



HAL
open science

Caractéristiques épidémiologiques des patients atteints d'hépatite C sur le territoire ouest de l'île de La Réunion. Cohorte de 412 patients diagnostiqués entre 1995 et 2016

Thomas Chane-Teng

► To cite this version:

Thomas Chane-Teng. Caractéristiques épidémiologiques des patients atteints d'hépatite C sur le territoire ouest de l'île de La Réunion. Cohorte de 412 patients diagnostiqués entre 1995 et 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02926766

HAL Id: dumas-02926766

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02926766>

Submitted on 1 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE021M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

**CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS
ATTEINTS D'HEPATITE C SUR LE TERRITOIRE OUEST DE L'ILE DE
LA REUNION. COHORTE DE 412 PATIENTS DIAGNOSTIQUES
ENTRE 1995 et 2016.**

Présentée et soutenue publiquement le 02/06/2020 à 19h00 à La
Réunion

Par Thomas CHANE-TENG

Né le 4 Novembre 1988 à Saint-Denis

Directeur de thèse :

Dr CUISSARD Laurent

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur VACHER-COPONAT Henri, PU-PH
Monsieur le Professeur DESMARCHELIER Philippe, PA-MG
Monsieur le Docteur MONTEE Nicolas, CCU-MG
Monsieur le Docteur BELON Gérard, PH

Président
Rapporteur
Assesseur
Assesseur

Table des matières

Liste des abréviations :.....	3
Liste des tableaux :	4
Introduction.....	5
Matériel et méthode.....	7
Résultats.....	9
Année de diagnostic.....	10
Sex ratio.....	11
Age médian.....	12
Lieu de naissance	13
Mode de contamination.....	15
Génotype.....	17
Discussion.....	19
Conclusion	24
Bibliographie	25
Annexes :.....	28
Sex Ratio.....	28
Lieu de naissance	30
Mode de contamination.....	32
Génotype.....	37
Résumé.....	41

Liste des abréviations :

AAD : Antiviraux à action directe

ARN : Acide Ribonucléique

CHGM : Centre hospitalier Gabriel Martin

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DROM : Département Région d'Outre-mer

VHC : Virus de l'hépatite C

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut National de la statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

Liste des tableaux :

Figure 1 : Année de diagnostic de la population étudiée (n=405 patients)

Figure 2 : Sexe des populations étudiées (n=412 patients)

Figure 3 : Age médian des populations étudiées (n=412 patients)

Figure 4 : Lieu de naissance des populations étudiées (n=409 patients)

Figure 5 : Mode de contamination des populations étudiées (n=412 patients)

Figure 6 : Génotype viral des populations étudiées (n=308 patients)

Introduction

Depuis 2010, la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C (VHC) connaît une révolution majeure avec l'arrivée des antiviraux à action directe (AAD). Ces nouvelles molécules permettent une guérison virologique définitive chez pratiquement tous les patients traités avec très peu d'effets secondaires(1)(2). Ces progrès permettent d'envisager une élimination du VHC en France et en particulier sur notre territoire réunionnais. Pour obtenir ce résultat, il faut diagnostiquer les cas d'hépatite C encore méconnus.

En 2016, la prévalence de l'hépatite C dans la population française a été estimée à 0,30% (soit 133 466 patients infectés)(3). Une étude de 2014 estimait à environ 74 000 le nombre de personnes porteuses d'une hépatite C chronique non diagnostiquée en France métropolitaine(4). On peut penser qu'à la Réunion, il persiste également une insuffisance de diagnostic importante.

A ce jour le dépistage généralisé à toute la population n'est toujours pas retenu par l'HAS(5). Une bonne connaissance du profil des patients porteurs du VHC est donc utile pour guider le dépistage.

A La Réunion, une étude épidémiologique concernant les caractéristiques des patients porteurs d'une hépatite C sur le territoire Ouest de la Réunion a été réalisée par le Dr THURIEAU en 2011(6). Elle avait montré que : trois quarts des cas d'hépatite C pris en charge dans l'Ouest de la Réunion avant 2010 étaient des cas importés. Parmi eux plus de 50 % avaient été observés chez des patients nés en France métropolitaine. La toxicomanie était la première cause (40 %) des cas d'hépatite C retrouvés. Cette étude montrait par ailleurs que le sex-ratio et les caractéristiques de la contamination étaient très différents selon l'origine des patients. Les modes de contamination étaient principalement la toxicomanie chez les Métropolitains, la transfusion chez les Réunionnais et la contamination iatrogène au sens large chez les Malgaches (contamination nosocomiale et gestes à risques dans un pays à forte prévalence au VHC où l'hygiène y est précaire).

Depuis 2011, la population de La Réunion n'a cessé d'augmenter du fait des naissances importantes et du solde migratoire excédentaire(7). En 2017, la Réunion comptait 852 657 habitants (versus 808 250 habitants en 2010) dont 181 969 habitants (versus 177 000 habitants en 2010) sur le territoire Ouest de la Réunion(8).

Par ailleurs, la pratique clinique suggère que les cas d'hépatite C découverts récemment se répartissent différemment de ce qui avait été constaté dans le travail du Dr THURIEAU. Il paraît donc pertinent d'actualiser ces données épidémiologiques et de les comparer à celles de l'étude antérieure. Nous nous sommes alors demandé au cours de notre étude : Les caractéristiques épidémiologiques des patients atteints d'hépatite C ont-elles évolué ? (Comparaison avec le travail du Dr THURIEAU réalisé en 2011 dans l'Ouest de La Réunion)

On peut en effet penser que les patients restant à dépister ont un profil significativement différent par rapport aux profils des patients étudiés dans l'étude du Dr THURIEAU. Si notre hypothèse se confirme, notre travail pourrait ainsi permettre de rendre ce dépistage plus efficace en ciblant mieux les patients à risque. Ces nouvelles données, ainsi qu'une connaissance plus précise des caractéristiques des patients diagnostiqués au cours de ces dernières années pourraient aider les professionnels de santé, notamment les médecins traitants, dans leur travail de dépistage.

Matériel et méthode

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle et rétrospective.

Nous avons choisi de reprendre la même méthode de recueil utilisée par le Dr THURIEAU dans son travail pour éviter tout biais de sélection dans notre échantillonnage.

Objectif : Actualiser les caractéristiques épidémiologiques des patients ayant une hépatite C diagnostiquée dans l'Ouest de La Réunion depuis le 1er janvier 2011. Comparer secondairement avec les données de l'étude THURIEAU, les caractéristiques épidémiologiques des populations diagnostiquées avant et après 2011.

Le critère d'inclusion était la présence d'une sérologie positive pour l'hépatite C retrouvée dans le dossier des patients vus en consultation spécialisée d'hépatogastro-entérologie ou en hospitalisation au Centre Hospitalier Gabriel Martin à Saint-Paul dans le même territoire Ouest de La Réunion que celui défini par le Dr THURIEAU dans son étude, entre le 1^{er} Janvier 1995 et le 31 Décembre 2016. Ces communes étaient La Possession, le Port, Saint Paul, et Trois Bassins (cf schéma régional sanitaire de 3^{ème} génération de la Réunion (SROS III-2005-2010))(9).

Le critère de jugement principal et le critère d'inclusion sont confondus. Il n'est pas défini de **critère d'exclusion**.

Pour définir **nos critères de jugement secondaires**, nous avons repris la méthode de recueil et les mêmes indicateurs enregistrés que dans le travail du Dr THURIEAU, c'est à dire :

- Les données relatives aux caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, année du diagnostic, lieu de naissance) des patients.
- Le mode de contamination; nous avons recherché les facteurs de risque habituels de contamination par le virus de l'hépatite C(10) :
 - Antécédents de transfusion avant 1992
 - Antécédents de toxicomanie intraveineuse ou nasale

-Antécédents de facteurs de risques nosocomiaux/iatrogènes (chirurgie lourde cardiaque et gynécologique; hémodialyse; endoscopies; antécédents de soins divers (injections intramusculaires, soins dentaires, circoncision dans des pays « à risque » où les conditions sanitaires et d'hygiène ne sont pas toujours respectées ; l'acupuncture, mésothérapie.)

-Situations ou comportements à risque (tatouage et piercing ; incarcération pénitentiaire ; accidents d'exposition au sang (AES) chez les professionnels de santé, transmission sexuelle)

- Le génotype viral

Le recueil des données a été fait via le logiciel Excel©. Nous avons repris les données individuelles des 245 patients de l'étude du Dr THURIEAU(6). Le recensement des autres cas a été fait avec la même méthode que l'étude THURIEAU à savoir par :

-La récupération du statut sérologique dans les dossiers médicaux des patients auprès des médecins du service de médecine à orientation hépatogastro-entérologie du centre hospitalier du territoire (Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint-Paul) et dans les deux cabinets d'hépatogastroentérologie libéraux du secteur. Le cabinet de l'un des deux est situé à Saint-Paul et l'autre au Port.

-La recherche dans les bases PMSI du Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM)

-La récupération du statut sérologique des patients auprès des laboratoires de biologie du CHGM et de celui rattaché à la Clinique Jeanne d'Arc.

L'analyse statistique a consisté principalement en une analyse descriptive et comparative univariée de la population globale puis une comparaison de la population récente (1^{er} diagnostic fait après 2011) versus la population déjà étudiée (1^{er} diagnostic fait avant 2011). Les comparaisons de pourcentages ont été réalisées par le test du Chi² ou le test exact de Fischer selon les conditions d'application. Le seuil de significativité des tests retenu est le seuil classique de 5%. Cette analyse statistique a été réalisée par le logiciel R version 3.4.3 avec l'aide de l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de la Réunion.

Aspects éthiques : Notre demande d'autorisation de recherche dans le domaine de santé (n° 2215845v0) a été approuvée auprès de la CNIL. Etant donné que notre étude est non interventionnelle et rétrospective, elle n'entre pas dans la loi Jardé.

Résultats

Depuis le 1^{er} Janvier 2011, 167 nouveaux patients ayant une sérologie positive pour le VHC ont pu être colligés. Ces patients se répartissaient en deux groupes :

- 79 patients porteurs du VHC diagnostiqués pour la première fois après le 1^{er} Janvier 2011

- 88 patients porteurs du VHC diagnostiqués avant le 1^{er} janvier 2011. Ces patients diagnostiqués pendant la période d'inclusion du travail du Dr THURIEAU n'avaient pas été inclus dans cette précédente étude :

 - soit parce que, bien que déjà diagnostiqués, ils n'avaient pas encore été vus dans les registres analysés avant cette date.

 - soit parce qu'ils avaient été « oubliés » dans l'étude du Dr THURIEAU compte tenu du caractère rétrospectif du recueil.

