

Surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite C en France de 2000 à 2003 : données du réseau Rena-VHC

Source : réseau de surveillance Rena-VHC

Synthèse réalisée par : Christine Meffre, Corinne Pioche, Elisabeth Delarocque- Astagneau, Institut de veille sanitaire (InVS)

Courriel : c.meffre@invs.sante.fr

Mots-clés : hépatite C, dépistage, surveillance, laboratoires

Les points essentiels :

- participation continue à Rena-VHC de 163 laboratoires (8,4 % des laboratoires effectuant des sérologies VHC en France) sur la période 2000-2003 ;
- augmentation de 33 % du nombre total de sérologies anti-VHC réalisées (tests de dépistage et tests de contrôle de dépistage) de 2000 à 2003 ;
- Diminution de 22 % du nombre de personnes confirmées positives pour le VHC de 2000 à 2003.

1. Objectifs, modalités et qualités du système de surveillance

Objectifs

Suite à l'élaboration d'un programme national de lutte contre l'hépatite C en 1999, un réseau national de surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite C (Rena-VHC) a été créé en 2000. Cette surveillance avait deux objectifs : étudier les tendances de l'activité de dépistage de l'hépatite C et suivre l'évolution des caractéristiques des personnes chez ayant une sérologie positive vis à vis du virus de l'hépatite C (VHC). Cet article présente les résultats de quatre années de surveillance.

Constitution du réseau de surveillance

Rena-VHC est un réseau de laboratoires volontaires, hospitaliers ou privés, répartis dans toute la France. Etaient inclus dans la surveillance tout prélèvement sanguin effectué dans un laboratoire participant, en vu d'un test de dépistage ou de contrôle de dépistage du VHC, sauf ceux réalisés chez les enfants de moins de un an.

Un relevé d'activité mensuelle (nombre total de tests sérologiques dont nombre de positifs et nombre de tests de contrôle de dépistage dont le nombre de positifs) ainsi qu'un relevé des caractéristiques des tests positifs (type de test, technique utilisée, sexe et âge de la personne) étaient adressés trimestriellement à l'InVS.

Définitions

Dans le cadre de cette surveillance, il a été convenu de définir et d'utiliser les termes suivants :

Type de tests

- **Test de dépistage** : recherche des anticorps anti-VHC par un test ELISA sur un premier prélèvement sanguin chez une personne se présentant au laboratoire pour la première fois.
- **Test de contrôle de dépistage** : contrôle du résultat positif d'un test de dépistage sur un deuxième prélèvement sanguin par un test ou une technique différente du test de dépistage. Le test de contrôle est soit un test de recherche des anticorps anti-VHC (ELISA ou Immunoblot) soit un test de recherche de l'ARN viral (PCR qualitative).

Type d'activité

- **Activité séro-diagnostique** : nombre total de tests de dépistage, tests de contrôle de dépistage et tests de recherche des anticorps anti-VHC sans indication du contexte de prescription, sur une période donnée (mois, trimestre ou année).
- **Activité de contrôle de dépistage** : nombre total de tests de contrôle de dépistage quelle que soit la technique utilisée (ELISA, Immunoblot et PCR), sur une période donnée (mois, trimestre ou année).

Type d'indicateurs construits pour étudier les tendances

- **Indicateur global de positivité** : proportion du nombre total des tests trouvés positifs pour la recherche des anticorps anti-VHC (quel que soit le motif de prescription : dépistage, contrôle de dépistage, indication non précisée) parmi l'activité séro-diagnostique.
- **Indicateur de contrôle de positivité** : proportion du nombre total de tests de contrôle de dépistage trouvés positifs parmi l'activité séro-diagnostique.

Personne confirmée positive pour le VHC : personne pour laquelle les deux types de tests sont trouvés positifs [1].

Analyse

L'analyse des tendances a été réalisée par le calcul du Chi² de tendance de Cochran-Armitage.

