

## MALADIES INFECTIEUSES

Tuberculose : **Code CIM 10 : A 15-A 19**

Hépatites virales : **Code CIM 10 : B 18- B 19**

Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : **Code CIM 10 : B20 -24**

Dans ce chapitre, les trois maladies infectieuses chroniques retenues (tuberculose, hépatites virales, VIH/Sida) l'ont été notamment du fait qu'elles font partie des **affections de longue durée** comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. D'autres pathologies peuvent avoir des conséquences à moyen et long terme, comme, par exemple, les *chlamydiae* et la stérilité qu'elles peuvent induire, mais on ne dispose pas "en routine" de données à leur sujet, de manière globale pour l'ensemble des régions de France.

### Contexte national

---

#### ➔ Tuberculose

La tuberculose est une maladie contagieuse qui se propage par voie aérienne. Seules les personnes dont les poumons sont atteints peuvent transmettre l'infection. Lorsqu'elles toussent, éternuent, parlent ou crachent, elles projettent dans l'air les germes de la maladie, appelés bacilles tuberculeux. Il suffit d'en inhaler quelques-uns pour être infecté. Les signes généraux : fièvre vespérale, asthénie, amaigrissement, anorexie, sueurs nocturnes peuvent être observés quelle que soit la localisation de la maladie tuberculeuse. Face à une tuberculose pulmonaire, les circonstances du diagnostic sont très variables et peuvent être regroupées sous trois formes : un début subaigu, progressif qui est la manifestation la plus commune avec toux, expectoration évoluant dans un contexte d'altération de l'état général ; un début asymptomatique révélé seulement par l'examen radiologique systématique ; des manifestations aiguës, plus rares, se traduisant par une complication à type d'hémoptysie de pneumothorax ou de pleurésie, ou plus exceptionnellement par une insuffisance respiratoire aiguë. Les symptômes des localisations extra-pulmonaires : osseuse, ganglionnaire, séreuse, urogénitale, etc., sont peu spécifiques.

En l'absence de traitement, une personne atteinte de tuberculose évolutive peut infecter en moyenne 10 à 15 autres personnes en l'espace d'une année. Cependant, les sujets infectés ne développent pas nécessairement une tuberculose. Les sujets infectés dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de développer la maladie.

Un tiers de la population mondiale est actuellement infecté. De 5 à 10 % des sujets infectés (non infectés par le VIH) développent la maladie ou deviennent contagieux au cours de leur existence. Les personnes infectées à la fois par le VIH et le bacille tuberculeux sont beaucoup plus susceptibles de développer la maladie. En 2004, l'incidence estimative de la tuberculose par habitant était stable ou en diminution dans cinq des six Régions de l'OMS, (l'exception étant la Région africaine, où l'incidence était encore en augmentation, suivant en cela la propagation du VIH).

En France, après des décennies de baisse régulière et importante, la diminution de l'incidence<sup>1</sup> de la tuberculose s'est ralentie au début des années 1990 (en raison notamment du développement de l'épidémie du VIH/Sida). L'incidence globale, de

---

<sup>1</sup> Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose repose sur le système de déclaration obligatoire, dont le degré de sous-déclaration a été récemment évalué à 30% (contre 50% en 1992), incitant à la prudence pour l'interprétation des résultats.

9 cas pour 100 000 habitants en 2004, cache de fortes disparités régionales (de 4/100 000 en Poitou-Charentes à 21/100 000 en Île-de-France), liées aux répartitions différentes des populations à risque.

Depuis 1992, on comptabilise avec précision le nombre des souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes aux principaux antituberculeux. Ces tuberculoses multirésistantes, difficiles à traiter et à éradiquer, posent avec acuité le problème de leur contagiosité. Depuis 2002, le réseau du Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux a observé une augmentation de la prévalence de la multirésistance du bacille tuberculeux, en partie liée à l'arrivée de malades de pays à forte endémie tuberculeuse. La multirésistance est passée de moins de 1% avant 2002 à 1,3% en 2004. Les taux de résistance primaire et secondaire à au moins un antituberculeux de première ligne rapportés par le réseau AZAY-mycobactéries étaient de 5,8% et 15,2% en 2005. Ces taux sont comparables à la plupart des autres pays d'Europe de l'Ouest<sup>2</sup>.

