



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE C
-
POPULATIONS À DÉPISTER ET MODALITÉS DU DÉPISTAGE

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXPERTS
RÉUNI PAR L'ANAES

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en janvier 2001 ; ce rapport peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 1998, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

COMITÉ D'EXPERTS

D^f Françoise ROUDOT-THORAVAL, médecin de santé publique, Créteil – Chargée de projet

D^f François BAILLY, hépato-gastro-entérologue, Lyon

P^f Jean-Pierre BRONOWICKI, hépato-gastro-entérologue, Nancy

D^f Joëlle DEBEIR, hémobiologiste, Établissement Français du Sang, Paris

D^f Paul DENY, virologue, Bobigny

D^f Jean-Claude DESENCLOS, épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice

D^f Élisabeth DELAROCQUE, épidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice

D^f Gilles DUVERLIE, virologue, Amiens

P^f Bernard FILOCHE, hépato-gastro-entérologue, Lille

P^f Antoine HADENGUE, hépato-gastro-entérologue, Genève

P^f André LIENHART, anesthésiste réanimateur, Paris

M^{me} Sandrine LOUBIÈRE, économiste, Marseille

P^f Françoise LUNEL-FABIANI, virologue, Angers

D^f Philippe MERCET, hépato-gastro-entérologue, Besançon

D^f Danièle REBIBO, hémobiologiste, Établissement Français du Sang, Paris

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXPERTS.....	4
I. PRÉAMBULE	4
II. LES POPULATIONS À DÉPISTER	6
II.1 Les sujets exposés à des actes médicaux ou ayant des comportements à risque de contamination quantifié et élevé (prévalence > 2 %)	6
II.2 Les sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible (prévalence < 2 %)... ..	7
III. LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE	7

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXPERTS¹

Les recommandations concernent les populations à dépister et les modalités du dépistage.

I. PRÉAMBULE

La contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) nécessite le contact entre le sang d'un sujet infecté et le sang d'une personne indemne. Les causes principales de contamination sont la transfusion sanguine pratiquée avant 1992 et la toxicomanie par voie intraveineuse.

Cependant, le contact avec le sang infecté est possible dans d'autres circonstances, en particulier nosocomiales (l'origine nosocomiale, même si elle est rarement démontrée, pourrait être actuellement en France la seconde cause de contamination après la toxicomanie). Dans ce contexte, la transmission du VHC a été décrite au cours de séances d'hémodialyse, ou après endoscopie digestive en cas de défaut de stérilisation du matériel. Hors de l'hôpital, le partage du petit matériel sans partage de la seringue en cas de toxicomanie intraveineuse, ou le partage de la paille en cas de toxicomanie pernasale ont pu être incriminés. Par extension, une contamination dans d'autres circonstances où existe un contact avec du sang infecté est possible sans avoir été démontrée : endoscopies autres que digestives, actes chirurgicaux sanglants, toxicomanie par voie pernasale, tatouage, piercing, soins dentaires, etc.

La transmission de la mère à l'enfant est rare en l'absence de co-infection par le VIH. La contamination par voie sexuelle paraît théoriquement possible en cas de contact avec le sang du partenaire infecté, mais est probablement exceptionnelle en France.

Finalement, dans 20 % des cas, les circonstances de la contamination restent inconnues.

L'hépatite C est un problème de santé publique pour les raisons suivantes :

- la prévalence de l'infection est élevée, estimée à 1 % en France ;
- après contamination, le passage à la chronicité surviendrait dans 80 % des cas, avec le développement d'une hépatite chronique active pouvant justifier un traitement dans la moitié des cas environ ;
- l'évolution de l'hépatite chronique active C peut se faire vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire.

Le dépistage de l'hépatite C est justifié par :

- la prévalence élevée de l'infection et sa morbidité potentielle ;
- l'innocuité et l'acceptabilité du dépistage, qui repose sur la réalisation d'un sérodiagnostic ne nécessitant qu'une prise de sang ;
- la qualité du test de dépistage, en termes de sensibilité et spécificité ;

¹ Version finale établie le 18 janvier 2001.

