

VHC

Virus de l'Hépatite C

L'hépatite C en France en 2017 : chiffres clés

Dr André-Jean Rémy (équipe mobile Hépatites, service expert de lutte contre les hépatites virales, centre hospitalier de Perpignan)

L'hépatite C, en 2017, c'est pas important ! Laetitia a 37 ans cette année et se sait porteuse du virus de l'hépatite C depuis 1999. Elle a fait 2 biopsies et plusieurs Fibroscan® et Fibrotest® qui ont toujours montré une fibrose minimale, de stade 0 ou 1. Elle n'a jamais voulu se traiter par interféron par crainte des effets indésirables. En 2014, elle a entendu parler des nouveaux traitements, mais "pas assez malade", n'a pu en bénéficier. Pourtant, elle se sent fatiguée, avec des douleurs articulaires de plus en plus gênantes. Elle a depuis 1 an un nouveau compagnon qui est séronégatif au VHC. Même si les soignants lui répètent que le risque de transmission sexuelle est quasi nul, elle y pense à chaque relation sexuelle et voudrait aussi se débarrasser du virus pour mener une grossesse sans arrière-pensée. Que lui dire ?

L'hépatite chronique virale C est connue depuis la fin des années 1980, ce qui explique la grande majorité des hépatites non A non B. Après l'ère des traitements comprenant des injections d'interféron et la prise de ribavirine, sont apparus en 2014 les agents antiviraux directs (AAD) à l'efficacité supérieure à 95 %, aux effets indésirables très modérés mais au coût important. Après une période de restriction d'accès à ces molécules, le traitement est désormais possible depuis janvier 2017 pour tous les patients ayant une charge virale positive quel que soit le génotype ou le stade de fibrose. Il faut également rappeler qu'aucun vaccin ne protège contre l'infection par le VHC. La transmission se fait majoritairement par voie sanguine, rarement par voie sexuelle (encadré 1). Il existe 6 variétés principales de virus C, appelés génotypes et numérotés de 1 à 6 sans ordre de gravité entre eux. La détermination du stade de fibrose hépatique utilise actuellement des méthodes biologiques (Fibrotest®, Fibromètre®) ou physiques (Fibroscan®), plus rarement la ponction biopsie hépatique. La mesure de la fibrose est essentielle avant traitement pour distinguer les patients non cirrhotiques, ne nécessitant pas de suivi spécialisé après traitement et éradication virale, et les patients ayant une fibrose sévère F3 ou cirrhose F4, nécessitant un complément de bilan par échographie hépatique et gastroscopie et un suivi spécialisé s'inscrivant dans la durée pour dépister hypertension portale et carcinome hépatocellulaire. Le traitement actuel de l'hépatite C fait appel à des AAD, prescrits sous forme d'un seul comprimé par jour, associant plusieurs molécules, pendant 8 à 12 semaines. Certains AAD sont spécifiques de génotypes précis, d'autres sont dits pangénotypiques car efficaces sur les 6 génotypes. L'épidémiologie de l'hépatite C en France a fait l'objet d'une actualisation récente en juin 2017 par Santé publique France (1), dont les chiffres clés sont détaillés dans l'encadré 2. Si la prévalence du virus de l'hépatite C a fortement baissé depuis les années 1990, elle semble se stabiliser dans la décennie actuelle sans qu'aucune explication satisfaisante ne puisse être avancée : relâchement des comportements de prévention à l'exemple du VIH ? Nouveaux modes de contamination ? Influence des usagers étrangers ? Absence

de programmes de RdR complets, notamment en milieu carcéral ? Le traitement de l'hépatite C chez le plus grand nombre d'usagers actifs (même occasionnels) permettra de diminuer la "charge virale globale" et, donc, de diminuer le risque de contamination, même en cas d'écart sur la prévention. L'éradication du VHC en France à l'horizon 2020-2025 prévue dans les rapports d'experts reste possible mais elle est l'affaire de tous. Les addictologues sont et seront au premier rang de cette victoire.

A.J. Rémy déclare avoir des liens d'intérêts avec AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Gilead, MSD.