### ➤ Hépatites virales chroniques

L'hépatite est une inflammation du foie dont le fonctionnement se trouve perturbé. Le foie assure un grand nombre de fonctions vitales pour l'organisme (synthèse de protéines et de cholestérol, participation à l'équilibre glucidique, au métabolisme des graisses, au processus de détoxication...). Lors d'une hépatite chronique, un certain nombre de cellules du foie à l'origine de ces fonctions sont détruites. Un tissu cicatriciel les remplace, la fibrose, dont le stade ultime est la cirrhose ; celle-ci est un facteur de risque de cancer primitif du foie.

L'hépatite chronique survient après un épisode d'hépatite aiguë le plus souvent asymptomatique. On distingue les hépatites aiguës non virales (liées à des médicaments, bactéries, toxiques, ...) des hépatites aiguës virales. Les virus spécifiques sont les virus des hépatites hépatotropes A, B, C, D, E et G mais d'autres virus responsables d'infections généralisées ou ciblées sur d'autres organes (VIH, herpès, mononucléose...) peuvent entraîner une atteinte hépatique. Dans de rares cas, cette hépatite peut être grave, il s'agit d'une hépatite fulminante qui nécessite le recours à une greffe de foie en urgence. Seules les **hépatites virales aiguës B, C et D** peuvent, après un épisode aigu plus ou moins visible, évoluer vers la **chronicité**.

**L'hépatite virale C** est la plus fréquente des hépatites à virus hépatotropes en France. Les données épidémiologiques nationales et régionales sont parcellaires : en France, la prévalence des anticorps anti-virus de l'hépatite C (anti-VHC) est estimée en 2004 dans une étude commune de l'InVS, la CnamTS et du Cetaf à 0,84% (IC<sub>95%</sub> : 0,65-1,10).

L'hépatite aiguë C évolue vers la **forme chronique** dans 65% des cas (IC<sub>95%</sub> : 50-78) des cas<sup>3</sup>. Au stade chronique, 20% des patients ont une forme dite asymptomatique avec des transaminases normales, 40% ont une hépatite chronique peu active et 40% une hépatite chronique active. L'hépatite chronique active évolue vers la cirrhose dans 20 à 30% des cas, dans un délai de 10 à 20 ans avec, au stade de cirrhose, un risque de cancer du foie dont l'incidence annuelle est d'environ 3%. Trente pour cent des transplantations hépatiques sont en lien avec le virus de l'hépatite C.

A la fin de la dernière décennie, seule la moitié des personnes atteintes de l'hépatite C connaissait leur statut sérologique.

**L'hépatite aiguë B** évolue vers la forme chronique dans 5% des cas. En 2004, la prévalence du portage de l'antigène HBs est estimée à 0,65% parmi la population de France métropolitaine de 18-80 ans (IC<sub>95%</sub> : 0,45-0,93) ce qui signe une **hépatite B** chronique<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Invs. Surveillance de la résistance aux antituberculeux en France : données récentes. BEH n°11, mars 2007.

<sup>3</sup> Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut de veille sanitaire.

➔ **Maladies dues au VIH**

Il existe un système de déclaration obligatoire des cas de sida depuis 1986. Pour le compléter, un système de surveillance, basé sur la déclaration obligatoire des diagnostics d'infection à VIH positifs découverts par les laboratoires de biologie médicale et par les médecins prescripteurs, a été mis en place depuis mars 2003<sup>4</sup>. Depuis 1996, la progression de l'incidence et la mortalité du Sida ont été infléchies sous l'effet du recours aux trithérapies, transformant la maladie jusque là rapidement fatale en maladie chronique.

Selon l'InVS, le nombre de personnes vivant avec le VIH en France, fin 2005, est estimé approximativement à 130 000 (100 000-160 000). En 2004, il estime à 7 000 le nombre de personnes qui ont découvert leur séropositivité (4 600-11 700), et à 1 500 celles qui ont développé un Sida.

