

| Patients en ALD |

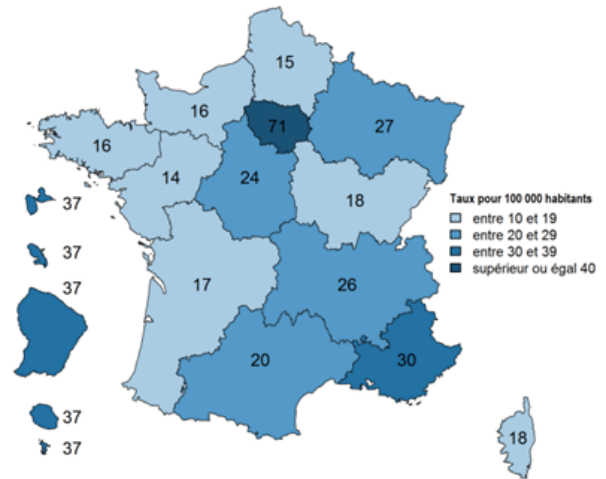
Les données du Sniiram (incluant le régime général dont sections locales mutualistes) montrent une poursuite de l'augmentation du nombre de personnes en ALD 6 pour une hépatite chronique B de 18 500 personnes en 2013, 19 650 (+ 6 %) en 2014 et 20 350 (+ 4 %) personnes en 2015. En 2015, 66 % des personnes en ALD pour hépatite chronique B étaient des hommes. Les classes d'âges les plus représentées étaient, au niveau national, pour les hommes, les 40-49 ans (26 %) et les 50-59 ans (23 %). Pour les femmes, il s'agissait des 30-39 ans (24 %) et les 40-49 ans (24 %).

Rapporté à la population, le nombre de personnes en ALD pour hépatite chronique B était en France de 31/100 000 habitants, en France métropolitaine de 30/100 000 habitants. Pour les DOM, l'estimation était disponible de façon agrégée (37/100 000 habitants), sans précision par département. En Normandie, le nombre de personnes en ALD pour hépatite chronique B rapporté à la population était de 16/100 000 habitants (Figure 18). Les données départementales montrent des disparités selon le territoire (Tableau 9) avec un taux plus élevé dans les départements du Calvados, de l'Eure et de la Seine-Maritime.

En Normandie, entre 0,1 % (Orne) et 0,6 % (Seine-Maritime) des

mères avaient un résultat positif pour l'Ag HBs. Ces pourcentages étaient inférieurs à la moyenne nationale.

| Figure 18 | Nombre de personnes en affection longue durée au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique B par région, nombre de patients en ALD pour 100 000 habitants, France Sources : Sniiram, régime général et sections locales mutualistes, France entière ; Insee, estimation de population au 1er janvier. Carte Geofla-IGN



| Tableau 9 | Nombre de personnes en affection longue durée au 31 décembre 2015 pour hépatite chronique B, nombre de patients en ALD pour 100 000 habitants, Normandie Source : Sniiram

Département	Nombre	Pourcentage	Nombre / 100 000 habitants
Calvados	112	0,60	16
Eure	112	0,60	19
Manche	41	0,20	8
Orne	20	0,10	7
Seine-Maritime	243	1,20	19
Normandie	528	2,60	16
France métropole	19 547		30
France entière	20 316	100,00	31

*Estimation de population, données Insee 2015

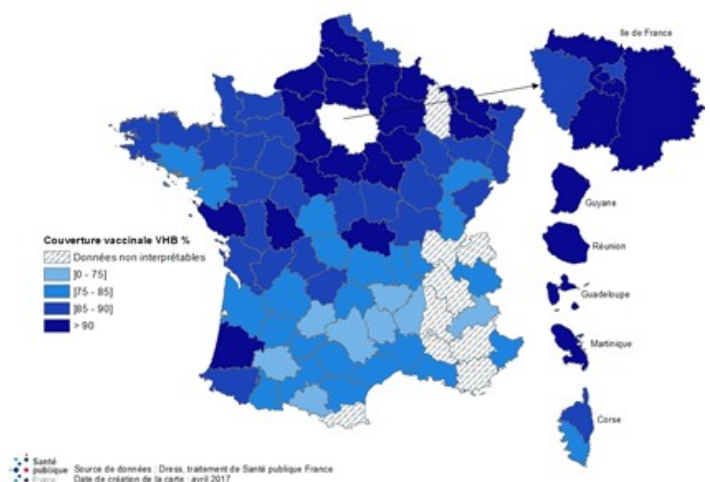
3/ Couvertures vaccinales contre l'hépatite B

