

Dépistage des hépatites B et C. Nouvelles recommandations

➔ **Daniel Dhumeaux**

(✉) Centre hospitalier universitaire Henri Mondor, 94010 Créteil

E-mail : daniel.dhumeaux@gmail.com



Les enjeux

Les recommandations de dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ciblent actuellement en France uniquement les personnes exposées au risque d'infection. Avec cette stratégie [1], la proportion de personnes infectées par le VHC ne connaissant pas leur statut sérologique dans la population générale demeure élevée (elle était estimée à 43 % dans l'enquête de l'Institut de veille sanitaire [InVS] de 2004) [2]. La stratégie de dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) n'est pas clairement définie. Il est plutôt recommandé de réaliser un dépistage orienté vers les personnes exposées au risque de contact avec le VHB [3]. Là aussi, une proportion importante de personnes infectées ne connaît pas son statut vis-à-vis du VHB (elle a été estimée à 55 % des porteurs chroniques d'AgHBs en 2004 [2]).

Dans les infections à VHC et à VHB, le renforcement du dépistage des patients infectés peut permettre l'instauration d'un traitement antiviral à un stade plus précoce, avec un bénéfice individuel de réduction des complications et des décès et un bénéfice collectif de réduction du risque de transmission de l'infection. Par ailleurs, dans l'infection à VHB, le dépistage permet de préciser le statut immunitaire des sujets testés et de vacciner les personnes à risque d'exposition et non immunisées et l'entourage des porteurs chroniques du VHB.

Dans un récent rapport remis au ministre de la Santé [4], ces constatations ont fait émerger de nouvelles réflexions sur les stratégies de dépistage, compte tenu de la mise à disposition de traitements très efficaces pour les deux infections et de l'évolution des tests de dépistage. Dans l'infection à VHC, les traitements ont connu des avancées spectaculaires et ceux actuel-

lement disponibles permettent, avec une durée d'administration et des effets indésirables réduits, une guérison virologique chez pratiquement tous les patients [5, 6]. Dans l'infection à VHB, même si les traitements ne permettent que rarement la guérison de l'infection, ils conduisent au contrôle virologique chez la majorité des patients, avec très peu de résistances, et sont très bien tolérés. Pour les deux infections, il est maintenant démontré que si le traitement est correctement appliqué et aboutit à l'arrêt de la multiplication virale, il réduit de façon importante le risque de survenue à la fois de la cirrhose et du CHC [7, 8]. Parallèlement aux progrès des traitements, les outils de dépistage ont largement évolué au cours de ces dernières années. Aujourd'hui, à côté des tests sérologiques de référence, des tests d'orientation diagnostique (TROD) ont été récemment validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le diagnostic de l'hépatite C [9]. Ces tests permettront d'élargir l'offre de dépistage et de mettre en place de nouvelles stratégies vis-à-vis des personnes en dehors des structures de soins.

Recommandations en cours

Virus de l'hépatite C

Les recommandations de dépistage du VHC remontent à 2001 [1]. Elles préconisent un dépistage ciblé sur les personnes ayant un ou plusieurs facteurs de risque :

- personnes 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 ;
- personnes ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse ;

Objectifs pédagogiques

- Connaître l'épidémiologie des hépatites B et C
- Connaître les recommandations du dépistage des hépatites B et C

- personnes ayant eu une exposition à des actes de soins invasifs avant 1997 ;
- personnes hémodialysées ;
- enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- personnes découvertes séropositives pour le VIH ;
- partenaires sexuels et membres de l'entourage familial de sujets atteints d'hépatite C ;
- personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral ;
- personnes originaires de ou ayant reçu des soins dans des pays de forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud) ;
- personnes ayant eu des tatouages, piercing, mésothérapie ou acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel ;
- personnes chez lesquelles sont trouvées des valeurs élevées d'ALAT sans cause connue.

Le dépistage du VHC (anticorps anti-VHC et ARN du VHC) est par ailleurs obligatoire sur chaque don du sang en France.