Pour l'analyse des données, nous avons repris les données des patients étudiées dans le travail du Dr THURIEAU (245 patients porteurs du VHC diagnostiqués avant 2011). Ces données ont été récupérées directement après lecture de l'étude.

Au total, notre étude compte donc 412 patients infectés par le virus de l'hépatite C diagnostiqués entre le 1/01/1995 et le 31/12/2016 (**Population totale**).

Les caractéristiques des 79 patients diagnostiqués après le 1^{er} Janvier 2011 correspondant au groupe récent (**REC**) ont été comparées à celles du groupe ancien (**ANC**) de 333 patients diagnostiqués avant 2011. Le groupe ANC étant composé des 88 cas de patients colligés dans notre étude associés aux 245 patients de l'étude THURIEAU.

Année de diagnostic

La période du diagnostic de l'infection par le VHC a pu être précisée chez 405 patients sur 412 (98.3%). Le diagnostic a été fait :

- dans 144 cas entre le 1/01/1995 le 31/12/1999
- dans 113 cas entre le 1/01/2000 et le 31/12/2005
- dans 69 cas entre le 1/01/2006 et le 31/12/2010
- dans 79 cas entre le 1/01/2011 et le 31/12/2016

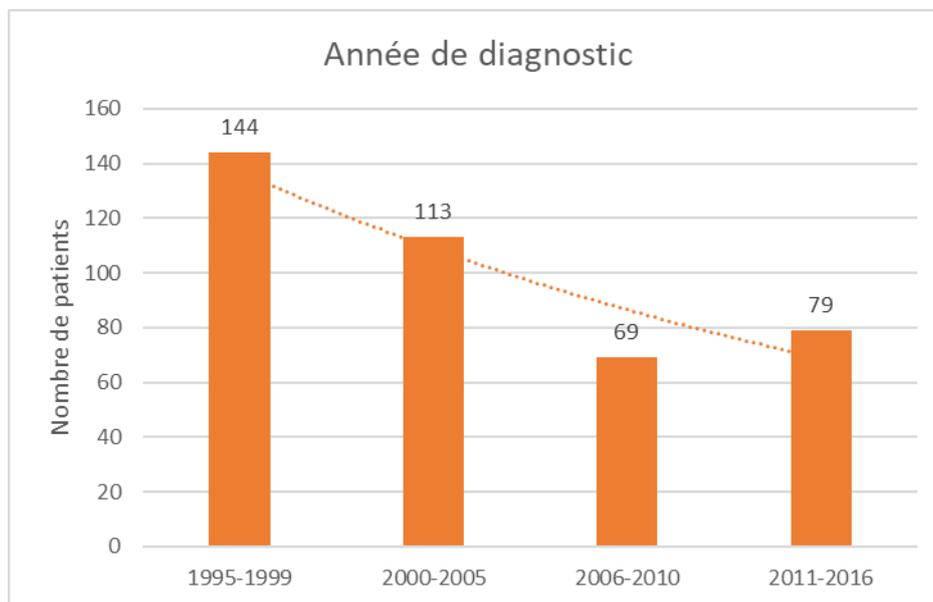


Figure 7 : Année de diagnostic de la population étudiée (n=405 patients)

Nous constatons une diminution des diagnostics d'hépatite C avec le temps. En effet, 257 patients ont été diagnostiqués avant 2005 (soit environ 2/3 des cas) contre 148 patients pour la période 2006-2016. Le nombre de patients diagnostiqués VHC positif est à peu près stable entre la période de 2006-2010 et la période de 2011-2016 (respectivement 69 cas et 79 cas).

Sex ratio

- ❖ **Sur la population totale** (412 patients), 216 patients sont des hommes (52,4%) et 196 patients sont des femmes (47,6%) soit un sex ratio homme-femme de 1,1. (*Annexe 1*)
- ❖ **Le groupe ANC** comprend 333 patients (soit 81% de la cohorte étudiée). Il se compose de 150 femmes (45%) et de 183 hommes (55%) soit un sex ratio homme-femme de 1,22. (*Annexe 2*)
- ❖ **Le groupe REC** comporte 79 patients (soit 19% de la cohorte étudiée). Il se compose de 46 femmes (58%) et de 33 hommes (42%) soit un sex ratio homme-femme de 0,71. (*Annexe 3*)

Sexe	ANC		REC		TOTAL	
Femme	150	(45%)	46	(58%)	196	(48%)
Homme	183	(55%)	33	(42%)	216	(52%)
Sex ratio	1.22		0.71		1.1	
Total	333	(100%)	79	(100%)	412	(100%)

Test du Chi² : p=0.04459

Figure 8 : Sexe des populations étudiées (n=412 patients)

Il y a donc une inversion du sex ratio dans le temps avec une majorité de femmes récemment diagnostiquées (58% vs 45%). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$)

Age médian

- ❖ **La population totale** a un âge médian de 52 ans [46;60]. L'âge médian des 216 hommes est de 52 ans [46;58], celui des 196 femmes est de 53 ans [45;62]
- ❖ **Le groupe ANC** a un âge médian de 49 ans [45;56] : 49 ans [45;55] pour les hommes, et 50 ans [43;57] pour les femmes.
- ❖ **Le groupe REC** a un âge médian de 57 ans [51;64]. Les hommes du groupe ont un âge médian de 56 ans [51;61] contre 59 ans [49;66] pour les femmes.

Age médian [Q1-Q3]	ANC		REC		TOTAL	
Femme	50	[43-57]	59	[49-66]	53	[45-62]
Homme	49	[45-55]	56	[51-61]	52	[46-58]
Total	49	[45-56]	57	[51-64]	52	[46-60]

Test du Chi² : p=1

Q1 : quartile 1 ; Q3 : quartile 3

Figure 9 : Age médian des populations étudiées (n=412 patients)

L'âge médian n'est pas différent entre les groupes REC et ANC.

Lieu de naissance

❖ **Population totale** : Le lieu de naissance a pu être documenté chez 409 patients sur 412 (99,3%) (*Annexe 4*) :

-199 patients sont nés en métropole soit 48%.

-117 patients sont nés à La Réunion soit 28%

-58 patients sont nés à Madagascar soit 14%

-35 patients sont nés dans un pays ou régions autres que la France métropolitaine, La Réunion et Madagascar soit 9%.

❖ **Groupe ANC**, le lieu de naissance a pu être établi chez 330 patients sur 333 (99,1%) (*Annexe 5*) :

-178 patients sont nés en métropole (53%).

-79 patients sont nés à La Réunion (24%).

-43 patients sont nés à Madagascar (13%).

-30 patients sont nés dans un pays ou régions autres que la France métropolitaine, La Réunion et Madagascar (9%).

❖ **Groupe REC**, sur 79 patients (*Annexe 6*) :

-21 patients sont nés en métropole (27%).

-38 patients sont nés à La Réunion (48%).

-15 patients sont malgaches (19%).

-5 patients sont nés dans un pays ou régions autres que la France métropolitaine, la Réunion et Madagascar (6%).

Lieu de naissance	ANC		REC		TOTAL	
Métropole	178	(53%)	21	(27%)	199	(48%)
La Réunion	79	(24%)	38	(48%)	117	(28%)
Madagascar	43	(13%)	15	(19%)	58	(14%)
Autres pays	30	(9%)	5	(6%)	35	(9%)
Total	330	(100%)	79	(100%)	409	(100%)

Test du Chi² : $p=1.43 \times 10^{-5}$

Figure 10 : Lieu de naissance des populations étudiées (n=409 patients)

Nous constatons que les patients récemment diagnostiqués ne sont plus majoritairement des métropolitains (27% vs 53% groupe ANC). Les nouveaux diagnostics se font désormais surtout chez les patients originaires de la région Océan Indien (67%) particulièrement ceux qui sont nés à La Réunion (48%) et Madagascar (19%).

Mode de contamination

❖ **Population totale** : Les 412 patients ont été contaminés (*Annexe 7,8*) :

- dans 133 cas (32%) par la toxicomanie seule (TOX).
- dans 96 cas (23%) par la transfusion seule (TSF).
- dans 18 cas (5%) les deux facteurs de risque (TOX et TSF) ont été associés.
- dans 88 cas (21%) un « autre » facteur présumé de contamination en l'absence de toxicomanie et/ou de transfusion a été retrouvé (AUT).
- dans 77 cas (19%) aucun facteur de risque de contamination n'a été retrouvé (RAS).

❖ **Groupe ANC** (333 patients) : Les patients ont été contaminés (*Annexe 9,10*) :

- dans 122 cas (37%) par la toxicomanie seule (TOX).
- dans 81 cas (24%) par la transfusion seule (TSF).
- dans 15 cas (4%) les deux facteurs de risque (TOX et TSF) ont été associés.
- dans 60 cas (18%) par un « autre » facteur présumé de contamination en l'absence de toxicomanie et/ou de transfusion (AUT).
- dans 55 cas (17%) aucun facteur de risque de contamination n'a été retrouvé (RAS).

❖ **Groupe REC** (79 patients): Les modes de contamination sont (*Annexe 11,12*):

- 11 cas de toxicomanie (14%). Sur ces 11 cas, 8 patients sont des hommes (73%) et 3 patients sont des femmes (27%). (*Annexe 13*)
- 15 cas de transfusion (19%). Sur ces 15 cas, 7 patients sont des hommes (47%) et 8 sont des femmes (53%). (*Annexe 14*)
- 3 cas de contamination par association de toxicomanie et de transfusion (4%) (TOX+TSF).
- 22 cas pour lesquels aucun facteur de risque de contamination n'a été retrouvé (28%) (RAS).
- 28 cas restants avec un « autre » facteur présumé de contamination en l'absence de toxicomanie et/ou de transfusion (AUT) (35%).

Ces 28 cas se répartissent ainsi (groupe AUT) (Annexe 15) :

-10 cas de contamination par chirurgie lourde (cardiaque, gynécologique) (groupe CHIR).

-9 cas de contamination par iatrogénie (injection intra musculaire, soins dentaires, injections dans des pays à risque) (groupe SOIN).

-8 cas de contamination par rapport sexuel (groupe SEX).

-1 cas de contamination par tatouage (groupe TAT).

Mode de contamination	ANC		REC		TOTAL	
TOX	122	(37%)	11	(14%)	133	(32%)
TSF	81	(24%)	15	(19%)	96	(23%)
TSF+TOX	15	(4%)	3	(4%)	18	(5%)
AUT	60	(18%)	28	(35%)	88	(21%)
RAS	55	(17%)	22	(28%)	77	(19%)
Total	333	(100%)	79	(100%)	412	(100%)

Test du Chi² : $p=3.91 \times 10^{-5}$

Figure 11 : Mode de contamination des populations étudiées (n=412 patients)

Nous constatons que la toxicomanie (14% groupe REC vs 37% groupe ANC) et la transfusion (19% groupe REC vs 24% groupe ANC) ne sont plus les facteurs majeurs de contamination dans le groupe récemment diagnostiqué.