Références bibliographiques

1. Vaux S, Pioche C, Brouard C et al. Surveillance des hépatites B et C. Saint-Maurice: Santé publique France, 2017: 28 p.
- Pour en savoir plus**
- Haute Autorité de santé. Guide affection de longue durée n° 6. La prise en charge de votre maladie, l'hépatite chronique C, avril 2007.
 - Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weil-Barillet L et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogue en France. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidemiol Hebd 2013;39-40:504-9.
 - Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et ou de l'hépatite C: rapport de recommandations 2014 ANRS AFEF. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
 - Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C: rapport de recommandations 2016. EDP Sciences, Paris, septembre 2016, 108 pages. http://www.afef.asso.fr/RECOMMANDATIONS/recommandations_1
 - Pioche C, Pelat C, Larsen C et al. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebd 2016;13-14:224-9.
 - Brouard C, Vaux S, Mouly D. Hépatites B et C en populations spécifiques. Bull Epidemiol Hebd 2017;14-15:250-90.
 - Haute Autorité de santé. Guide affection de longue durée n° 6. Actes et prestations affection sur hépatite chronique C, juillet 2017.

Encadré 2. Surveillance de l'hépatite C en France : chiffres clés (1).

- 192 700 personnes infectées, soit 0,42% de la population générale
- 75 000 ignorent encore leur infection
- Diminution de la prévalence en population générale mais...
- 44% chez les usagers de drogue, 65% chez les injecteurs, 90% chez les injecteurs russophones : prévalence en diminution depuis 2004 mais avec stabilisation depuis 2010
- Régions les plus touchées : Île-de-France, PACA et Occitanie (données des CSAPA et CAARUD)
- 22 600 personnes traitées (et guéries à plus de 90%) en 2014-2015 ; près de 15 000 en 2016
- 63 300 personnes en ALD hépatite C avec une diminution de 7,5% entre 2013 et 2015
- 35 personnes traitées sur 100 000 habitants en 2014-2015
- 3 régions et 2 départements à plus fort taux de traitement : Île-de-France, PACA et Occitanie d'une part, Paris et Pyrénées-Orientales de l'autre

Encadré 1. Modes de contamination de l'hépatite C.

Transmission par le sang

- Lors de l'usage de drogues par voie i.v., sniff ou consommation de crack : partage de matériel d'injection (seringue, cuiller, filtre, eau, coton, tampon), par voie nasale (partage de la paille), blessures aux mains lors de la préparation du crack.

- La transfusion de sang ou de produits dérivés du sang a été un important facteur de contamination jusqu'en 1991. Depuis, il existe une chute du risque transfusionnel grâce aux mesures successives de dépistage des donneurs de sang : dépistage obligatoire du VHC associé à un dosage des transaminases et à l'utilisation de matériel à usage unique.

En cas d'accident d'exposition au sang (AES) : le risque concerne le personnel de santé ou toute personne, en cas de piqûre avec une aiguille ou de coupure avec un objet tranchant parsemé du sang d'une personne contaminée par le VHC ; il réside aussi dans la projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse du sang d'une personne contaminée par le VHC. Le risque moyen de transmission après exposition percutanée au sang d'un patient infecté est, pour le VHC, entre 0,5 et 3%.

Transmission lors de rapports sexuels

Cette transmission est rare. Son risque existe en cas de présence de sang pendant les rapports sexuels : rapports sexuels pouvant provoquer des saignements ou des traumatismes (pénétrations anales non protégées, viol, etc.), rapports sexuels, non protégés, pendant les règles avec une femme porteuse du VHC. Plusieurs facteurs semblent accroître notablement le risque de transmission lors de rapports sexuels non protégés : la séropositivité pour le VIH ou la présence d'une infection sexuellement transmissible.

Transmission dans l'entourage

La transmission entre personnes vivant sous le même toit est très rare. Elle peut éventuellement se produire via le partage d'objets coupants (ciseaux, rasoirs, brosse à dents, coupe-ongles). Il n'y a pas de risque lors d'un baiser ou lors du partage de la vaisselle et des couverts.

Transmission mère-enfant

Pour le VHC, le risque de transmission de la mère à l'enfant est de l'ordre de 5% en France et dépend du niveau de la charge virale de la mère. Le risque est majoré de 2 à 3 fois en cas de co-infection VIH-VHC. L'allaitement n'est pas contre-indiqué. La majorité des études a montré que l'ARN du VHC est indétectable dans le lait maternel.

Autres modes de transmission

Un certain nombre de cas peuvent être liés à un séjour à l'hôpital et/ou à des actes médicaux invasifs (endoscopies digestives, dialyse, etc.). Tout matériel médical ou non médical pouvant être en contact avec le sang, réutilisable et mal stérilisé, peut transmettre le VHC, d'où l'obligation d'utiliser un matériel à usage unique. De même, la transmission du VHC est possible si les conditions d'hygiène réglementaires ne sont pas respectées lors de soins dentaires, de séances d'acupuncture (si les aiguilles ne sont pas jetables), lors d'une mésothérapie si le matériel n'est pas à usage unique, d'un rasage chez un barbier, d'un tatouage, piercing, perçement d'oreilles et de dermographie.