Dans la plupart des pays européens, les recommandations de dépistage sont similaires à celles de la France, mais elles sont souvent mal suivies et le niveau de dépistage reste faible, comparativement à la France [10]. Depuis 2012, un dépistage systématique de la génération des personnes nées entre 1945 et 1965 est préconisé aux États-Unis, cette génération étant la plus susceptible d'avoir été contaminée dans la période de forte incidence d'hépatite C des années 1970-1990. Au Canada, un dépistage systématique de la cohorte des sujets nés entre 1945 et 1975 est proposé.

Virus de l'hépatite B

Pour le VHB, en dehors du dépistage obligatoire de l'AgHBs chez la femme enceinte et chez les donneurs de sang, la stratégie de dépistage n'a pas été clairement définie. Elle est plutôt centrée, elle aussi, sur les personnes exposées au risque.

Les personnes considérées comme exposées au risque de contact avec le VHB en France sont les suivantes :

- les personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte (Afrique

subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (DROM-COM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) ;

- l'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB ;
- les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale ;
- les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives ;
- les voyageurs et les personnes amenés à résider dans un pays de forte ou moyenne endémicité ;
- les adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- les personnes séropositives pour le VIH ou le VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible (IST) en cours ou récente ;
- les personnes ayant un tatouage ou un piercing ;
- les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral ;
- les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents ;
- les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

Le dépistage du VHB (incluant la recherche de l'ADN viral) est par ailleurs obligatoire sur chaque don du sang en France.

Dans la plupart des pays de faible prévalence autres que la France, seul le dépistage chez les femmes enceintes et les donneurs de sang est obligatoire.

Contexte épidémiologique

Infection par le virus de l'hépatite C

Dans l'enquête InVS de 2004, la prévalence des personnes porteuses d'anticorps anti-VHC en France métropolitaine a été estimée à 0,84 %, soit environ 360 000 personnes [2]. Parmi elles, près des deux tiers étaient porteuses de l'ARN du VHC, ce qui représentait environ 230 000 personnes ayant une infection chronique par le VHC, soit une prévalence de 0,53 % [2]. La prévalence de l'infection chronique par le VHC était peu différente chez les hommes (0,45 %) et chez les femmes (0,62 %) [11].

Dans l'enquête InVS de 2004, parmi les personnes ayant une infection chronique par le VHC (ARN du VHC positif), 43 % ignoraient leur statut vis-à-vis du VHC, représentant ainsi environ 100 000 personnes non diagnostiquées. Celles-ci se répartissaient en environ 55 000 femmes et 45 000 hommes [11].

Les femmes étaient âgées de 60 à 80 ans pour près des trois quarts et de 40 à 59 ans pour près d'un quart d'entre elles ; elles étaient originaires de zones de faible endémicité pour le VHC à plus de 90 %. Pour les hommes, toutes les classes d'âges étaient représentées ; comme les femmes, les hommes étaient nés en zones de faible endémicité pour le VHC à près de 80 % (données InVS non publiées).

Parmi les personnes infectées par le VHC et qui avaient déclaré un antécédent de transfusion avant 1992 (date du dépistage des anticorps anti-VHC dans les dons de sang), la connaissance du statut sérologique était de 51 % [2]. Parmi les personnes ayant indiqué avoir expérimenté l'usage de drogues par voie intraveineuse au cours de leur vie, elle était de 91 % selon l'enquête nationale de l'InVS [2] et de 73 % selon l'enquête Coquelicot réalisée parmi les usagers de drogues en 2004 [12]. Les personnes qui n'avaient déclaré ni antécédent de transfusion, ni usage de drogues par voie intraveineuse ne connaissaient leur statut que dans 35 % des cas [2].