Les autres modes de contamination sont devenus la 1^{ère} cause de contamination du groupe REC (35%). Notons aussi que dans 28% des cas, on ne retrouve aucun facteur de contamination identifié chez les patients récemment diagnostiqués.

Génotype

Nous n'avons pas pu récupérer le génotype viral pour la totalité des patients :

-soit il n'a pas été réalisé (surtout pour les patients pris en charge avant 2000 parce qu'il n'était pas fait systématiquement).

-soit l'information n'a pu être récupérée lors de la collecte.

-soit l'ARN était négatif, la sérologie positive correspondant chez certains patients à un antécédent d'hépatite C spontanément guérie.

❖ **Population totale** : Le génotype a pu être identifié pour 308 patients sur 412 (74,7%).

Sur les 308 cas étudiés, nous retrouvons (*Annexe 16*) :

-174 cas recensés de génotype 1 (56%). Sur 174 cas de génotype 1, 63 patients sont infectés par le génotype 1a (36%), 85 patients par le génotype 1b (49%) et pour 26 patients le sous-type n'a pas pu être précisé (15%). (*Annexe 17*)

-46 cas (15%) de génotype 2.

-58 cas (19%) de génotype 3.

-30 cas (10%) de génotypes 4,5,6.

❖ **Groupe ANC** : Nous avons pu récupérer le génotype de 246 patients sur 333 (74%) (*Annexe 18*) :

-136 cas recensés (55%) de génotype 1. Sur ces 136 cas, 46 patients sont infectés par le génotype 1a (34%), 65 patients par le génotype 1b (48%) et pour 25 patients (18%) le sous-type n'a pas pu être précisé. (*Annexe 19*)

-35 cas (14%) de génotype 2.

-54 cas (22%) de génotype 3.

-21 cas (9%) génotypes 4,5,6.

❖ **Groupe REC** : Nous avons pu récupérer le génotype de 62 patients sur 79 (78,5%) (*Annexe 20*) :

-38 cas (61%) de génotype 1. Sur ces 38 cas recensés, 17 patients sont infectés par le génotype 1a (45%), 20 patients par le génotype 1b (53%) et pour 1 patient le sous-type n'a pas pu être précisé (2%). (*Annexe 21*)

-11 cas (18%) de génotype 2.

-4 cas (6%) de génotype 3.

-9 cas (15%) de génotypes 4,5,6.

Génotype viral	ANC		REC		TOTAL	
Génotype 1	136	(55%)	38	(61%)	174	(56%)
<i>Sous-type 1a</i>	46	(34%)	17	(45%)	63	(36%)
<i>Sous-type 1b</i>	65	(48%)	20	(53%)	85	(49%)
<i>Sous type non connu</i>	25	(18%)	1	(2%)	26	(15%)
Génotype 2	35	(14%)	11	(18%)	46	(15%)
Génotype 3	54	(22%)	4	(6%)	58	(19%)
Génotype 4,5,6	21	(9%)	9	(15%)	30	(10%)
Total	246	(100%)	62	(100%)	308	(100%)

Test du Chi² : p=2.17x10⁻⁵

Figure 12 : Génotype viral des populations étudiées (n=308 patients)

On constate une augmentation de la prévalence du génotype 1 (61% vs 55% pour le groupe ANC), en particulier celle du sous type 1a (45% vs 34%) dans le groupe récemment diagnostiqué par rapport au groupe ANC. Une nette diminution de la prévalence du génotype 3 dans le groupe REC par rapport au groupe ANC (6% vs 22%) est à noter. Les génotypes 4,5,6 sont plus représentés dans le groupe REC (15% vs 9%).

Discussion

Au cours de ces dernières années, la population réunionnaise a légèrement évolué. En 2017, La Réunion compte 852 657 habitants (vs 808 250 en 2010) dont 181 969 (vs 177 000 en 2010) vivant sur le territoire Ouest de la Réunion(11). Selon les dernières données de l'INSEE de 2013, les natifs de l'île de la Réunion représentent 83,7% (versus 85% en 2010) de la population globale. Les métropolitains représentent 11,1% de la population réunionnaise totale (10,2% en 2010)(12) (Annexe 22).

Il y a quelques années, le Dr THURIEAU avait réalisé une étude décrivant le profil épidémiologique de 245 patients ayant une sérologie VHC positive, pris en charge dans le territoire Ouest de la Réunion et diagnostiqués avant 2011(6). Depuis cette étude, nous avons pu colliger 167 patients supplémentaires. Pour 88 d'entre eux, l'hépatite C avait été diagnostiquée pour la première fois avant 2011, ce qui correspondait donc à la période d'inclusion de l'étude THURIEAU. Malgré cela ils n'avaient pas été intégrés dans celle-ci, soit parce que, bien que déjà diagnostiqués, ils n'avaient pas encore été vus dans nos centres avant cette date, soit parce qu'ils avaient été « oubliés » dans l'étude du Dr THURIEAU compte tenu du caractère rétrospectif du recueil. Nous avons pu intégrer ces 88 cas supplémentaires dans notre échantillon de patients sans ajout d'aucun biais de sélection du fait de l'utilisation de la même méthode de recueil que dans l'étude THURIEAU.

Nous ne discuterons pas ici des caractéristiques générales de la population globale des 412 patients. En effet nous considérons qu'elle apporte peu d'enseignement complémentaire par rapport à l'étude THURIEAU. Il paraît plus pertinent de se concentrer sur l'analyse par sous-groupe, en fonction du moment du diagnostic.

L'analyse de l'ensemble des patients diagnostiqués avant 2011 (groupe ANC) confirme les résultats présentés antérieurement : patients surtout d'origine métropolitaine (53%, à comparer aux 10 % de patients métropolitains dans la population générale), majoritairement de sexe masculin (55%), d'un âge médian de 49 ans, les antécédents de toxicomanie étant le premier mode de contamination

(37%). Cette stabilité par rapport aux résultats déjà présentés par Dr THURIEAU s'explique en partie par le fait que l'effectif des patients de l'étude de 2011 pondère de façon importante les résultats (245 sur les 333 patients que compte le groupe ANC de notre étude actuelle, soit 73.5% de notre groupe ANC). Cette absence de modification des résultats confirme cependant la pertinence des résultats présentés en 2011 par le Dr THURIEAU.

En revanche, nos résultats démontrent clairement que les caractéristiques des patients diagnostiqués après 2011 (groupe REC) sont bien différentes de celles de la population de l'étude précédente. En effet, deux tiers des cas d'hépatite C diagnostiqués récemment concernent désormais des patients originaires de la région Océan Indien, principalement de l'île de la Réunion (48%). Les métropolitains qui représentaient 53% des patients auparavant, n'en représentent désormais plus que 27%. Le sex-ratio homme-femme s'inverse (0,7) par rapport au groupe ANC avec une majorité de femmes (58%).

La répartition des modes de contamination chez les patients diagnostiqués après 2011 a également largement évolué. En effet, la toxicomanie et la transfusion, qui sont considérées comme facteurs de contamination majeurs, ne sont plus les premières causes de contamination (respectivement 14% et 19% des patients du groupe REC). A noter que les 11 cas de contamination par antécédent de toxicomanie de ce groupe sont retrouvés presque exclusivement chez des patients originaires de Métropole (8 cas sur 11 soit 73%), comme cela avait déjà été noté par Dr THURIEAU, avec toujours une prédominance masculine de ce mode de contamination (8 cas sur 11). La plupart des patients du groupe REC (35%) ont été contaminés par des modes de contamination considérés comme mineurs, souvent iatrogènes, tels que des gestes de soin réalisés à l'étranger, des rapports sexuels à risque, etc... (13)(14) Il faut noter qu'il existe un nombre plus important de cas sans cause de contamination retrouvée (groupe RAS) dans le groupe REC (28% vs 17% groupe ANC). Or, dans notre pratique clinique, on considère souvent que ces cas peuvent correspondre à des contaminations iatrogènes mineures non identifiées. Si l'on associe ces deux groupes, on constate que la contamination par iatrogénie mineure pourrait représenter 6 cas sur 10 chez les patients diagnostiqués après 2011.

L'analyse du profil des génotypes viraux révèle des évolutions par rapport à la précédente étude de 2011. Nous retrouvons une nette diminution du génotype 3 (6% vs 22% groupe ANC) et une augmentation du nombre de génotype de type 1b (53% vs 48% groupe ANC) et de type 2 (18% vs 14% groupe ANC). Ces évolutions sont à priori dues à la modification de répartition des modes de contamination c'est-à-dire par la diminution des contaminations par toxicomanie (prédominance des génotypes 1a et 3 chez les toxicomanes)(15)(16) et par l'augmentation du nombre de cas secondaires à un mode de contamination mineur. Rappelons que chez les sujets dont le mode présumé de contamination a été la transfusion ou un mode mineur, les génotypes 1b et 2 sont majoritaires par rapport aux autres génotypes(16).

Comme dans le travail du Dr THURIEAU, nous pouvons essayer de dégager un « profil type » des patients diagnostiqués récemment : il s'agit principalement de femmes (58%), d'âge compris entre 51 et 64 ans, originaires de l'Océan Indien (67%), et en particulier de La Réunion (48%). Le mode de contamination est essentiellement iatrogène ou non documenté (63%). Ce type de profil existait déjà dans l'étude de 2011, mais ces caractéristiques sont désormais devenues prédominantes chez les patients récemment diagnostiqués.

Nous expliquons cette évolution par le fait :

- qu'il y a une quasi absence de toxicomanie active à La Réunion(18) et par conséquent, aucune nouvelle contamination par cette voie sur l'île par rapport à la Métropole. Il faut rappeler que la toxicomanie reste le facteur majeur de contamination en métropole et elle est la première cause des nouvelles contaminations (4,4/100 personnes-années en 2012)(19).

- principalement parce que les patients avec un profil type prédominant dans l'étude du Dr THURIEAU (c'est-à-dire contaminés par transfusion et par toxicomanie) ont été majoritairement diagnostiqués avant 2011 par un dépistage plus efficace, dû à une meilleure sensibilisation sur les facteurs de risque(10).

- de la situation géographique particulière de La Réunion, l'île étant voisine avec des pays à fort taux de prévalence d'hépatite C comme Madagascar 3.3%, Maurice 2.1%, l'Afrique 5.3% et l'Asie du Sud-Est 2.15%)(20). L'immigration provenant de ces pays, à plus faible degré de sécurité sanitaire, sur notre île et les

voyages dans ces régions expliquent en partie l'augmentation des cas de contamination iatrogène mineure.

