

Hépatites chroniques B et C

Les infections par les virus de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB) sont un enjeu important de santé publique en France, du fait de leur fréquence et de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie). La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif, à un horizon quinquennal, de **réduire la mortalité attribuable aux hépatites chroniques de 30%**.

Jusqu'en 2001, il n'existait pas de données nationales fiables sur la mortalité associée au VHB et au VHC, en dehors d'études exploratoires ou de modélisation. Depuis cette date, l'INSERM-CépiDC a mené une étude épidémiologique nationale sur ce thème, en collaboration avec des hépatologues et l'InVS. Une analyse complémentaire a également été réalisée à partir des certificats de décès de l'année 2001, auprès des médecins certificateurs. L'objectif était d'estimer de façon périodique la mortalité associée au VHC et au VHB, de décrire les principales caractéristiques de ces décès et de préciser le rôle du virus et des comorbidités dans ces décès.

Par ailleurs, des données relatives aux affections de longue durée (ALD) attribuées pour hépatites B ou C par les trois principaux régimes d'assurance maladie sont disponibles et permettent d'estimer l'incidence des hépatites prises en charge.

INDICATEURS PRINCIPAUX

La mortalité peut être associée ou *imputable* aux virus des hépatites B et C. Tous les décès de patients porteurs du virus VHC ou VHB sont associés à ces virus. Les décès imputables sont un sous-ensemble des décès associés : ils ne sont imputables au virus que lorsque le virus VHC ou VHB a joué un rôle majeur dans le décès ou explique à lui seul le décès.

Décès associés et imputables au VHC

En 2001, le nombre de décès associés au VHC était estimé à 3 618, soit un taux de décès de 6,1 pour 100 000 habitants (tableau 1). 2 646 décès ont été expertisés et jugés « imputables » au VHC, soit un taux de décès de 4,5 pour 100 000 habitants. Les taux de décès progressent fortement avec l'âge, quel que soit le sexe, et les hommes sont toujours nettement plus concernés que les femmes.

Le stade de la maladie au décès est au moins une cirrhose dans 95 % des cas imputables au VHC et un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose une fois sur trois. Si la cirrhose est aussi fréquente pour les deux sexes, le carcinome hépatocellulaire est en proportion plus élevée chez les hommes.

L'âge moyen des décès attribués au VHC est de 66 ans (tableau 2), contre 75 ans dans la population générale. Cet âge varie en fonction des comorbidités et des coinfections. En l'absence de consommation excessive d'alcool, il est de 70 ans ; il s'abaisse à 58 ans en cas de consommation excessive d'alcool, qui est mentionnée pour plus d'un tiers des décès

attribués au VHC. Pour 6 % des décès attribués au VHC, les personnes étaient également infectées par le VHB et pour 10 % des cas, par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les personnes qui étaient infectées uniquement par le VHC et ne consommaient pas d'alcool de manière excessive sont décédées à 73 ans en moyenne. À l'inverse, la coinfection par le VIH fait passer l'âge moyen au décès en dessous de 40 ans.

Décès associés et imputables au VHB

En 2001, le nombre annuel de décès associés au VHB était estimé à 1 507, soit un taux de 2,6 décès pour 100 000 (tableau 1). Parmi ces décès, 1 32 ont été expertisés et jugés « imputables » au VHB, ce qui représente un taux de décès de 2,2 pour 100 000 habitants. Les hommes et les personnes de plus de 50 ans sont nettement plus touchés.

Le stade de la maladie au décès est au moins une cirrhose dans 93 % des cas et un carci-

nome hépatocellulaire sur cirrhose dans 35 % des cas. Pour 11 % des décès associés au VHB, les personnes étaient également infectées par le VIH et pour 15 %, on observerait une consommation excessive d'alcool.

L'âge moyen des décès attribués au VHB est de 65 ans (tableau 2). Les personnes consommant des boissons alcoolisées en quantité excessive meurent plus précocement que les autres (52 ans contre 64 ans).

INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre de patients admis en ALD pour hépatite chronique B ou C

En 2009, 11 180 nouvelles attributions d'ALD ont été enregistrées en France métropolitaine par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces ALD concernent plus d'hommes que de femmes (sex-ratio de 1,7). Par ailleurs, 20,4 % des ALD attribuées à des femmes le sont à partir de 65 ans, contre 8,2 % chez les hommes.