- la chronicité de la maladie, qui nécessite au minimum une surveillance médicale régulière pour prévenir les complications ;
- la possibilité de prévenir l'évolution vers une forme grave de la maladie, d'une part, par des mesures systématiques de diététique (arrêt de la consommation d'alcool) et d'hygiène de vie (arrêt de la toxicomanie), d'autre part, par des traitements antiviraux indiqués en cas d'hépatite chronique active : l'association interféron-ribavarine permet globalement l'éradication du virus chez 40 % des malades traités dans les essais thérapeutiques récents. D'autres stratégies thérapeutiques bientôt disponibles pourraient s'avérer encore plus efficaces.

A ce tableau soulignant la gravité de la maladie et favorable à un renforcement du dépistage, il faut opposer :

- les incertitudes quant à l'histoire naturelle réelle de l'infection par le VHC. La plupart des études publiées ont été réalisées chez des patients hospitalisés, ayant des formes plus graves de l'infection, alors qu'il existe quelques études rapportant un taux élevé de guérison spontanée ou d'évolution vers des formes chroniques d'activité minime, bénignes ;
- le recul encore modeste concernant l'efficacité du traitement antiviral, dont, par ailleurs, les effets secondaires sont importants ;
- la nécessité d'être capable de donner systématiquement une réponse adaptée en cas de nouveau cas dépisté. Il ne faut pas arrêter la démarche médicale au dépistage, mais au contraire pouvoir orienter systématiquement le sujet dépisté vers une prise en charge rapide et adaptée, permettant de lui offrir un traitement antiviral s'il en a besoin et capable de répondre à l'angoisse générée par la découverte d'une infection chronique auparavant asymptomatique, en particulier dans les formes ne justifiant pas de traitement ;
- l'absence de données sur les répercussions psychologiques et sociales d'un dépistage positif ;
- les complications possibles des examens complémentaires actuellement réalisés (ponction biopsie hépatique) dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des patients ;
- les difficultés observées en France de la réalisation d'un dépistage ciblé sur les populations clairement identifiées comme à risque (transfusés avant 1992, ancien toxicomane par voie intraveineuse), puisqu'on estime qu'environ un tiers des patients infectés par le VHC restent non identifiés à ce jour. Ces difficultés invitent à la recherche de modalités de dépistage efficaces dans les populations à dépister.

Les difficultés rencontrées dans le dépistage ciblé sont de nature variable :

- difficultés d'identification par les hôpitaux des patients transfusés avant la mise en place d'un système efficace de traçabilité concernant la transfusion des produits sanguins ;
- difficultés de repérage des patients identifiés par les hôpitaux comme receveurs de transfusion, en particulier du fait du nombre élevé de personnes perdues de vue (changements d'adresse, décès) ;
- méconnaissance de l'existence de transfusions par les patients avant l'obligation d'information sur les transfusions, gênant l'identification des transfusés par les médecins traitants ;

- oubli ou refus de se souvenir de personnes ayant expérimenté des épisodes anciens et/ou isolés de toxicomanie par voie intraveineuse ;
- non prise en charge par le système de soins de certains toxicomanes actifs ;
- faible nombre de médecins traitants proposant de manière systématique et sur une période soutenue un dépistage chez les sujets à risque ;
- méconnaissance par les médecins des facteurs de risque supposés.

L'ensemble de ces éléments est à prendre en compte pour proposer des recommandations nouvelles sur les populations à dépister et les modalités à appliquer pour optimiser le dépistage.

II. LES POPULATIONS À DÉPISTER

Il n'apparaît pas justifié de recommander le dépistage systématique du VHC dans la population générale. D'une part, les populations à risque élevé de contamination sont identifiées ; d'autre part, l'évaluation du dépistage montre que l'efficacité d'un dépistage généralisé est à peine supérieure à celle d'un dépistage ciblé et qu'en revanche le coût global associé à un dépistage généralisé est d'un ordre de grandeur sans commune mesure avec un dépistage ciblé. La recommandation d'un dépistage ciblé est maintenue.