Forces et limites de notre travail : Malgré nos efforts, nous ne pouvons pas affirmer que notre recueil de données est exhaustif du fait du caractère rétrospectif du recueil. Cependant il est probable que le nombre de cas potentiellement oubliés soit devenu faible, d'autant plus que la prise en charge de l'hépatite C dans l'Ouest de La Réunion se fait dans un nombre de centres très limité, impliquant un faible nombre de médecins spécialistes. De plus, même chez les patients inclus, compte tenu du caractère rétrospectif du recueil, des facteurs de contamination ont pu être oubliés par les patients (biais de mémorisation) mais cette limite existait déjà dans le travail du Dr THURIEAU et n'impacte donc a priori pas l'analyse comparative. Nous savons que cette limite concerne quasiment tous les travaux s'intéressant aux modes de contamination de l'hépatite C. D'autre part la nouvelle analyse faite dans notre travail montre que les patients « oubliés » lors de l'étude THURIEAU avaient des caractéristiques similaires à celles des patients étudiés dans la même période d'inclusion. Les « cas oubliés » n'ont donc pas modifié de façon significative les conclusions faites à l'époque.

Nous pouvons donc penser que, même s'il est probable que nous ayons également des données manquantes, elles ne modifieraient probablement pas de façon majeure nos résultats.

De même il faut garder à l'esprit que nos résultats concernent les patients pris en charge dans le territoire Ouest de l'île de la Réunion. La proportion plus importante de métropolitains dans l'Ouest par rapport au reste du territoire réunionnais ne nous permet pas d'affirmer que nos résultats soient représentatifs de la situation globale à La Réunion (biais de représentativité).

Implication pratique de notre travail : Obtenir l'élimination de l'hépatite C est un objectif affiché, que ce soit au niveau mondial par l'OMS(21)(22) ou en France par les autorités sanitaires(23). Obtenir l'élimination à La Réunion en fait partie. Pour cela, l'enjeu principal reste actuellement le dépistage des cas méconnus. En effet lorsque les cas sont diagnostiqués, la prise en charge et la guérison sont devenues assez faciles à obtenir(24) si l'accès aux soins est possible, situation que nous rencontrons à l'île de la Réunion.

En 2016, l'activité de dépistage était plus importante dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) qu'en France métropolitaine(25,26). Cependant, le nombre de personnes bénéficiant d'une ALD 6 pour hépatite chronique C rapporté à la population était plus de deux fois moins élevé dans les DROM (52/100 000 habitants) qu'en Métropole (120/100 000 habitants)(27,28). Cette discordance s'explique en partie parce que la prévalence de l'hépatite C est plus faible à la Réunion qu'en Métropole(29).

Nous pouvons cependant nous demander si les dépistages plus nombreux, réalisés à la Réunion, ciblent les bons patients. Il est possible que certains patients, soient dépistés à plusieurs reprises, sans justification de cette répétition, et que à l'inverse des patients ayant un risque mal évalué soient oubliés. Notre étude décrit les caractéristiques épidémiologiques des patients porteurs de l'hépatite C et diagnostiqués récemment. Nous pensons que les patients restant à diagnostiquer ont très probablement des caractéristiques épidémiologiques assez semblables.

Notre étude nous montre clairement qu'un dépistage qui serait ciblé uniquement sur les facteurs de risque « majeurs » (Transfusion et/ou Toxicomanie) ne retrouverait qu'environ 1/3 des patients restant à dépister. Il ne faut donc plus se limiter au dépistage chez ces patients. Retrouver les facteurs de risque iatrogènes mineurs (contamination nosocomiale, gestes invasifs dans un pays à forte prévalence au VHC, etc...) est primordial mais souvent difficile car ils sont plus facilement oubliés par les médecins et/ou les patients.

Nos résultats nous font penser qu'à la Réunion, il serait pertinent et rentable de sensibiliser les professionnels de santé, notamment les médecins traitants (qui sont les acteurs principaux dans ce rôle de dépistage), sur l'évolution du profil des patients à risque d'hépatite C non connue, afin de permettre un dépistage mieux ciblé. Ainsi il serait utile de recommander de rechercher des facteurs de risque mineurs ou de vérifier qu'un dépistage a déjà été fait, surtout chez les personnes de plus de 50 ans, en particulier chez les femmes et notamment originaires de la Réunion ou des Iles voisines de l'Océan Indien.

Conclusion

Les caractéristiques épidémiologiques des patients porteurs d'une hépatite C dans l'Ouest de La Réunion diagnostiqués après 2011 ont évolué par rapport à la précédente étude du Dr THURIEAU.

Ces patients sont désormais majoritairement des femmes (58%) âgées entre 51 et 64 ans. Ils sont près de deux fois sur trois originaires de la zone de l'Océan Indien (67%), et en particulier de La Réunion (48%). Les facteurs de risque majeurs et habituels de contamination (Toxicomanie ou Transfusion) ne sont plus retrouvés que dans environ 1/3 des cas récents. La contamination par iatrogénie mineure pourrait représenter 6 cas sur 10 (63%) chez les patients diagnostiqués après 2011.

Les patients ayant ces caractéristiques ont déjà été identifiés lors de l'étude du Dr THURIEAU, mais ils sont désormais devenus majoritaires.

Nos résultats pourraient permettre d'infléchir les pratiques des médecins généralistes-traitants quant au dépistage de l'hépatite C. Les futures campagnes de dépistage de l'hépatite C devront tenir compte de ces nouvelles données pour favoriser l'élimination de l'hépatite C sur notre île.

Bibliographie

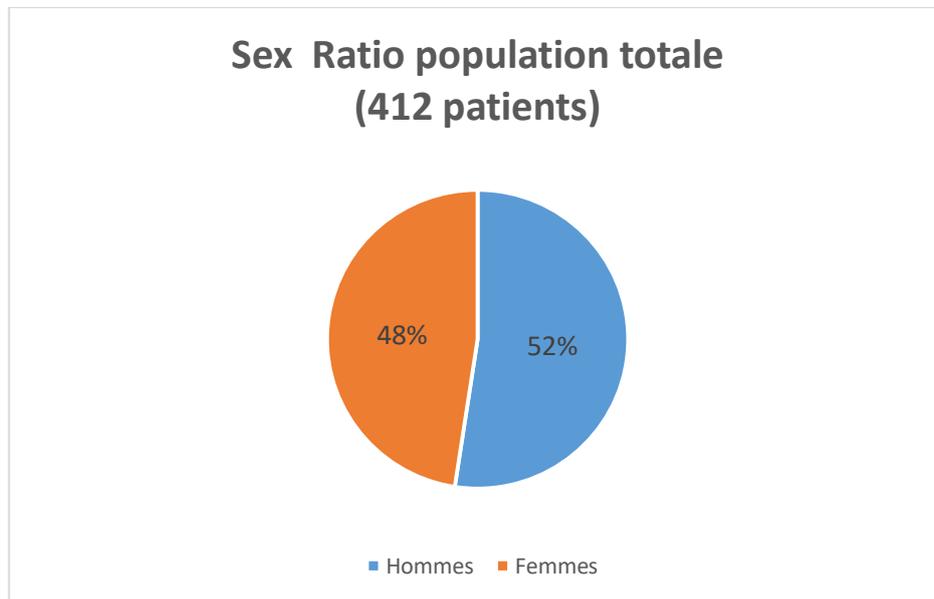
1. Pawlotsky J-M. New hepatitis C virus (HCV) drugs and the hope for a cure: concepts in anti-HCV drug development. *Semin Liver Dis.* Févr 2014;34(1):22-9.
2. Recommandations AFEF HVC 2015. [cité 26 juin 2019] Disponible sur: https://hepatoweb.com/Documents_PDF/Recommandations_AFEF_HVC_2015.pdf
3. Leïla Saboni, Cécile Brouard, Arnaud Gautier, Stéphane Chevaliez, Delphine Rahib, Jean-Baptiste Richard, et al. PRÉVALENCE DES HÉPATITES CHRONIQUES C ET B ET ANTÉCÉDENTS DE DÉPISTAGE EN POPULATION GÉNÉRALE EN 2016 : CONTRIBUTION À UNE NOUVELLE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE, BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE-BAROTEST.
4. Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J. The Undiagnosed Chronically-Infected HCV Population in France. Implications for Expanded Testing Recommendations in 2014. Villa E, éditeur. PLOS ONE. 11 mai 2015;10(5):e0126920.
5. Strategies de dépistage biologique des hépatites virales b et c - synthèse. [cité 1 févr 2019] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf
6. THURIEAU H. Caractéristiques épidémiologiques des patients atteints d'hépatite C sur le territoire Ouest de l'île de la Réunion. Cohorte de 245 patients diagnostiqués avant le 31 Décembre 2010. 2011.
7. Une population vieillissante - Insee Analyses Réunion – 25 [cité 6 juin 2018] Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047952>
8. INSEE. Populations de la Réunion légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017. Recensement de la population Arrondissements - cantons - communes.
9. Dépistage de l'hépatite C - Populations à dépister et modalités du dépistage - Recommandations du comité d'experts réuni par l'ANAES. Haute Autorité de Santé. [cité 7 Juillet 2019] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271987/fr/depistage-de-l-hepatite-c-populations-a-depister-et-modalites-du-depistage-recommandations-du-comite-d-experts-reuni-par-l-anaes
10. ARSOI Rapport activite 2010. [cité 10 Dec 2019] Disponible sur: https://www.lareunion.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/_2010%20ARSOI_-_Rapport_activite_web_1.pdf
11. INSEE. Populations de la Réunion légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017. Recensement de la population Arrondissements - cantons - communes. [cité 6 juin 2018]
12. Une population vieillissante - Insee Analyses Réunion - 25. [cité 6 juin 2018] Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047952>
13. Roudot-Thoraval F, Bastie A, Pawlotsky JM, Dhumeaux D. Epidemiological factors affecting the severity of hepatitis C virus-related liver disease: a French survey of 6,664 patients. The Study Group for the Prevalence and the Epidemiology of Hepatitis C Virus. *Hepatology* Baltim Md. Août 1997;26(2):485-90.