2. Principales caractéristiques épidémiologiques

Participation

Parmi les 357 laboratoires contactés pour participer à Rena-VHC, 163 (46 %) ont fourni des données pour chaque trimestre de la période 2000-2003. Ces 163 laboratoires étaient répartis en 76 laboratoires privés (47 %) et 87 laboratoires hospitaliers (53 %). Ils représentaient 8,4 % de l'ensemble des laboratoires effectuant les sérologies VHC en France.

Evolution de l'activité de dépistage

Globalement, l'activité séro-diagnostique a augmenté de 33 % de 2000 à 2003. En effet, le nombre de sérologies VHC réalisées était de 322 724 en 2000, 352 998 en 2001, 404 472 en 2002 et 427 787 en 2003. Chaque année, on observe une baisse de l'activité au cours du 3^e trimestre suivie d'une augmentation au cours trimestre suivant (figure1). De même, chaque année cette activité séro-diagnostique a concerné une proportion un peu plus importante de femmes (46 %) que d'hommes (43 %) et 11 % de tests effectués sans indication du sexe de la personne.

Parallèlement au cours de la même période, l'activité de contrôle de dépistage est restée stable : 4 981 tests de contrôle de dépistage réalisés en 2000, 4 429 en 2001, 5 042 en 2002 et 5 010 en 2003.

Evolution des indicateurs

De 2000 à 2003, l'indicateur global de positivité tendait à décroître de manière statistiquement significative ($p < 0.01$). Il était de 4,2 % en 2000, 4,0 % en 2001, 3,6 % en 2002 et 3,3 % en 2003. Durant cette période, une même tendance significativement décroissante ($p < 0.01$) était observée pour l'indicateur de contrôle de positivité dont la valeur était de 1,2 % en 2000, 0,9 % en 2001, 0,8 % en 2002 et 0,7 % en 2003. Un suivi régional de cet indicateur n'a pas été possible en raison d'un nombre trop faible de laboratoires participants dans certaines régions. Toutefois un découpage en 5 inter-régions (inter régions téléphoniques) a permis de suivre l'évolution annuelle de l'indicateur de contrôle de positivité (tableau 1). Pour chaque inter-région, cet indicateur tendait à diminuer significativement de 2000 à 2003 ($p < 0.01$).

Caractéristiques des personnes confirmées positives pour le VHC

De 2000 à 2003, 41 898 tests (tests de dépistage, contrôle de dépistage et test sérologique sans indication de prescription) ont été trouvés positifs et ont été décrits dans le relevé des caractéristiques des tests positifs. Parmi ces tests, 13 060 (31 %) étaient des tests de contrôle de dépistage. Ces tests de contrôle de dépistage correspondaient donc à 13 060 personnes confirmées positives pour le VHC (3 860 personnes en 2000, 2 858 en 2001, 3 325 en 2002 et 3 017 en 2003). Ces personnes étaient réparties en 7 843 hommes, 5 102 femmes (sexe ratio hommes/femmes = 1,5 chaque année) et 108 dont le sexe n'était pas mentionné (conditions d'anonymat de réalisation du dépistage). Leur âge s'échelonnait de 1 à 99 ans avec une médiane à 43 ans (âge moyen 48 ans).

La répartition par classes d'âge des personnes confirmées positives différait selon le sexe (figure 2). La majorité des hommes (31 %) se situait dans la classe d'âge des 30-39 ans, alors que la majorité des femmes était retrouvée chez les 30-39 ans (20 %) et chez les 70-79 ans (16 %). Entre 20 et 49 ans, la proportion d'hommes confirmés positifs était plus importante que celle des femmes, alors qu'à partir de 50 ans, on observait une prédominance des femmes confirmées positives par rapport aux hommes.

3. Discussion

L'analyse des données correspondant à quatre années de fonctionnement de ce réseau de surveillance montre une augmentation nette de l'activité sérodiagnostique du VHC. Deux hypothèses peuvent expliquer cette augmentation, bien que leur causalité ne puisse être établie. Ce sont les campagnes nationales d'incitation au dépistage du VHC réalisées de 2000 à 2002 sous l'égide du ministère de la santé et la participation de certains laboratoires privés à la Journée Nationale du dépistage gratuit du VHC qui a eu lieu chaque année en Octobre de 2000 à 2003. Cette augmentation d'activité sérodiagnostique est également retrouvée dans l'enquête Baromètre santé [2] puisque le nombre moyen mensuel de sérologies VHC prescrites est passé de 3,1 [IC95% 2,9-3,3] en 1998 à 6,6 [IC95% 6,6-7,6] en 2003 chez l'ensemble des médecins enquêtés.