II.1 Les sujets exposés à des actes médicaux ou ayant des comportements à risque de contamination quantifié et élevé (prévalence > 2 %)

Il s'agit des :

- sujets ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés du fait de la gravité des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués : intervention chirurgicale lourde, séjour en réanimation, accouchement difficile, hémorragie digestive, etc. Une attention particulière doit être portée à repérer les sujets qui ont pu être transfusés du fait de soins en néonatalogie ou en pédiatrie : anciens grands prématurés, enfants nés avec une pathologie grave, antécédents d'exsanguinotransfusion, etc. ;
- sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse, quelle que soit la date d'utilisation. De plus, les toxicomanes qui restent actifs doivent être dépistés régulièrement ;
- enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- patients hémodialysés ;
- sujets découverts séropositifs pour le VIH.

II.2 Les sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible (prévalence < 2 %)

Il s'agit :

- des partenaires sexuels de sujets contaminés par le VHC ;
- des membres de l'entourage familial des patients contaminés, du fait du risque d'exposition au VHC par le partage d'objets souillés de sang (objets de toilette notamment) ;
- des sujets incarcérés ou ayant été incarcérés, du fait des antécédents possibles de toxicomanie et des risques possibles liés à la promiscuité (partage d'objets de toilette par exemple) ;
- des sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique ;
- des sujets ayant eu de la mésothérapie sans matériel à usage unique ou de l'acupuncture sans utilisation d'aiguilles personnelles ou à usage unique ;
- des sujets chez lesquels est trouvé un taux élevé d'ALAT sans cause connue ;
- des sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays réputés ou présumés à forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud).

Les professionnels de santé doivent être dépistés en cas d'accident d'exposition au sang, conformément aux recommandations émises par la Direction générale de la santé. Le dépistage systématique n'est pas actuellement recommandé en dehors de ce contexte.

Les sujets ayant eu des actes invasifs (endoscopie, intervention chirurgicale sans transfusion, etc.) avant que soient rendues obligatoires les mesures de désinfection universelles en 1996 ont pu être contaminés. Mais ce risque n'est pas quantifiable et on ne peut pas dire s'il est différent de celui de la population générale. Recommander le dépistage systématique chez ces sujets ne paraît pas plus justifié que de recommander le dépistage dans la population générale. Ce dernier n'est pas recommandé.

III. LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE

La recherche systématique dans les dossiers médicaux hospitaliers des sujets transfusés afin de les rappeler est difficile pour les transfusions réalisées avant la mise en place de la traçabilité (mise en place après l'obligation du dépistage du VHC sur les dons de sang) et prend un temps considérable. Les tentatives réalisées en France ne paraissent pas avoir été très efficaces dans leur ensemble. Cette modalité de dépistage n'est pas recommandée.

Le dépistage proposé par les médecins traitants (médecins généralistes, mais aussi gynécologues, anesthésistes, pédiatres, etc.) en cas de facteurs de risque est recommandé. Cette modalité ne doit pas être réalisée seule, car les études ont montré qu'elle était peu efficiente (du fait du faible nombre de médecins impliqués activement et de leur implication pour une durée habituellement brève). Elle peut être renforcée par une campagne grand

public large et prolongée, invitant les patients à risque identifié à se faire dépister par leur médecin traitant.

Il est recommandé d'effectuer le dépistage chez les toxicomanes actuellement actifs. Ce dépistage doit être répété régulièrement dans cette population. Le dépistage pourrait être renforcé en apposant un rappel sur les boîtes utilisées pour collecter les aiguilles ou en réalisant un travail de proximité dans les lieux de vie des toxicomanes et, de manière plus générale, des personnes marginalisées (information sur les maladies virales, leurs modes de transmission, la prévention de leur transmission et leur dépistage).

L'évaluation des tests de dépistage à partir de la salive devrait être renforcée pour voir si cette modalité peut remplacer le prélèvement sanguin et faciliter encore l'acceptabilité du dépistage, principalement par les toxicomanes actifs chez lesquels le dépistage doit être régulièrement répété.