Depuis 2004, le nombre de personnes atteintes et le profil de la part cachée de l'infection par le VHC ont très probablement évolué, mais on ne dispose pas de données chiffrées précises. La prévalence de l'infection chronique par le VHC dans la population générale a certainement diminué du fait d'un renforcement des précautions universelles d'asepsie, de la disparition progressive des personnes infectées les plus âgées (les femmes de plus de 70 ans en particulier), de l'amélioration de l'efficacité des traitements et, dans une moindre mesure, de la politique de réduction des risques chez les UDIV notamment. À partir des données de prévalence de l'infection à VHC, de la connaissance du statut observée en 2004 [2] et d'hypothèses sur l'évolution du dépistage [13,14], ces modèles suggèrent qu'actuellement 65 % de la population ayant des anticorps anti-VHC serait dépistée [10].

Infection par le virus de l'hépatite B

En 2004, la prévalence des personnes porteuses chroniques du VHB (AgHBs positif) a été estimée à 0,65 % dans la population générale âgée de 18-80 ans vivant en France métropolitaine, ce qui représente environ 280 000 personnes [2]. Elle était cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (1,10 % *versus* 0,21 %) quelle que soit la classe d'âge [11].

Parmi les personnes porteuses chroniques de l'AgHBs, 55 % ignoraient leur statut vis-à-vis du VHB en 2004, représentant ainsi environ 150 000 personnes non diagnostiquées [2]. Ces dernières étaient en majorité des hommes (81 %), âgés de 18 à 39 ans (43 %) et de 40 à 59 ans (47 %). Elles étaient nées en zone de faible endémicité pour le VHB dans près de deux cas sur trois (InVS, enquête de prévalence 2004, données non publiées). Les femmes ignorant leur infection par le VHB étaient âgées de 18 à 39 ans pour près des deux tiers et originaires de zones de moyenne ou forte endémicité pour le VHB pour plus de 90 % d'entre elles.

Outils et acteurs du dépistage

Les outils

Les outils de dépistage actuellement recommandés

Les rapports de 2011-2012 de la Haute autorité de santé (HAS) [3, 15] recommandent le dépistage des hépatites virales B et C par des tests sériques immuno-enzymatiques (EIA). Ces tests constituent la méthode de référence pour le diagnostic des infections par le VHB et le VHC.

Pour l'infection à VHC, le dépistage consiste en la recherche des anticorps totaux anti-VHC chez les personnes à risque par un test EIA de troisième génération. Ce test est inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale et remboursé à 100 %.

Pour l'infection à VHB, le dépistage permet à la fois l'identification des personnes infectées et celle des personnes non immunisées ayant une indication à la vaccination. La stratégie recommandée par le groupe de travail de la HAS, dans un objectif de santé publique, a été la recherche simultanée

de l'AgHBs, des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs, afin de déterminer le statut immunitaire le plus précis possible de la personne sur un seul prélèvement. Le dépistage de l'hépatite B avec les trois marqueurs n'est pour l'instant pas inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale ; seuls deux marqueurs sont remboursés et à seulement 65 %.

Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

Il existe des alternatives récentes aux méthodes de référence, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), qui sont pour la plupart des tests immunologiques [16-18]. Ces tests utilisent des matrices biologiques telles que le sang total capillaire prélevé au bout du doigt ou le liquide cravicaire pour certains tests (prélevé entre le sillon des gencives et des lèvres). Le résultat est généralement obtenu en moins de 30 minutes. Seuls les TROD VHC ont à ce jour été validés par la HAS [9]. Les décrets d'application restent attendus.

Les acteurs

Les acteurs du dépistage des virus des hépatites sont les médecins généralistes et les personnes travaillant dans les structures spécialisées telles que les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)/Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) [19]. Une offre complémentaire pourrait être mise en place avec l'arrivée des TROD VHB-VHC : le dépistage communautaire des hépatites couplé ou non au VIH [19].

Les stratégies et les acteurs de dépistage doivent-ils évoluer avec l'arrivée des traitements plus efficaces et des nouveaux outils ?

Pourquoi les stratégies et les acteurs doivent-ils évoluer ?