Par ailleurs, la stabilité de l'activité de contrôle de dépistage, semble indiquer que l'augmentation d'activité sérodiagnostique est liée à une augmentation de la pratique des tests de dépistage, en faisant l'hypothèse que le nombre de tests sans indication de prescription reste stable au cours des quatre ans. Ceci ne peut toutefois pas être vérifié par les données recueillies.

De 2000 à 2003, l'indicateur global de positivité varie de 4,2 à 3,3 %, ce qui est comparable aux résultats rapportés dans différentes études menées de 1997 à 1999 sur des populations présentant un ou plusieurs facteurs de risque d'infection à VHC [3-5]. Dans ces études, les sérologies effectuées concernaient à la fois les tests de dépistage et les tests de contrôle de dépistage, et la proportion de tests positifs variait de 3 à 5 %.

La diminution observée de l'indicateur de contrôle de positivité n'est pas seulement due à l'augmentation de l'activité sérodiagnostique mais aussi à la diminution du nombre de tests de contrôle de dépistage trouvés positifs au cours de cette période (3 944 tests de contrôle positifs en 2000, 3 262 en 2001, 3 426 en 2001 et 3 096 en 2003). Cette même tendance se retrouve au niveau des inter-régions. Par ailleurs, chaque année, les valeurs les plus élevées de cet indicateur étaient observées en Ile de France tandis que les plus faibles étaient retrouvées dans l'inter-région 05 (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Antilles-Guyane). Les résultats de l'Ile-de-France pourraient s'expliquer par une proportion plus importante d'utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse chez qui la prévalence de l'infection à VHC est plus élevée [5].

Des modes de contaminations différents pourraient expliquer les plus fortes proportions de personnes confirmées positives observées dans certaines classes d'âge. La proportion élevée de femmes entre 60 et plus de 80 ans (39 %) pourrait être le fait d'infections nosocomiales et d'antécédents de transfusions sanguines avant 1990 [6]. Alors que chez les 30-39 ans le mode de contamination de 55 % des hommes et 37 % des femmes pourrait être en rapport avec l'utilisation ancienne ou actuelle de drogues par voie intraveineuse [5].

4. Conclusion

Malgré quelques limites (réseau récent reposant sur un nombre modéré de laboratoires volontaires) Rena-VHC demeure un outil très utile pour monitorer la composante dépistage du plan national de lutte contre les hépatites B et C. Quatre années de surveillance ont permis de mettre en évidence une augmentation importante de l'activité de dépistage (plus 33 % de 2000 à 2003) assortie d'une diminution du nombre de personnes confirmées positives. En d'autres termes, il semblerait que le dépistage s'accroît mais qu'il concerne de plus en plus des personnes sans risques de contamination par le VHC. Une enquête complémentaire comparant l'activité sérodiagnostique VHC des laboratoires participants à celle des autres laboratoires permettra des estimations nationales de l'activité de dépistage du VHC en France.

Références

1. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales. A l'exclusion du dépistage en cas de dons de sang, d'organes ou de tissus. Recommandations de l'Anaes février 2001. *Gastroenterol Clin Biol* 2003 ; 27:177-200.
2. Balinska M. Dépistage de l'hépatite C. Des résultats encourageants. In Gautier A. Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003. INPES, coll Baromètres 2005 : 276p
3. Roudot-Thoraval F, Monnet E, Mercet P, Bastie A, Dhumeaux D, Miguet JP. Stratégie de dépistage de l'hépatite virale C en médecine générale. Résultats d'un essai randomisé bicentrique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 1037-41
4. Frère T, Verneau A, Besson I, De Bayser L, Dupuychaffray JP, Kitmacher P et al. Prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C dans la région Poitou-Charentes. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : 887-91
5. Gouëzel P. CDAG et dispositif de dépistage gratuit du VHC. Bilan d'activité 1998. *Bull Epidemiol Hebd* 2000 ; 44 : 193-94
6. Desenclos JC, Drucker J. Rapport de l'action concertée hépatite C. Réseau national de santé publique. Saint-Maurice, octobre 1995.