14. Merle V, Gorla O, Gourier-Féry C, Benguigui C, Michel P, Huet P, et al. Facteurs de risque de contamination par le virus de l'hépatite C. Étude cas-témoins en population générale. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23:439-46.
15. Nousbaum JB. Les sous-types génomiques du virus de l'hépatite C : épidémiologie, diagnostic et conséquences cliniques. :5.
16. Vieira DS, Alvarado-Mora MV, Botelho L, Carrilho FJ, Pinho JR, Salcedo JM. Distribution of hepatitis c virus (hcv) genotypes in patients with chronic infection from Rondônia, Brazil. *Virologia* 12 Avr 2011;8:165.
17. Loubière S, Rotily M, Durand-Zaleski I, Costagliola D, Moatti JP. L'introduction de la PCR dans le dépistage du virus de l'hépatite C dans les dons de sang : du mésusage du principe de précaution. *MS Médecine Sci Rev Pap* ISSN 0767-0974 2001 Vol 17 N° 3 P344-9. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1922>
18. Les usages de drogues chez les lycéens de La Réunion - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 - OFDT. [cité 21 nov 2019] Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-usages-de-drogues-chez-les-lyceens-de-la-reunion-resultats-de-lenquete-espad-2015/>
19. Leon L, Kasereka S, Barin F, Larsen C, Weill-Barillet L, Pascal X, et al. Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004-2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. *Epidemiol Infect*. 2017;145(5):895-907.
20. Organisation mondiale de la santé. RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE - Hépatite C – prévalence mondiale (mise à jour). 10 Déc 1999; [cité 21 nov 2019]
21. OMS | Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021. [cité 21 nov 2019] Disponible sur: <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/fr/>
22. Éliminer l'hépatite: la réponse de l'OMS. [cité 21 nov 2019] Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/27-07-2017-eliminate-hepatitis-who>
23. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Haute Autorité de Santé. [cité 5 juin 2018] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte
24. Pawlotsky J-M, Negro F, Aghemo A, Berenguer M, Dalgard O, Dusheiko G, et al. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol*. août 2018;69(2):461-511.
25. Indicateurs régionaux de surveillance de l'hépatite C. [cité 5 juin 2018] Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Indicateurs-regionaux-de-surveillance-de-l-hepatite-C>

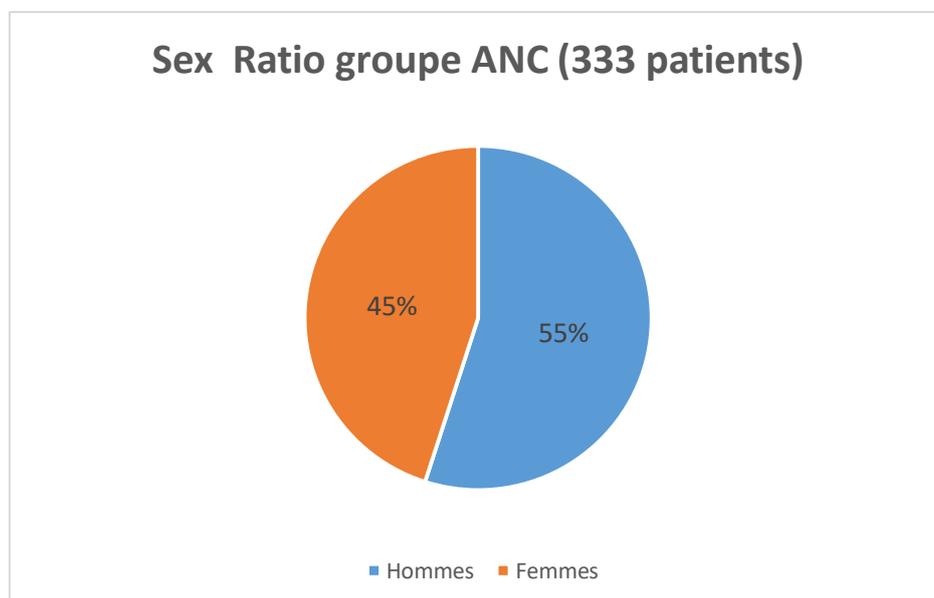
26. Enquête sur l'activité de dépistage des hépatites B et C, LaboHep, France, 2016 / Enquête nationale LaboHep / Surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite C. [cité 5 juin 2018] Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Surveillance-de-l-activite-de-depistage-de-l-hepatite-C/Enquete-nationale-LaboHep/Enquete-sur-l-activite-de-depistage-des-hepatites-B-et-C-LaboHep-France-2016>
27. Données sur la prise en charge de l'hépatite chronique C. [cité 21 Nov 2019] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/donnees-sur-la-prise-en-charge-de-l-hepatite-chronique-c>
28. Autres données épidémiologiques / Hépatite C. [cité 5 juin 2018] Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-C/Autres-donnees-epidemiologiques>
29. Bulletin de veille sanitaire thématique N° 34 / Juin 2017 Surveillance des hépatites B et C Réunion et Mayotte. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/system/files/2017-06/2017_34_BVS_H%C3%A9patite%20B%20et%20C_Run%20May.pdf

Annexes :

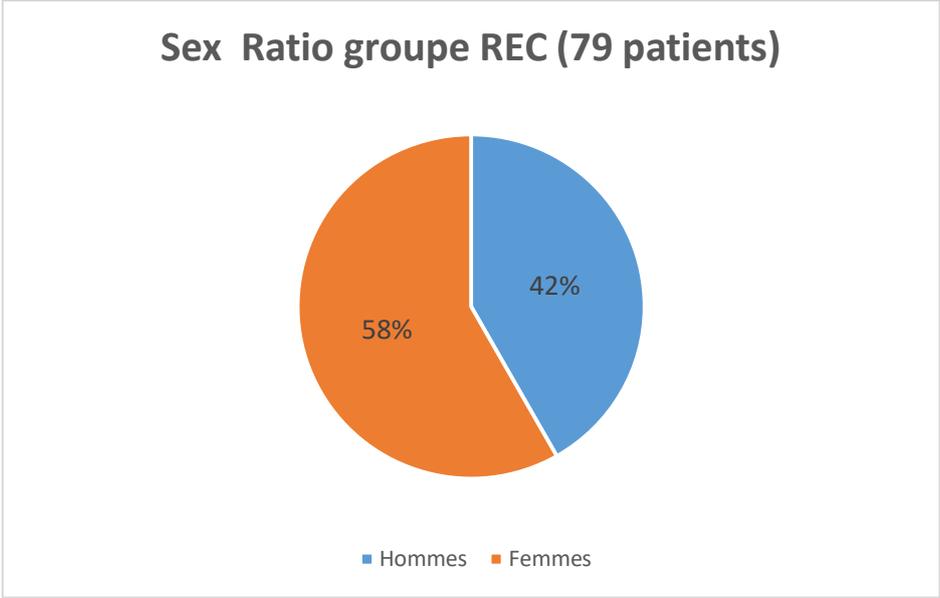
Sex Ratio



Annexe 1 : Sex ratio population totale (n = 412 patients)

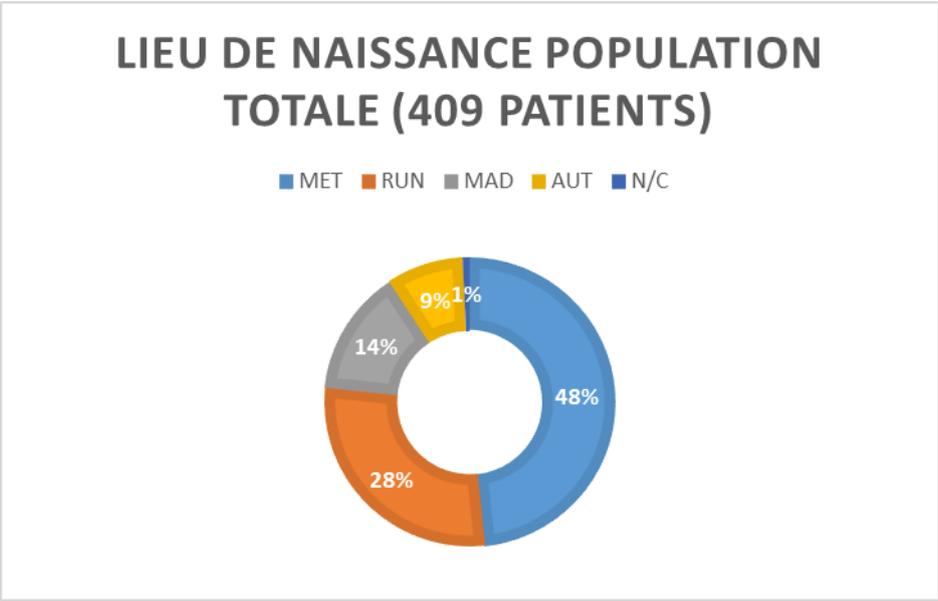


Annexe 2 : Sex ratio groupe ANC (n = 333 patients)

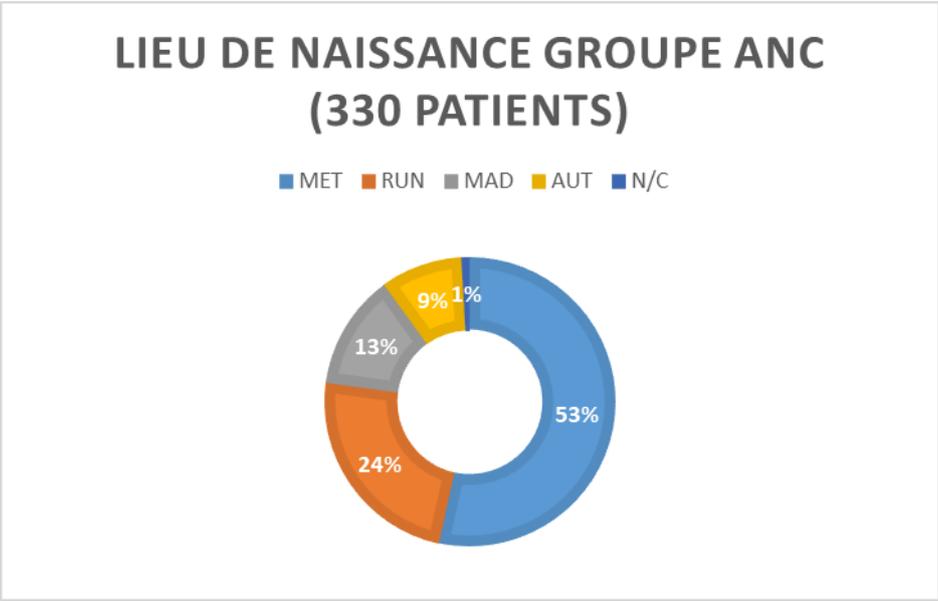


Annexe 3 : Sex Ratio groupe REC (n = 79 patients)

Lieu de naissance



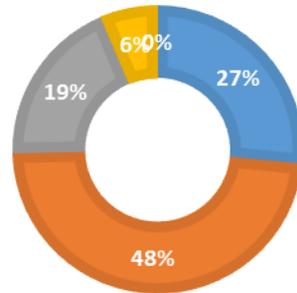
Annexe 4 : Lieu de naissance de la population totale (n = 409 patients)



Annexe 5 : Lieu de naissance groupe ANC (n = 330 patients)