La situation épidémiologique actuelle des hépatites B et C, et notamment la proportion élevée des patients ne connaissant pas leur statut sérologique, montre les limites de la stratégie de dépistage actuelle pour détecter précocement les patients, et leur proposer des traitements de plus en plus efficaces.

Quels paramètres prendre en compte pour faire évoluer les stratégies de dépistage ?

Dans la réflexion sur l'évolution des stratégies de dépistage des hépatites B et C, il faut tout d'abord intégrer l'importance de diversifier l'offre et les acteurs de dépistage. Les dépistages par les médecins de ville, à l'hôpital, dans les CDAG/CIDDIST et communautaire médicalisé ou non sont complémentaires. Ces stratégies doivent être mises en place et promues parallèlement, car elles permettent de cibler des populations très différentes. La mise à disposition des TROD, qui sont un outil (et non une stratégie) de dépistage, va permettre de proposer le dépistage au plus près des populations les plus exposées au risque d'hépatite, réalisé par des acteurs de terrain. Ces nouvelles actions permettront d'atteindre des populations qui n'accèdent pas ou peu au dispositif de dépistage actuel mais qui fréquentent par exemple des CSAPA et des CAARUD ou qui résident dans des foyers accueillant des migrants [19].

Les stratégies de dépistage de l'ensemble des maladies virales chroniques (VHB, VHC et VIH) doivent être favorisées. Ces trois virus ont des modes de transmission communs. De plus, des stratégies qui englobent le dépistage de l'ensemble de ces virus peuvent être considérées comme plus acceptables par les professionnels de santé et en particulier par les médecins de ville [19].

Enfin, l'analyse de la situation épidémiologique en France (prévalence des infections par le VHB ou le VHC et proportion des patients connaissant ou non leur statut sérologique) doit être prise en compte. Cette analyse fait que les récentes recommandations américaines et canadiennes, ciblées sur la date de naissance sur le dépistage de l'hépatite C, ne sont pas forcément applicables en France car le profil épidémiologique de la maladie est différent. Il n'est en outre pas le même s'il s'agit d'une infection à VHB ou à VHC. Les résultats de l'enquête InVS de 2004 ont montré qu'il existait, en France, une proportion élevée de personnes ne connaissant pas leur statut sérologique pour le VHC parmi les femmes âgées de plus de 60 ans. Ces femmes de plus de 60 ans en 2004 auraient aujourd'hui plus de 70 ans ; l'impact du dépistage dans cette population pourrait être

faible. Chez les hommes, le nombre de personnes ne connaissant pas leur séropositivité pour le VHC était assez homogène selon l'âge. Pour l'infection à VHB, on note surtout un nombre élevé d'hommes âgés de 18 à 60 ans ne connaissant pas leur statut virologique, ce qui est semblable à ce qui est observé dans l'infection à VIH [20].

Les nouvelles recommandations

Les recommandations émises dans le récent rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites B ou C [19] sont de trois ordres.

- **La première recommandation** est la poursuite des stratégies de dépistage ciblé en fonction des populations et des circonstances (telles qu'elles ont été définies plus haut pour chacun des deux virus) et de renforcer la complémentarité des acteurs permettant d'élargir l'offre de dépistage aux populations à risque. En l'absence de vaccin contre le VHC, le dépistage de ce virus doit être renouvelé de façon régulière dans certaines populations et dans certaines circonstances (*i.e.* les usagers de drogues par voie intraveineuse, par sniff ou fumant du crack ou les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes). Le rythme du renouvellement du dépistage n'est pas précisément défini, mais par analogie avec l'infection à VIH, un dépistage annuel peut être proposé. Cette stratégie de dépistage limitée aux populations les plus exposées selon les recommandations actuelles ne peut être suffisante.
- **La deuxième recommandation** repose sur les données de l'enquête InVS de 2004 qui montre (*cf. supra*) que les patients qui ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VHB comme pour le VHC, sont souvent des hommes de 18 à 60 ans, cette population étant aussi celle qui connaît mal son statut sérologique pour le VIH [20]. Sur ces bases, la recommandation est un dépistage des trois virus, VHB, VHC et VIH, chez les hommes de 18 à 60 ans qui n'ont jamais eu de dépistage de ces virus et qui consultent auprès d'un professionnel de santé, d'une structure offrant une possibilité de dépistage ou qui sont hospitalisés dans un établissement de santé. Même si une évaluation médico-économique