En France, les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination des personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2004 (55% ou 67% si on exclut les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné). Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne représentent en 2004 la moitié des découvertes de séropositivité chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, et dans ce cas les femmes représentent la grande majorité des cas. La diffusion du VIH continue chez les hommes contaminés par rapports homosexuels. La proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe (43%), ce qui reflète d'une part, un relâchement des comportements de prévention observé depuis quelques années dans cette population, et d'autre part, un recours au dépistage d'VIH plus fréquent que dans les autres groupes exposés. La diminution du nombre de cas de sida chez les usagers de drogues, qui représentent 11% des cas de sida en 2004, et leur très faible proportion parmi les découvertes de séropositivité (2%), confirment la réduction de la transmission du VIH dans cette population.

Selon l'InVS-ANRS, 10% des usagers de drogues ont une co-infection VIH-VHC (enquête Coquelicot). Globalement, 24% des patients infectés par le VIH ont une hépatite C (Rapport d'experts 2006).

Une nouvelle organisation pour une prise en charge mieux coordonnée a été mise en place fin 2005 : les Comités de coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH). Cette coordination doit faciliter la prise en charge globale des patients, et contribuer à l'équité des soins sur tout le territoire par la qualité des pratiques professionnelles et l'accessibilité aux soins.

---

<sup>4</sup> Là encore les nouveaux-cas sont sous-déclarés : le taux d'exhaustivité est de 66%. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005. BEH n°48, novembre 2006.

## Programmes nationaux d'actions, de prévention et de prise en charge

*Programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2005-2008*  
*Programme national Hépatites virales B et C 2002-2005*

### Objectifs de la Loi de santé publique

*La loi relative à la santé publique de 2004 préconise de stabiliser, d'ici 2008, l'incidence de la **tuberculose** (10,8 pour 100 000 en 2001). Mais dans un contexte de baisse globale de l'incidence, l'objectif semble plutôt être la réduction de l'incidence dans les groupes et les zones plus exposés (populations étrangères en provenance de pays à forte prévalence, personnes sans domicile fixe et les personnes en situations de précarité économique et sociale).*

*Concernant le **Sida**, il s'agit de réduire l'incidence des cas de Sida à 2,4/100 000 en 2008.*

*Pour les **hépatites**, l'objectif est de réduire de 30% la mortalité attribuable aux **hépatites chroniques**, passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008.<sup>5</sup>*

*L'apparition de **bactéries pathogènes résistant aux antibiotiques** et leur diffusion dans les populations humaines constituent un problème majeur en infectiologie. Tandis que les perspectives de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques sont réduites, ce phénomène préoccupe les pouvoirs publics qui engagent différentes mesures de prévention, donnant pour objectif à la loi de santé publique de maîtriser la progression des résistances. Parmi les objectifs 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales figure également la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé. Par ailleurs, la diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est la principale voie de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme troisième groupe d'indicateurs de maîtrise de la résistance aux antibiotiques dans la loi de santé publique.*

### Objectifs du Plan régional de santé publique de Bourgogne

*Mesure 46 - Diminuer l'incidence des infections sexuellement transmissibles dont le Sida*

*Mesure 47 - Diminuer l'incidence de l'hépatite B et celle de l'hépatite C*

---

<sup>5</sup> DGS, Drees, Livret Objectifs – partie 3 Maladies infectieuses (n°36 à 43)

## Principaux indicateurs relatifs aux maladies infectieuses chroniques en Bourgogne

- ❖ On dénombre 412 Bourguignons en ALD pour tuberculose en 2005 (régimes général et agricole) et 92 nouvelles admissions au cours de l'année. L'InVS a décompté 126 déclarations de cas de tuberculose dans la région en 2002. Sur une année, 200 séjours de Bourguignons dans les services hospitaliers de courte durée sont motivés par la tuberculose.
- ❖ On estime à plus de 6 000 le nombre de Bourguignons porteurs d'une hépatite C chronique et à plus de 13 400 [9 116 - 19 910] le nombre de ceux atteints d'hépatite B chronique, l'estimation basse semblant plus vraisemblable pour la région Bourgogne.
- ❖ En 2006, on estime entre 1 100 et 1 430 le nombre de porteurs de l'infection à VIH parmi les habitants de Bourgogne. On compte près de 30 nouveaux cas annuels de découvertes de séropositivité au VIH en 2003-2004. Au cours des années 2002 -2004, on a dénombré en moyenne 15 nouveaux cas de Sida parmi les Bourguignons.