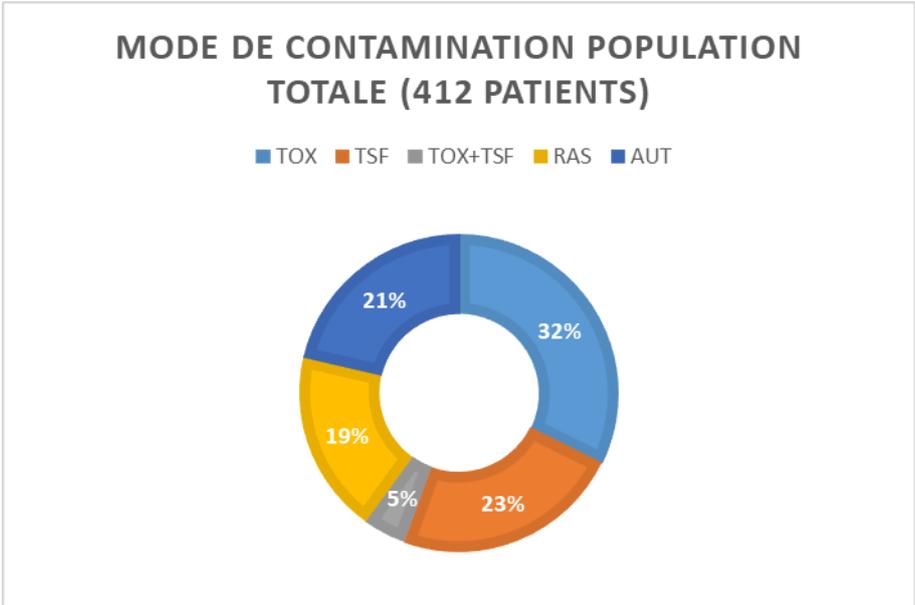
LIEU DE NAISSANCE GROUPE REC (79 PATIENTS)

■ MET ■ RUN ■ MAD ■ AUT ■ N/C

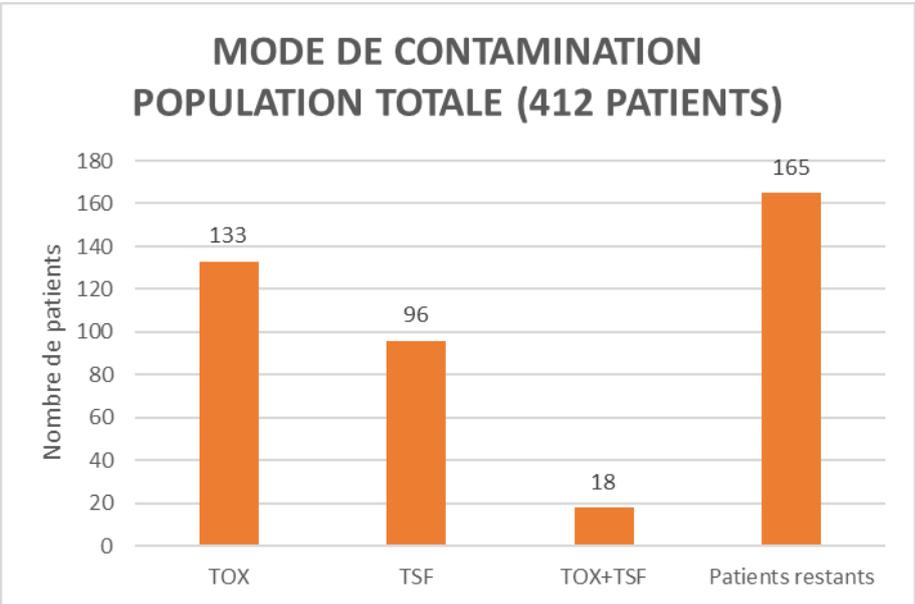


Annexe 6 : Lieu de naissance dans le groupe REC (n = 79 patients)

Mode de contamination



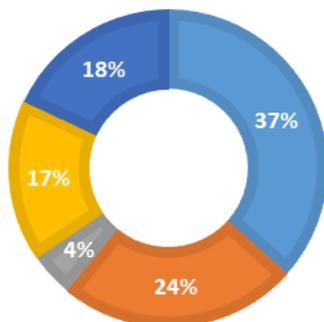
Annexe 7 : Mode de contamination de la population totale (n = 412 patients)



Annexe 8 : Mode de contamination de la population totale (n = 412 patients)

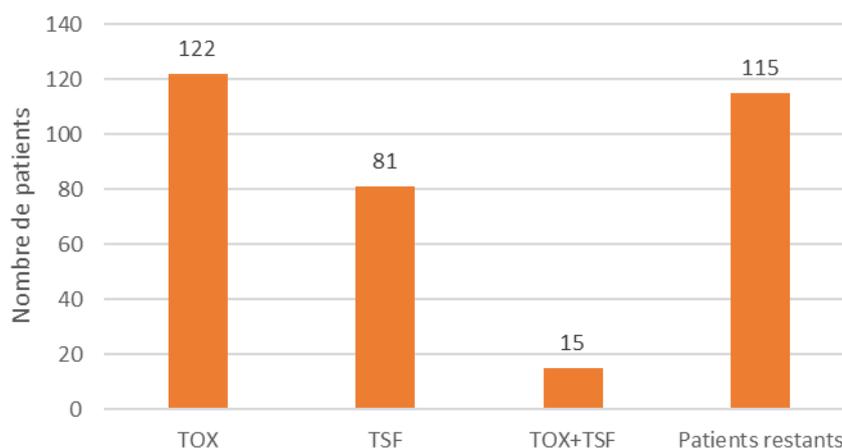
MODE DE CONTAMINATION GROUPE ANC (333 PATIENTS)

■ TOX ■ TSF ■ TOX+TSF ■ RAS ■ AUT

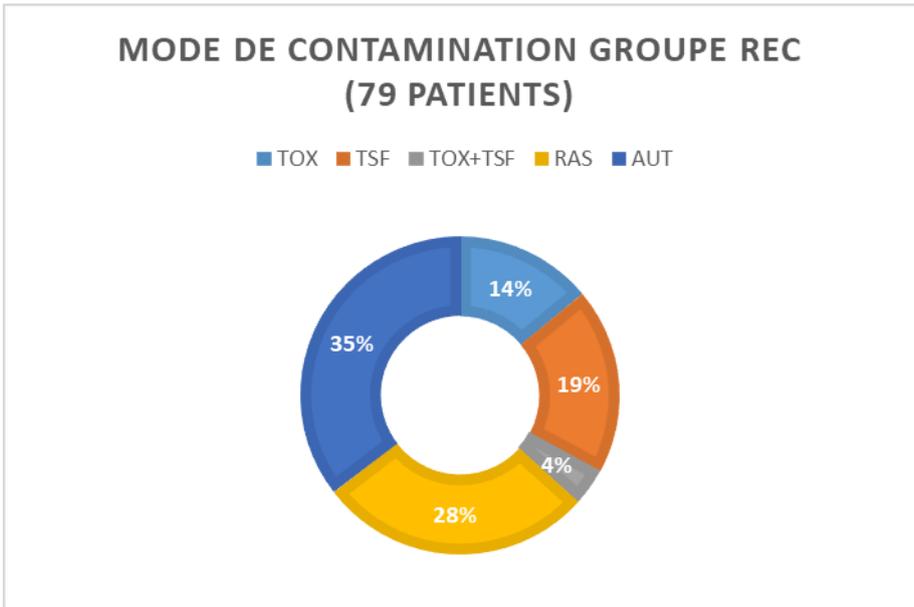


Annexe 9 : Mode de contamination groupe ANC (n = 333 patients)

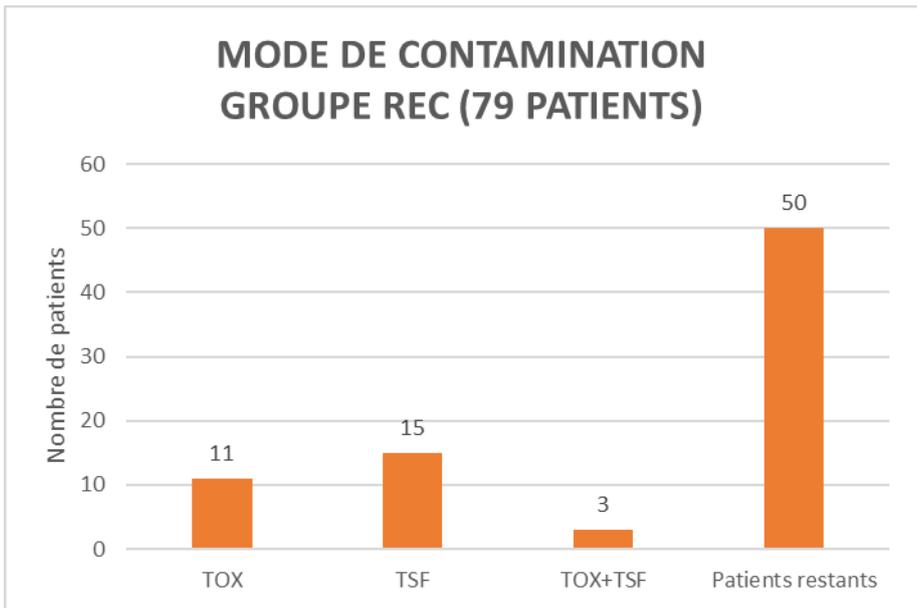
MODE DE CONTAMINATION GROUPE ANC (333 PATIENTS)



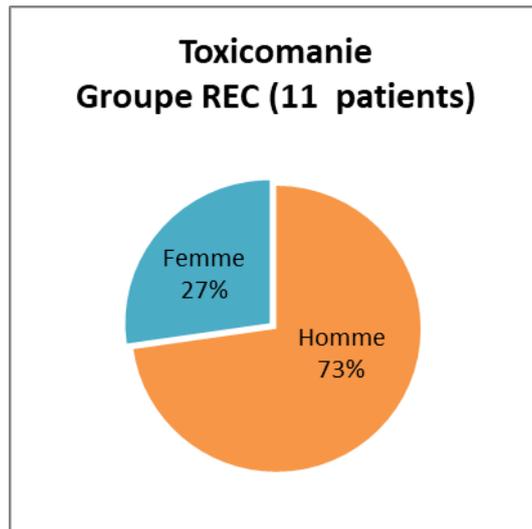
Annexe 10 : Mode de contamination groupe ANC (n = 333 patients)