de cette recommandation doit être envisagée, il est probable qu'une telle stratégie sera coût-efficace. Une stratégie de dépistage généralisé du VIH dans la population générale en France a été montrée coût-efficace [21].

- **La troisième recommandation** est que le dépistage du VHC soit associé à celui, aujourd'hui systématique, du VHB et du VIH chez les femmes lors d'une grossesse. La proposition est que le dépistage de ces trois virus soit fait lors de la première consultation prénatale (qui doit avoir lieu avant la quatorzième semaine d'aménorrhée) [22], comme c'est le cas pour le VIH [20]. La découverte d'une infection à VHC lors de ce dépistage devrait permettre de faire rentrer la femme dans un réseau de soins des hépatites virales (et d'éventuellement proposer un traitement au cours de la grossesse), de prendre les précautions au moment de l'accouchement et d'organiser un dépistage systématique de l'enfant. Dans l'infection à VHC, le risque de contamination de la mère à l'enfant est faible, mais non nul. L'arrivée de traitements anti-VHC hautement efficaces et sans effets indésirables pourrait faire que ces traitements soient à terme proposés aux femmes enceintes (mono-infectées ou co-infectées VIH-VHC) pour prévenir le risque de contamination de leur enfant. Les nouveaux agents mis sur le marché et en développement devront faire l'objet d'études spécifiques pour s'assurer de leur innocuité chez la femme enceinte et évaluer les possibles interactions médicamenteuses.

La déclinaison opérationnelle d'une stratégie de dépistage nécessite la participation active des professionnels, en particulier les médecins généralistes, et des structures de santé impliqués dans la délivrance des soins primaires. En proposant une action de dépistage plus globale et non plus circonscrite à un seul virus et pouvant conduire à une intervention même en cas de négativité de la sérologie (*i.e.* la vaccination contre l'hépatite B), la mise en place et la faisabilité de ces recommandations devraient être facilitées.

Au sein des cabinets médicaux tournés essentiellement vers les soins, le développement des actions de prévention et de dépistage est complexe. À l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays

européens pour d'autres actions préventives et de dépistage, une valorisation auprès des médecins de ville des actions de dépistage des infections virales chroniques devrait être envisagée et ses modalités définies.

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités du dépistage. Recommandations du comité d'experts réuni par l'Anaes [Internet]. 2001. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hepatite.pdf>
2. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010; 82:546-55.
3. Haute Autorité de Santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Argumentaire. Paris: HAS, mars 2011.
4. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Editions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
5. Au JS, Pockros PJ. Novel therapeutic approaches for hepatitis C. *Clin Pharmacol Ther* 2014;95:78-88.
6. Pawlotsky JM. New hepatitis C therapies: the toolbox, strategies and challenges. *Gastroenterology* 2014;146:1176-92.
7. Conséquences cliniques et traitement de l'infection par le virus de l'hépatite B. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Editions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
8. Conséquences cliniques et traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Editions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
9. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Validation par le Collège de la Haute autorité de santé (HAS), mai 2014. www.has-sante.fr
10. Deuffic-Burban S, Deltenre P, Buti M, Stroffolini T, Parkes J, Mühlberger N, et al. Predicted effects of treatment for HCV infection vary among European countries. *Gastroenterology* 2012;143:974-85.