| A 24 mois |

La couverture vaccinale anti-VHB a fortement progressé chez les jeunes enfants de 24 mois notamment depuis l'introduction du vaccin hexavalent en 2008 (35,1% en 2005, 64,6% en 2010 et 88,1% en 2015). Il est observé une forte hétérogénéité inter-départementale avec un gradient Nord/Sud marqué (Figure 19) [17].

En 2015, en Normandie, les CV « 3 doses » chez les enfants âgés de 24 mois variaient entre 86,7 % (Orne) et 94,7 % (Seine-Maritime). Ces valeurs sont en constante augmentation depuis 2010 dans l'ensemble des départements. La hausse est assez spectaculaire dans le département de l'Orne avec une progression de 13 % entre 2013 et 2015. Les CV restent cependant inférieures à 95 % (objectif national). La CV régionale s'élevait à 91,3 % et était supérieure à la CV nationale (88,1 %).

| Figure 19 | Couverture vaccinale contre hépatite B, 3 doses à 24 mois, certificats de santé, France, 2015 Source : Dress, exploitation Santé publique France



Bibliographie

- [1] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
- [2] Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf
- [3] Brouard C, Léon L, Bousquet V, Semaille C, Larsen C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(19):205-209. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-19-2013>
- [4] Pioche C, Léon L, Larsen C, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(26-27):478-84. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_1.html
- [5] Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Pascal X, Barin F, Jauffret-Roustide M. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. Rev Epidemiol Sante Publique. 2016 Feb 19. pii: S0398-7620(15)00473-3.
- [6] Jauffret-Roustide M, Serebroshkaya D, Chollet A, Barin et al. Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris, ANRS-Coquelicot, 2011-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ; (14-15) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
- [7] Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine 2011 ; Bull Epidemiol Hebd. 2016;(13-14):224-229. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/2016_13-14_1.html
- [8] Pioche P, Léon L, Vaux S, Brouard C, Cazein F, Pillonel J, Lot F. Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C, au sein des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ; Bilan de quinze années de surveillance. 2001-2015. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ; (14-15) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
- [9] Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, 25 mai 2016, ministère des affaires sociales et de la Santé. <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-marisol-touraine-journee-de-lutte-contre-les-hepatites-virales>.
- [10] Haute Autorité de Santé (HAS). La HAS est favorable à l'élargissement du traitement de l'hépatite C et encadre les conditions. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2729447/fr/la-has-est-favorable-a-l-elargissement-du-traitement-de-l-hepatite-c-et-en-cadre-les-conditions?cid=r_1437833
- [11] Brouard C, Boussac-Zarebska M, Silvain C, Durand J, De Ledinghen V, Larsen C, Pillonel J, Delaroc-Astagneau. Rapid and large implementation of HCV treatment advances in France, 2007 to 2015. EASL. Amsterdam. Avril 2017.
- [12] Richaud-Eyraud E, Brouard C, Antona D, La Ruche G, Tourdjman M, Dufourg MN, et al. Dépistage des maladies infectieuses en cours de grossesse : résultats de l'enquête Elfe en maternités, France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(15-16):254-63. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/2015_15-16_4.html
- [16] World Health Organization. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. Geneva: WHO; 2016.
- [13] Brouard C, Pioche C, Léon L, Lot F, Pillonel J, Larsen C. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(13-14):237-243. Disponible sous : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

POUR TOUT SIGNALLEMENT, contacter le point focal de l'ARS Normandie
Tel : 0809 400 660 - Fax : 02 34 00 02 83

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de veille sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire>
Plus d'infos sur les vaccinations : <http://vaccination-info-service.fr/>

Directeur de la publication : Dr François BOURDILLON, Directeur général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Arnaud MATHIEU, coordonnateur scientifique de la Cire Normandie

Comité de rédaction : Nathalie NICOLAY

Diffusion : Cire Normandie - 31, rue Malouet 76000 Rouen

Tél. : 02 32 18 31 64 - Fax : 02 32 18 26 50

<http://www.santepubliquefrance.fr/>