En 2009, 91 300 personnes en ALD pour hépatite B ou C étaient recensées dans les bases de l'assurance maladie pour les 3 principaux régimes (CNAMTS, RSI et CCMSA).

Il existe de fortes disparités régionales (tableau 3). Les régions qui enregistrent les plus forts taux d'admissions en ALD pour hépatites chroniques sont la Corse (32 pour 100 000), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (28 pour 100 000), l'Île-de-France (27 pour 100 000), le Languedoc-Roussillon (26 pour 100 000). L'Auvergne et les Pays de la Loire sont celles qui présentent le taux le plus bas (respectivement 8 et 9 pour 100 000). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-CÉPIDC.

synthèse

Pour la première fois en 2001, une enquête a permis d'établir une estimation fiable de la mortalité liée aux virus des hépatites B et C en France métropolitaine. Elle confirme la gravité des hépatites virales B et C : 4 000 décès étaient en effet imputables à ces virus. Par ailleurs, on relève la présence d'une cirrhose dans plus de 90 % des décès et d'un carcinome hépatocellulaire dans un décès sur trois. Les personnes dont le décès est attribué au VHC et au VHB meurent aux alentours de 65 ans, mais beaucoup plus précocement en cas d'alcoolisation excessive (respectivement 58 et 52 ans). La coinfection par le VIH a également des effets aggravants sur l'espérance de vie : lorsqu'une personne est infectée par le VHC et le VIH, l'âge moyen au décès est inférieur à 40 ans. Cette étude souligne la nécessité de poursuivre les efforts engagés dans la prévention et le dépistage du portage chronique de ces virus, et d'améliorer la prise en charge des comorbidités et l'accès au traitement des patients.

TABLEAU 1 • Nombre et taux de décès en rapport avec le VHC et le VHB en 2001

	Décès annuels estimés		Taux de décès annuels estimés pour 100 000 habitants [IC à 95 %]	Risque relatif [IC à 95 %]
	Nombre [IC à 95 %]	%		
Décès attribués au VHC				
Décès associés au VHC	3 618 [2 499 - 4 735]		6,1 [4,2 - 8,0]	
Décès imputables au VHC	2 646 [1 641 - 3 650]	100	4,5 [2,8 - 6,2]	
hommes	1 544 [968 - 2 180]	58,4	5,4 [3,4 - 7,6]	1,5 [0,9 - 2,1]
femmes	1 102 [586 - 1 801]	41,6	3,6 [1,9 - 5,9]	Réf.
Décès attribués au VHB				
Décès associés au VHB	1 507 [640 - 2 373]		2,6 [1,4 - 4,5]	
Décès imputables au VHB	1 327 [463 - 2 192]	100	2,2 [0,8 - 3,7]	
hommes	931 [473 - 1 578]	70,2	3,2 [1,6 - 5,5]	2,5 [1,2 - 4,2]
femmes	396 [116 - 1 110]	29,8	1,3 [0,4 - 3,6]	Réf.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête transversale réalisée par l'INSERM-CépiDc auprès des médecins certificateurs à partir d'un échantillon de 1 000 certificats de décès de l'année 2001 mentionnant des pathologies pouvant évoquer un lien avec le VHB ou le VHC.

TABLEAU 2 • Âge moyen au décès selon la consommation d'alcool et la coinfection par le VIH en 2001

Décès attribués au VHC	Âge estimé (en années) [IC à 95 %]	Test de significativité (p)
Ensemble	66 [61 - 70]	
Sans consommation excessive d'alcool	70 [64 - 77]	0,004
Avec consommation excessive d'alcool	58 [54 - 63]	
VHC mono-infectés, sans VHB ni VIH ni alcool* (a)	73 [72 - 75]	(a)/(b) : 0,0001
VHC avec alcool, sans VHB ni VIH (b)	62 [59 - 66]	(b)/(c) : 0,0001
VHC co-infecté VIH, sans VHB ni alcool (c)	38 [35 - 41]	(a)/(c) : 0,0001
Décès attribués au VHB		
Ensemble	65 [56 - 74]	
Sans consommation excessive d'alcool	64 [56 - 74]	0,05
Avec consommation excessive d'alcool	52 [45 - 57]	

* Alcool signifie « consommation excessive d'alcool ».