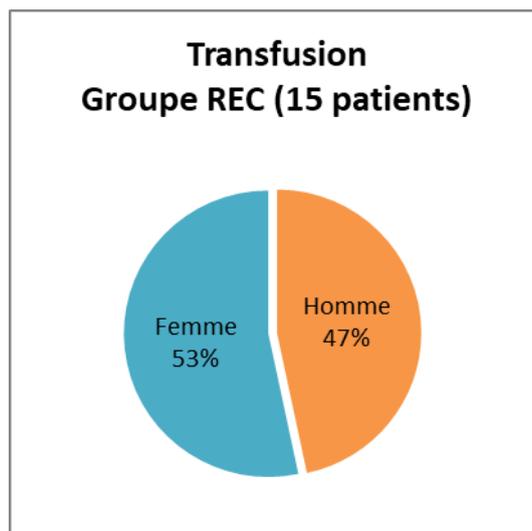
Annexe 11 : Mode contamination groupe REC (n = 79 patients)



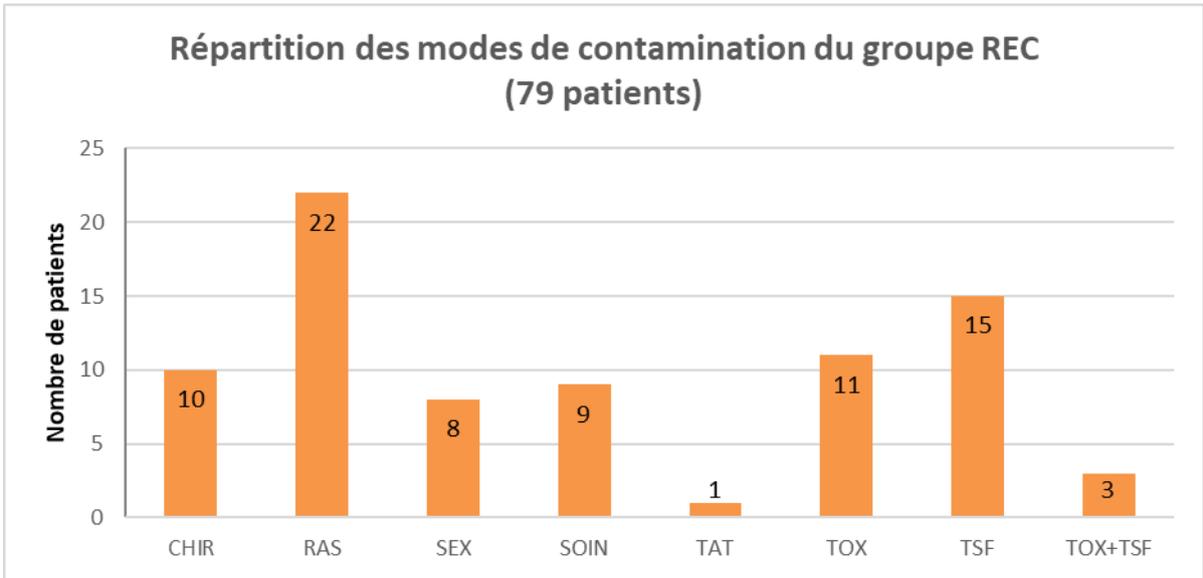
Annexe 12 : Mode de contamination groupe REC (n = 79 patients)



Annexe 13 : Cas de toxicomanie dans le groupe REC (n = 11 patients)

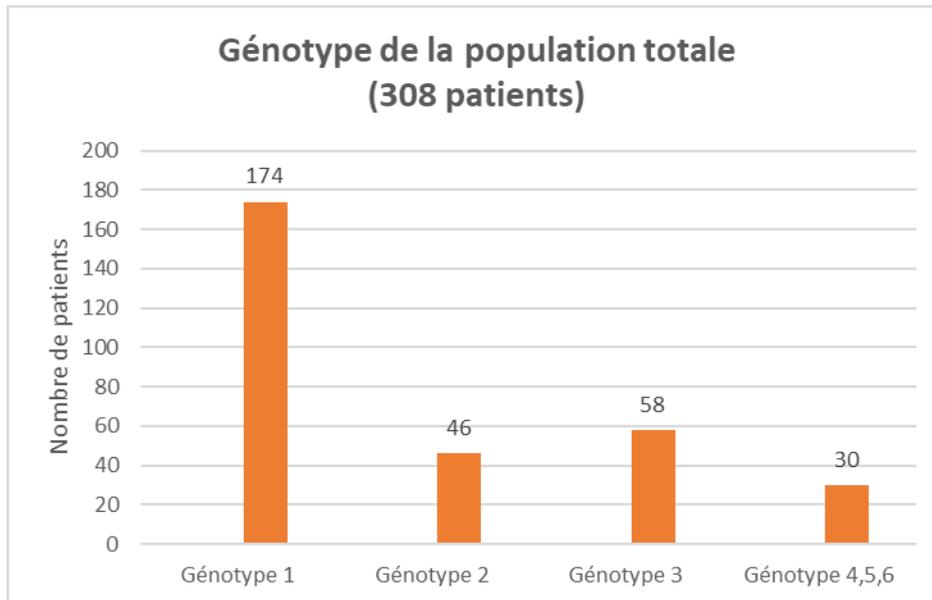


Annexe 14 : Cas de transfusion dans le groupe REC (n = 15 patients)

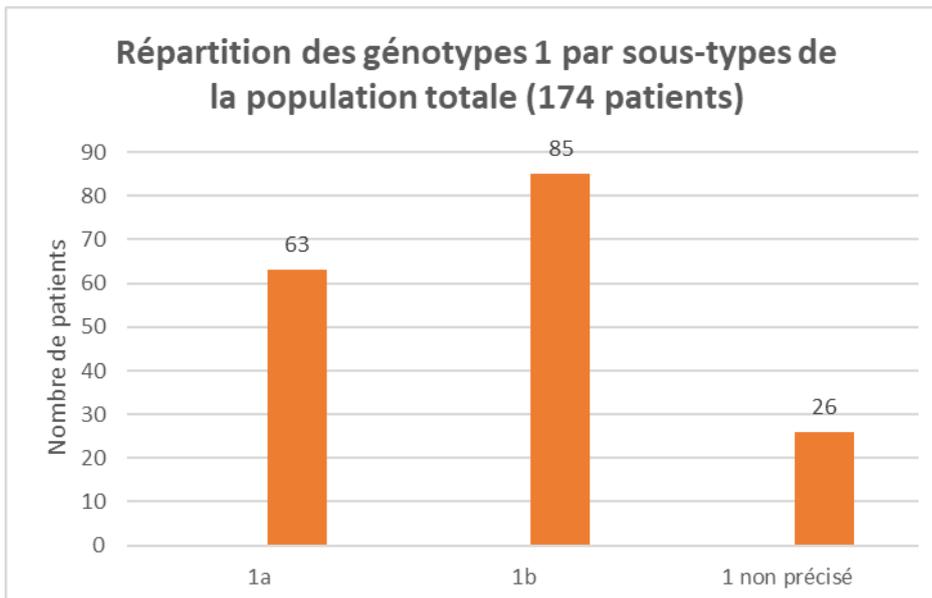


Annexe 15 : Répartition des modes de contamination du groupe REC (n = 79 patients)

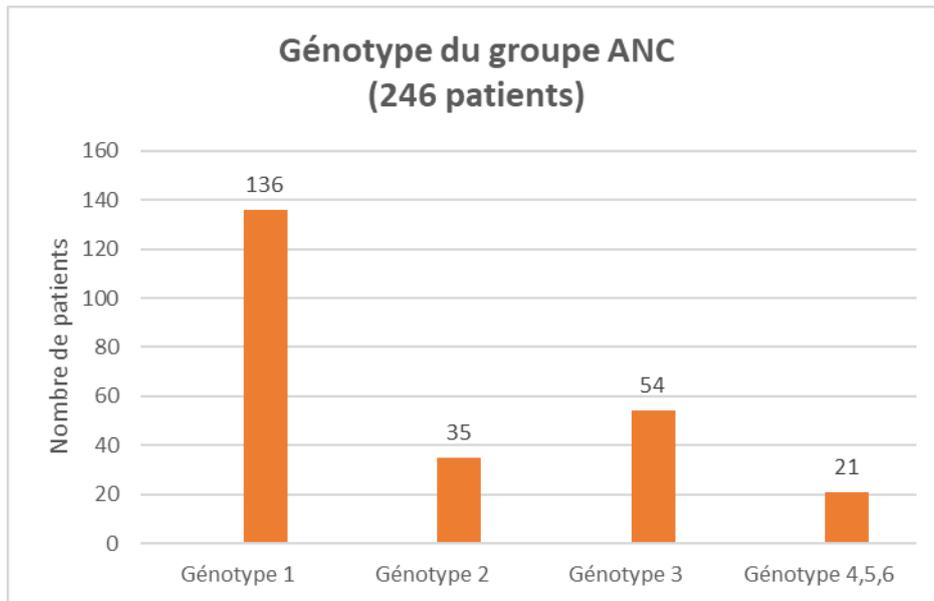
Génotype



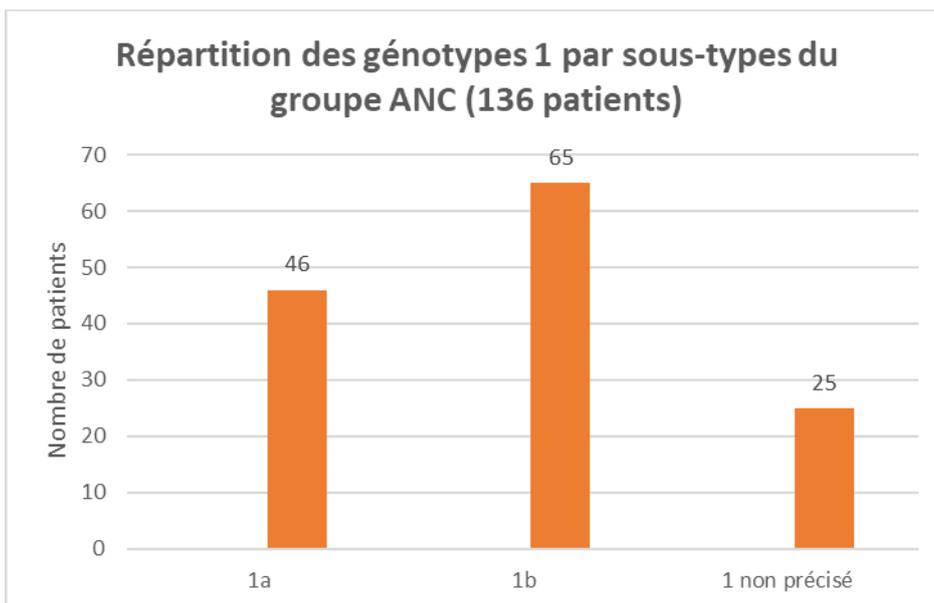
Annexe 16 : Génotype viral population totale sur 308 patients