Les sources utilisées sont :

### Pour la tuberculose

- Les fichiers médicaux de l'assurance-maladie dans le cadre de l'ALD (affection de longue durée), En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. *L'information sur la maladie connue dans les fichiers médicaux ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, des personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux.*
- Une exploitation des données du PMSI redressées par la Drees 1998-2002. Celles-ci permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. *Des séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.*
- Les nouveaux cas annuels déclarés aux DDASS et centralisés par l'InVS.

### Pour les hépatites

- Une estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B réalisée chez les assurés sociaux du régime général dans l'inter-région Nord-Est, 2003-2004. Assurance maladie, Cetaf, Invs, Insee. *Pour l'extrapolation, la population à laquelle les taux sont appliqués est celle des 18-80 ans.*

### Pour le VIH

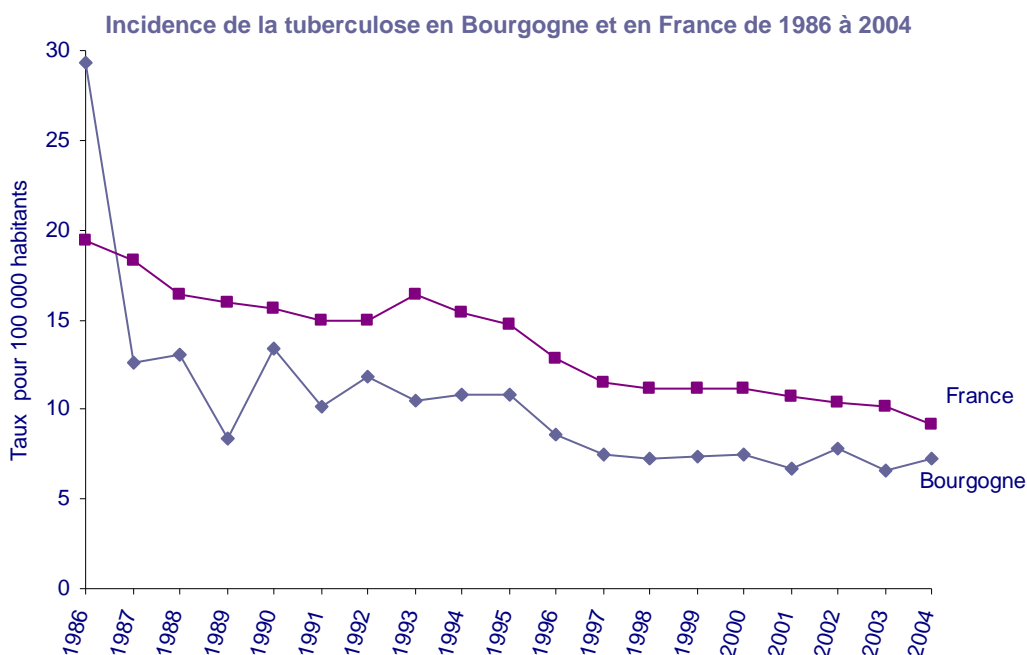
- Une estimation de la prévalence fournie par l'Unité interdépartementale VIH-Hépatite C/Toxicomanie,
- Les déclarations de nouveaux cas de séropositivité au VIH et de Sida.

## Tuberculose

### MORBIDITÉ

#### Nouveaux cas annuellement déclarés

En 2002, 126 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en Bourgogne. Après une baisse de l'incidence, particulièrement nette entre 1985 et 1988, le taux fluctuait autour de 10 pour 100 000 habitants de 1988 à 1996. Depuis 1997, il oscille entre 7 et 8 pour 100 000.



Source : InVS

Exploitation ORS

Sur la période 2000-2002 en Bourgogne, deux tiers des tuberculoses sont pulmonaires dont 37% contagieuses, un quart sont extra pulmonaires et 9% sont mixtes (pulmonaires et extra pulmonaires). Cette répartition des formes de tuberculose diffère peu de celle observée dans l'ensemble des régions françaises.