Remerciements

A l'ensemble des laboratoires participants à Rena-VHC.

Figure 1

Evolution trimestrielle de l'activité séro-diagnostique du VHC, en regard des campagnes d'informations et d'incitation au dépistage du ministère de la santé, Rena-VHC 2000-2003

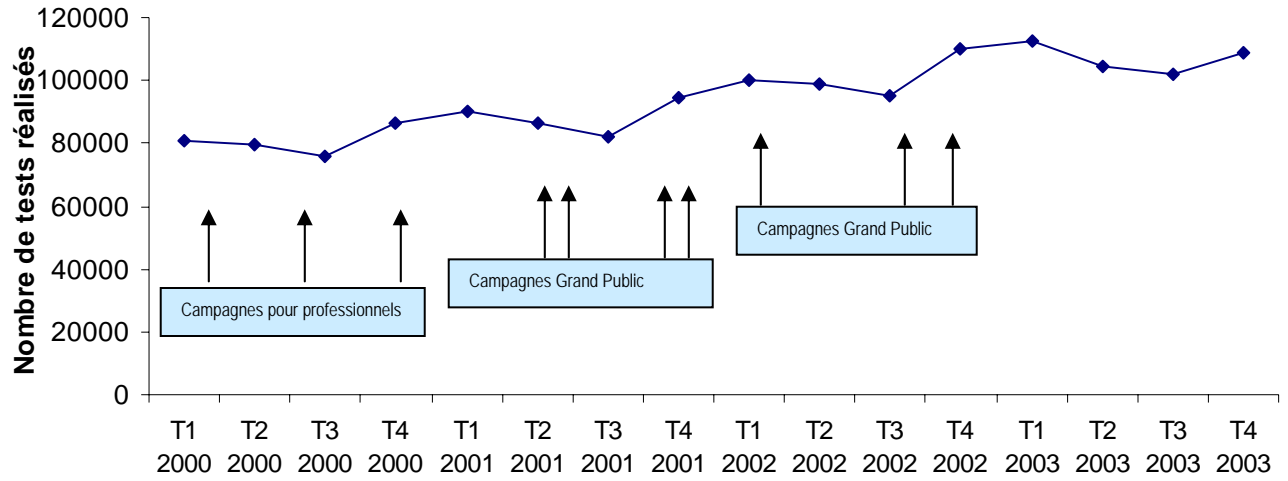


Tableau 1

Evolution nationale et inter-régionale de l'activité sérodiagnostique du VHC et de l'indicateur de contrôle de positivité(ICP), Rena-VHC 2000-2003									
Inter-régions	2000		2001		2002		2003		p (chi2 de tendance)
	N	ICP(%)	N	ICP(%)	N	ICP(%)	N	ICP(%)	
Inter-région 1 (Ile de France)	44030	1,8	47915	1,3	56076	1,3	57559	1,1	<0,01
Inter-région 2 (Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Pays de la Loire)	61638	1,2	69204	0,9	76128	0,9	82285	0,8	<0,01
Inter-région 3 (Alsace, Bourgogne, Champagne- Ardennes, Franche-Comté, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Picardie)	93398	1,1	107628	0,9	120479	0,8	133436	0,6	<0,01
Inter-région 4 (Auvergne, Corse, Languedoc- Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes)	55759	1,2	60127	1,1	73587	0,8	72485	0,8	<0,01
Inter-région 5 (Aquitaine, Limousin, Midi- Pyrénées, Poitou-Charentes, Antilles-Guyane)	67854	1,0	68124	0,6	78202	0,5	81990	0,5	<0,01
France	322679	1,2	352998	0,9	404472	0,8	427755	0,7	<0,01

Figure 2

Répartition par classe d'âge et par sexe des personnes confirmées VHC positives par les 163 laboratoires ayant participé de manière continue pendant seize trimestres. Rena-VHC, 2000-2003