11. Épidémiologie des infections par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C en France. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Éditions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
12. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Barin F, Le Strat Y, Emmanuelli J, Semaille C, et al. HCV and HIV seroprevalences and at-risk behaviors among drug users. ANRS-Coquelicot study, France, 2004. *J Clin Virol* 2006;36: S197-8.
13. Brouard C, Léon L, Pioche C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2013; 19:205-9.
14. Meffre C, Larsen C, Périn A, Bouraoui L, Delarocque Astagneau E. Surveillance of screening for hepatitis C through the laboratory network RENA-VHC, France, 2000-2001. *Euro Surveill* 2003;8:101-7.
15. Haute Autorité de Santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Synthèse. Paris : HAS, janvier 2012.
16. Les tests virologiques et le suivi des patients infectés par les virus des hépatites B, C et D. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Éditions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
17. Chevaliez S, Poiteau L, Rosa I, Soulier A, Roudot-Thoraval F, Hézode C, et al. Dépistage de l'infection virale C à partir de sang total capillaire ou de liquide cravicaire: performances des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Association Française pour l'Étude du Foie (AFEF), Lille, 2013
18. Bottero J, Gozlan J, Boyd A, Lemoine M, Collignon A, Boo N, et al. Performance of rapid tests for detection of hepatitis B surface antigen (HBsAg) and anti hepatitis B surface antibody (anti-HBs antibody) in a large cohort, France. *J Hepatol* 2013;58: 473-8.
19. Dépistage des personnes infectées par les virus des hépatites B ou C. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Éditions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
20. Morlat P (sous la direction de). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013 (sous l'égide du CNS et de l'ANRS) Paris : La Documentation Française, 2013. (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf)
21. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One* 2010;5:e13132.
22. Transmission des infections virales B et C de la mère à l'enfant: conséquences et prévention. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Éditions EDK, EDP sciences Paris, 2014 www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

LES CINQ POINTS FORTS

Les progrès majeurs et récents dans le traitement des infections liées aux virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) justifient un renforcement du dépistage et de la prise en charge.

Poursuite et renforcement des stratégies de dépistage ciblées en fonction des facteurs de risque.

Dépistage systématique des trois virus, VHB, VHC et VIH, chez les hommes de 18 à 60 ans qui n'ont jamais eu de dépistage de ces virus.

Dépistage du VHC associé à celui du VHB et du VIH systématique chez les femmes lors d'une grossesse et lors de la première consultation prénatale.

L'introduction des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) devrait faciliter le dépistage en dehors des structures de soins.

Questions à choix unique

Question 1

La stratégie actuelle (précédant les recommandations du rapport 2014) de dépistage des infections à VHB et à VHC est :

- ☐ A. Un dépistage systématique de l'ensemble de la population
- ☐ B. Un dépistage systématique des hommes adultes
- ☐ C. Un dépistage systématique des femmes adultes
- ☐ D. Un dépistage systématique des enfants
- ☐ E. Un dépistage ciblé sur les facteurs de risque

Question 2

Les recommandations de dépistage proposées dans le rapport 2014 sont :

- ☐ A. Un dépistage uniquement ciblé sur les facteurs de risque
- ☐ B. Un dépistage systématique du VHB, du VHC et du VIH chez les hommes de 18 à 60 ans n'ayant jamais été dépistés
- ☐ C. Un dépistage systématique du VHB, du VHC et du VIH chez les femmes de 18 à 60 ans n'ayant jamais été dépistées
- ☐ D. Un dépistage systématique du VHB, du VHC et du VIH chez les enfants à la naissance
- ☐ E. Un dépistage systématique du VHB, du VHC et du VIH chez les femmes au troisième trimestre de la grossesse

Question 3

Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) :

- ☐ A. Ont été validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le dépistage de l'infection à VHB
- ☐ B. Ont été validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le dépistage de l'infection à VHC
- ☐ C. Doivent être systématiquement utilisés pour le dépistage des infections virales
- ☐ D. Les TROD sont uniquement réalisés à partir d'un prélèvement veineux
- ☐ E. Le résultat des TROD est obtenu après un minimum de deux heures