Nombre de cas de tuberculose pour 100 000 habitants par département en 2004

	2002	2003	2004	Moyenne 2002-2004
Côte-d'Or	7,3	3,9	5,9	5,7
Nièvre	10,6	10,2	13,8	11,5
Saône-et-Loire	4,4	6,1	6,1	5,5
Yonne	12,2	9,0	6,6	9,3
<b>Bourgogne</b>	<b>7,8</b>	<b>6,6</b>	<b>7,2</b>	<b>7,2</b>
France métropolitaine	10,5	10,2	9,2	10,0

Source : InVS

Exploitation ORS

A l'intérieur de la région, la Nièvre est plus particulièrement touchée : avec 11,5 cas pour 100 000 habitants en moyenne par an, elle présente un taux d'incidence supérieur à la moyenne nationale.

## Affections de longue durée

### Précisions

#### **ALD (Affection de Longue Durée)**

En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant sur ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes.

Les **patients tuberculeux** sont identifiés à partir de leur pathologie tuberculeuse (codage CIM10 et non l'ALD) connue dans les fichiers médicaux de l'Assurance Maladie le plus souvent dans le cadre d'une ALD :

- A15 tuberculose de l'appareil respiratoire, avec confirmation bactériologique ou histologique
- A16 tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation bactériologique ou histologique
- A17 tuberculose du système nerveux
- A18 tuberculose d'autres organes
- A19 tuberculose miliaire

2 indicateurs sont retenus pour l'identification des patients tuberculeux :

- les personnes en ALD au 31 décembre 2005
- le nombre de nouvelles admissions de personnes en ALD sur l'année 2005 par département, âge et sexe.

Les données sont celles du régime général et du régime agricole.

### ➤ Patients en ALD

Fin 2005, on comptait **412 Bourguignons en affection de longue durée pour une tuberculose**. Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 0,3 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. L'Yonne se distingue par un taux nettement plus élevé (0,5/1 000 contre 0,2 dans chacun des trois autres départements).

**Nombre de personnes en ALD pour tuberculose au 31/12/2005  
selon le département et le genre**

	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	36	17	55	106	214
Femmes	47	24	35	92	198
Ensemble	83	41	90	198	412

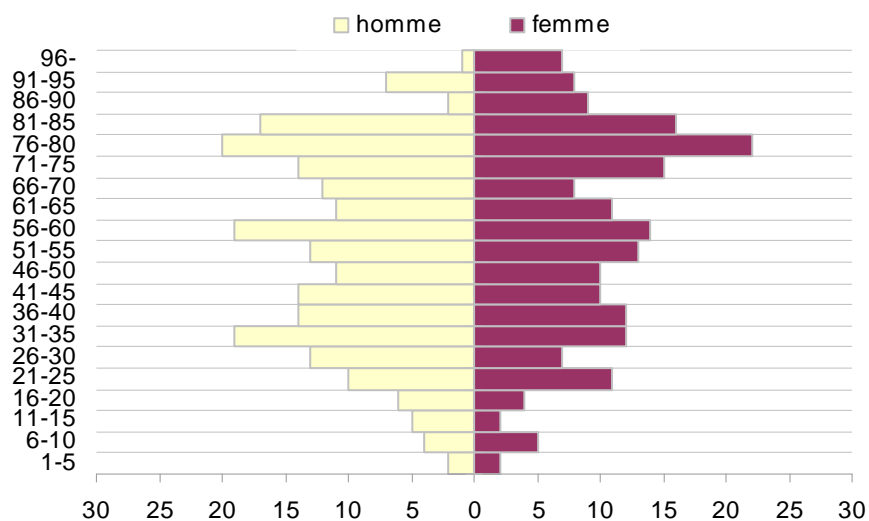
Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Dans quatre cas sur dix (38%), ces personnes ont 65 ans ou plus.

Parmi les Bourguignons en ALD pour tuberculose les hommes (52%) sont un peu plus nombreux que les femmes (48%).

Globalement, le groupe d'âge le plus concerné est celui des 76-80 ans (10%), mais pour les hommes comme pour les femmes, toutes les classes d'âge sont concernées.