Note : L'âge moyen au décès de la population française en 2001 est de 75 ans.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête transversale réalisée par l'INSERM-CépiDc auprès des médecins certificateurs à partir d'un échantillon de 1 000 certificats de décès de l'année 2001.

TABLEAU 3 • Effectifs et taux* bruts régionaux d'attribution d'ALD pour hépatites B et C en 2009

Région	Nombre d'attribution d'ALD pour hépatites B et C	Taux brut d'attribution d'ALD pour hépatites B et C
Alsace	358	19,4
Aquitaine	466	14,6
Auvergne	106	7,9
Basse-Normandie	159	10,8
Bourgogne	233	14,2
Bretagne	312	9,8
Centre	343	13,5
Champagne-Ardenne	134	10,0
Corse	99	32,3
Franche-Comté	132	11,3
Guadeloupe	83	20,6
Guyane	42	18,6
Haute-Normandie	252	13,8
Île-de-France	3 190	27,2
La Réunion	89	10,8
Languedoc-Roussillon	671	25,7
Limousin	92	12,4
Lorraine	366	15,6
Martinique	67	16,8
Midi-Pyrénées	526	18,4
Nord - Pas-de-Calais	399	9,9
PACA	1 384	28,1
Pays de la Loire	326	9,2
Picardie	208	10,9
Poitou-Charentes	218	12,4
Rhône-Alpes	923	15,0
France entière**	11 180	17,4

* Taux pour 100 000 habitants. ** 2 cas non renseignés pour la région de résidence.

Champ : France entière.

Sources : Données d'ALD des trois régimes d'assurance maladie et estimations localisées de population 2009 (INSEE).

SOURCES • Enquête transversale réalisée par l'INSERM-CépiDc auprès des médecins certificateurs à partir d'un échantillon de 1 000 certificats de décès de l'année 2001.

CHAMP • France métropolitaine, 2001.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • En 2001, 531 072 décès sont survenus en France métropolitaine. Parmi ces décès, 65 000 certificats mentionnaient des pathologies pouvant évoquer un lien avec le VHB ou le VHC : maladies du foie ou leurs complications, auxquelles ont été ajoutés le VIH et le sida, ou toute infection non précisée. Parmi ces décès, 999 certificats ont été tirés aléatoirement pour constituer l'échantillon d'étude. Pour l'ensemble des cas sélectionnés, une enquête complémentaire auprès des médecins certificateurs a été réalisée, avec retour au dossier médical des cas.

LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR •

Estimation ponctuelle ne pouvant être renouvelée en routine. Possibilité de sous-estimation en raison du possible manque d'exhaustivité dans le report des pathologies sur le certificat de décès, cependant contrôlée par l'investigation d'une grande variété de pathologies pouvant évoquer un lien avec les virus. Autre cause de sous-estimation : la non-réalisation systématique des sérologies chez les personnes âgées et chez certains patients porteurs d'une cirrhose alcoolique. Possibilité de surestimation des décès car les sérologies non réalisées ont été considérées comme des non-réponses auxquelles on a appliqué la proportion de séropositifs observée chez les cas renseignés.

RÉFÉRENCES •

- Marcellin P., Péquignot F., Delarocque-Astagneau E., Zarski J.-P., Ganne N., Hillon P., Antona D., Bovet M., Mechain M., Asselah T., Desenclos J.-C., Jouglu E., 2008, « Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France: Evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption », *Journal of Hepatology*, 48: 200-7
- Péquignot F., Hillon P., Antona D., Ganne N., Zarski J.-P., Méchain M., Bovet M., Delarocque-Astagneau E., Asselah T., Desenclos J.-C., Jouglu E., Marcellin P., 2008, « Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 27: 237-240.

SOURCES • Données d'ALD des trois principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, y compris sections locales mutualistes, RSI et CCMSA). Population estimée en 2009, INSEE.

CHAMP • France entière pour les données régionales.

LIMITES ET BIAIS • Il ne s'agit pas de données d'incidence mais d'attributions à la suite des demandes d'ALD acceptées par l'assurance maladie.