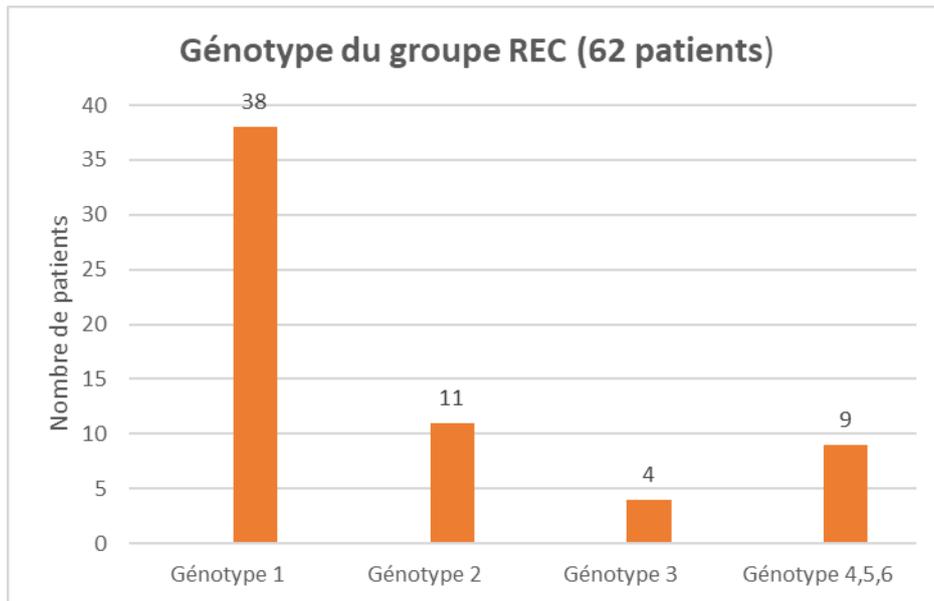
Annexe 17 : Répartition des génotypes 1 par sous-types de la population totale sur 174 patients



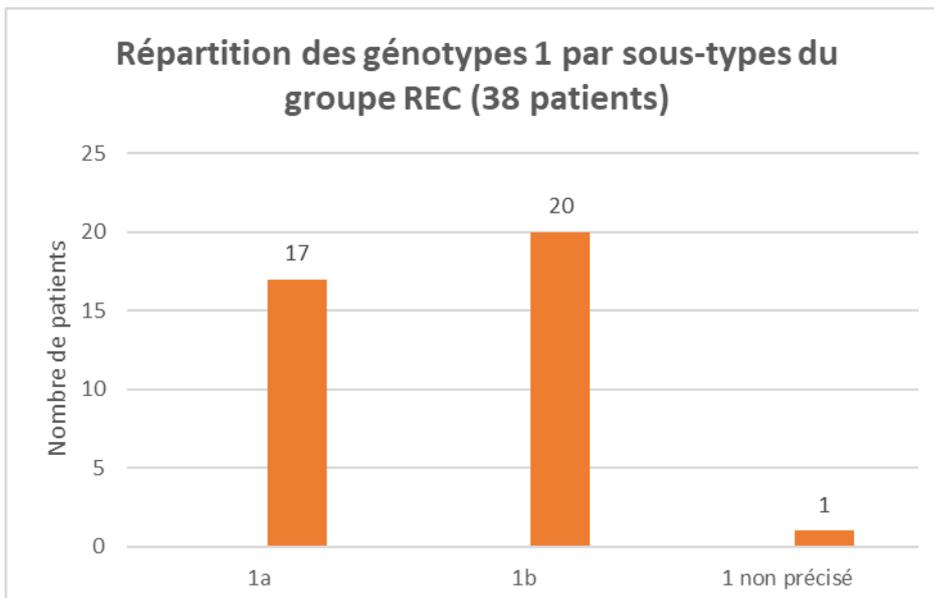
Annexe 18 : Génotype viral groupe ANC (n = 246 patients)



Annexe 19 : Répartition des génotypes 1 par sous-types du groupe ANC sur 136 patients



Annexe 20 : Génotype viral du groupe REC sur 62 patients



Annexe 21 : Répartition des génotypes 1 par sous-types du groupe REC sur 38 patients

Population de La Réunion selon la région ou le pays de naissance

	Population	
	en nombre	en %
La Réunion	698 824	83,7
Étranger	35 075	4,2
Océan Indien, dont :	25 100	3,0
<i>Madagascar</i>	17 179	2,1
<i>Maurice</i>	5 097	0,6
<i>Comores</i>	2 801	0,3
Afrique, dont :	4 391	0,5
<i>Pays du Maghreb</i>	3 007	0,4
Europe, dont :	2 798	0,3
<i>Pays de l'Union européenne</i>	2 517	0,3
Asie, Océanie	2 248	0,3
Amérique	537	0,1
France métropolitaine	92 798	11,1
Île-de-France	22 087	2,6
Auvergne-Rhône-Alpes	10 241	1,2
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	8 656	1,0
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	8 565	1,0
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	7 776	0,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7 649	0,9
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	6 361	0,8
Bretagne	5 075	0,6
Pays de la Loire	4 630	0,6
Normandie	4 236	0,5
Bourgogne-Franche-Comté	3 871	0,5
Centre-Val de Loire	3 456	0,4
Corse	196	0,0
Mayotte	6 262	0,7
Autres DOM et COM	2 144	0,3
Ensemble	835 103	100,0

Source : Insee - Recensement de la population 2013.

Annexe 22 : Population de La Réunion selon le pays de naissance

Résumé

CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS ATTEINTS D'HEPATITE C SUR LE TERRITOIRE OUEST DE L'ILE DE LA REUNION. COHORTE DE 412 PATIENTS DIAGNOSTIQUES ENTRE 1995 et 2016.

Introduction : Depuis 2011, aucune étude sur les caractéristiques épidémiologiques des patients porteurs d'une hépatite C (VHC) à La Réunion n'a été réalisée. Devant l'évolution démographique de la population réunionnaise et le constat d'une modification des caractéristiques des patients VHC vus en pratique clinique, nous avons réactualisé ces données.

Objectif : Poursuivre, chez les patients VHC dépistés entre le 1^{er} Janvier 2011 et le 31 Décembre 2016, le travail épidémiologique initié par le Dr THURIEAU avant 2011. Comparer secondairement les caractéristiques épidémiologiques des populations diagnostiquées avant et après 2011.

Méthode : Etude épidémiologique, observationnelle et rétrospective concernant les patients vus en consultation spécialisée d'hépatogastro-entérologie et/ou en hospitalisation dans le territoire Ouest de la Réunion entre le 1^{er} Janvier 1995 et le 31 Décembre 2016 pour une sérologie positive pour l'hépatite C.

Résultats : Depuis le 1^{er} Janvier 2011, 167 nouveaux patients ayant une sérologie positive pour le VHC ont pu être colligés : 79 patients porteurs du VHC diagnostiqués pour la première fois après le 1^{er} Janvier 2011 et 88 patients pour lesquels le diagnostic avait été fait avant 2011. Par ailleurs, les données individuelles des 245 patients de l'étude THURIEAU ont été reprises. Au total, notre étude compte 412 patients dont 333 diagnostiqués avant 2011 et 79 patients diagnostiqués après 2011. La nouvelle analyse statistique de l'ensemble des patients diagnostiqués avant 2011 (333 patients) confirme les résultats présentés en 2011 par le Dr THURIEAU. En revanche, les caractéristiques des patients dépistés après 2011 se répartissent de façon différente : ce sont principalement des femmes (58%) âgées entre 51 et 64 ans, originaires de l'Océan Indien (67%), et en particulier de La Réunion (48%). Les facteurs de risque majeurs et habituels de contamination (Toxicomanie ou Transfusion) ne sont plus retrouvés que dans environ 1/3 des cas récents. Le mode de contamination est essentiellement iatrogène ou non documenté (63%).

Conclusion : Les caractéristiques épidémiologiques des patients porteurs d'une hépatite C dans l'Ouest de La Réunion diagnostiquée après 2011 ont évolué par rapport aux résultats de l'étude du Dr THURIEAU. La toxicomanie et la transfusion ne sont plus les facteurs majeurs de contamination du fait d'une sécurité transfusionnelle renforcée et d'une quasi-absence de toxicomanie active sur l'île. La contamination par iatrogénie mineure pourrait représenter près de 6 nouveaux cas sur 10. La situation géographique particulière de La Réunion (région Océan Indien à forte prévalence du virus de l'hépatite C) pourrait en être la principale cause.

Les futures campagnes de dépistage de l'hépatite C à La Réunion devront tenir compte de ces nouvelles données.

Mots-clés : Hépatite C – Epidémiologie – Ile de La Réunion

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS INFECTED WITH HEPATITIS C IN THE WEST TERRITORY OF THE REUNION ISLAND. COHORT OF 412 PATIENTS BETWEEN 1995 and 2016.

Introduction: There has been no study evaluating epidemiological characteristics of patients infected with hepatitis C (HCV virus) in Reunion island since 2011. Since it seemed that those characteristics had changed as well as demographics in Reunion island, we decided to conduct a study to update those data.

Objectives: Our primary goal was to update the epidemiological analysis done by Dr THURIEAU before 2011 with patients diagnosed between January 1st 2011 and December 31st 2016. Our secondary goal was to compare epidemiological data from patients diagnosed before and after January 2011.

Results: Since January 1st 2011, 167 patients with a positive HCV serology were collected: 79 diagnosed after January 1st 2011 and 88 patients diagnosed before 2011. Data from 245 patients from the THURIEAU study was also collected. Overall, 412 were included, among them 333 were diagnosed before 2011 and 79 after 2011. Statistical analysis of those 333 patients showed similar results to the THURIEAU study. However, epidemiological characteristics were different for patients diagnosed after 2011: they were mostly women (58%), with ages ranging between 51 and 64 years old, originally from the Indian Ocean area (67%), particularly Reunion island (48%). The usual major risk factors (IV drug abuse and transfusion) were found in only 1/3 of recent cases (after 2011). The main mode of transmission was essentially iatrogenic or unknown (63%).

Conclusion: Epidemiological characteristics of patients infected with hepatitis C in the western part of Reunion island diagnosed after 2011 have changed since the THURIEAU study. Transfusion and IV drug abuse are not the main mode of transmission anymore. Indeed there is almost no IV drug abuse in Reunion island and blood transfusion safety has greatly improved. Contamination through minor iatrogenesis could represent up to 6 out of 10 new cases. Reunion island's unique geographical situation in a high HCV prevalence area (the Indian Ocean area) could be the main reason for this. Future screening campaigns for hepatitis C in Reunion island should take into account those new data.

Keywords : Hepatitis C - Epidemiology - Reunion Island