**Hommes et Femmes en ALD pour tuberculose, selon l'âge au 31/12/2005**



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

➤ **Admissions en ALD**

En 2005, on a compté 92 nouvelles admissions de Bourguignons en ALD pour tuberculose. Cela correspond à un taux de 6,3/100 000 habitants (contre 9,2/100 000 en France métropolitaine en 2004). L'Île-de-France est la région la plus touchée (20,8/100 000), suivie de Provence Alpes Côte d'Azur (9,9/ 100 000). Si on rapporte à la population potentiellement concernée, les taux départementaux varient de 3/100 000 assurés en Saône-et-Loire à 10/100 000 dans l'Yonne. On observe un peu plus d'admissions dans l'Yonne qu'en Côte d'Or alors que la population potentiellement concernée est moins importante. On compte autant de femmes que d'hommes.

**Nouvelles admissions en ALD pour tuberculose en 2005**

	Côte d'Or	Nièvre	S & L	Yonne	Bourgogne
Hommes	11	6	11	18	46
Femmes	17	9	6	14	46
<b>Ensemble</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>92</b>

Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

**Séjours hospitaliers**

**Précisions**

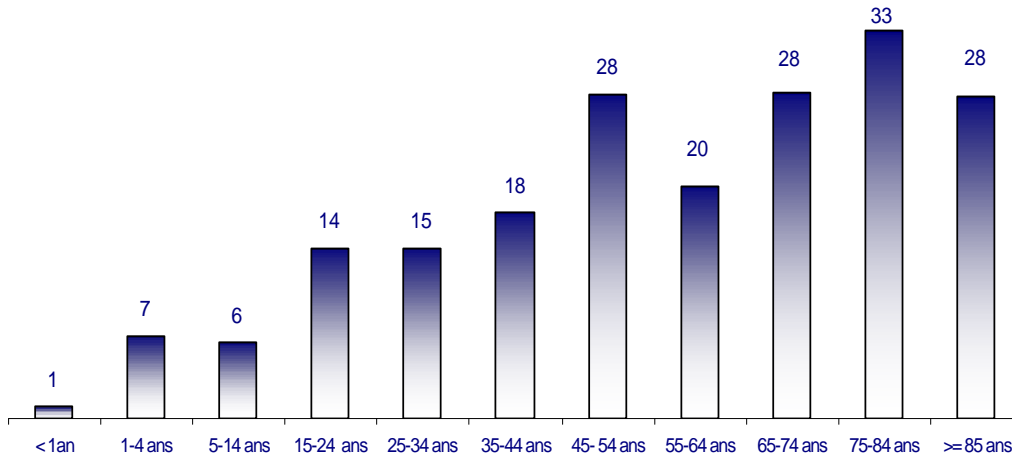
**Données de PMSI**

Une exploitation des données du PMSI redressées par la Drees 1998-2002 a été réalisée à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, sur un cahier des charges élaboré par l'ORS Pays de la Loire. Elle devait servir à l'évaluation des besoins de santé à travers les recours aux soins hospitaliers dans le cadre de l'élaboration des SROS III.

➤ Entre 2000 et 2002, on a compté, en moyenne, 200 séjours hospitaliers de courte durée, par an, motivés par la **tuberculose**.

La fréquence des séjours hospitaliers augmente avec l'âge. La tuberculose est un motif d'hospitalisation plus fréquent à partir de 65 ans : 45% des hospitalisations pour tuberculose ont lieu après cet âge.

Nombre de séjours de Bourguignons pour Tuberculose en 2000-2002, selon l'âge



Source : Drees

Exploitation ORS

- ⇒ Les séjours hospitaliers pour tuberculose sont significativement moins fréquents en Bourgogne qu'en France (l'indice comparatif d'hospitalisation s'élevant à 68 pour un indice France métropolitaine égal à 100).

## MORTALITÉ

---

- ⇒ Entre 2001 et 2003, on a compté plus de 19 décès annuels ayant pour cause principale ou associée la tuberculose en Bourgogne. Les décès d'hommes par tuberculose sont un peu plus nombreux (6/10) que ceux de femmes.
- ⇒ La quasi-totalité des décès par tuberculose surviennent après 64 ans (9/10).

## DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

---

Les facteurs de risque de la tuberculose sont la grande précarité, notamment les personnes très mal logées (habitat indigne) ou sans domicile fixe, l'exposition au bacille de la tuberculose dans la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle (à un moment où le taux annuel d'infection était beaucoup plus élevé) chez les personnes très âgées, la provenance de pays, notamment d'Afrique subsaharienne, où le taux annuel d'infection est actuellement encore très élevé et, dans une moindre mesure, l'immunodépression, notamment chez les personnes atteintes par le VIH.

## MOYENS MOBILISÉS

---

### Les acteurs et dispositifs

Le dépistage de la **tuberculose, auparavant de la compétence des Conseils généraux** a été transféré aux services de l'Etat avec les dernières mesures de décentralisation (ces derniers l'ont effectivement repris, la gestion en étant confiée par convention aux Conseils généraux ou par habilitation à des hôpitaux, selon les départements).

La vaccination (BCG) n'est plus obligatoire pour l'enfant qui entre en collectivité depuis 2007. Par contre, elle reste obligatoire pour certaines catégories professionnelles (les personnels de santé, en formation et en exercice, les techniciens d'analyses médicales,...). Une réflexion sur des alternatives à la politique vaccinale actuelle est en cours (dépistages et campagnes de vaccinations ciblés sur les populations exposées : migrants, personnes en grande précarité).

## Hépatites virales

### MORBIDITÉ

---

#### Prévalence

##### Hépatite C

D'après une étude de l'InVS avec l'Assurance Maladie, la prévalence des anticorps anti VHC en France en 2004 serait de **0,84%** [0,65-1,10] et dans la grande région du Nord-Est à laquelle la Bourgogne est rattachée elle serait de **0,78%** [0,50-1,23]<sup>6</sup>. Ce serait dans l'ouest que la prévalence serait la moins élevée et en Provence Alpes Côte d'Azur qu'elle serait maximale (1,26% [0,92-1,74]). Si on extrapole ces taux à la population bourguignonne, il y aurait ainsi 9 350 [6 957-12 594] personnes porteuses dans la région. Parmi elles, 65% développeront une hépatite chronique, soit 6 078 personnes pour l'ensemble de la région.

##### Hépatite B chronique

Chez les assurés sociaux du régime général, toujours, l'estimation du taux de prévalence de l'antigène HBs en France est de **0,65%** [0,45-0,93] et dans le quart Nord Est de la France, il atteindrait **1,12%** [**0,76-1,66**], ce taux étant alors le plus élevé en France. En extrapolant à la région Bourgogne il y aurait ainsi 13 433 porteurs d'une hépatite B chronique (9 116 – 19 910), l'estimation basse semblant plus réaliste compte tenu des caractéristiques de la région.

Estimation des prévalences des marqueurs de l'hépatite B chronique et de l'hépatite C en Bourgogne à partir des taux pour l'Inter-région Nord-Est en 2003-2004

Prévalence	Taux estimé Inter-région Nord-Est	Extrapolation Bourgogne	Estimation basse	Estimation haute
Antigène Hbs	1,12%	13 433	9 116	19 910
Anticorps antiVHC	0,78%	9 355	5 997	14 753

Sources : Assurance maladie, Cetaf, Invs, Insee

#### Incidence

D'après le registre des hépatites virales de Côte d'Or, le taux de détection des nouveaux cas d'hépatite C annuel est de 30 pour 100 000 habitants. Il y aurait aussi 350 nouveaux cas diagnostiqués chaque année en Bourgogne.

### MORTALITÉ

---

- ↻ Entre 2001 et 2003, on a compté plus de **14 décès annuels** ayant pour cause principale ou associée l'hépatite en Bourgogne. Dans 7 cas sur dix, il est spécifié qu'il s'agit d'hépatite C.
- ↻ Les décès d'hommes par hépatites sont un peu plus nombreux (6/10) que ceux de femmes.
- ↻ Les deux tiers de ces décès surviennent après 64 ans.

---

<sup>6</sup> Invs, Cetaf, Cnamts. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, mars 2007. Ce rapport fait suite à une première analyse descriptive publiée par l'Invs, le Cetaf et la Cnamts en janvier 2005.

## DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

---

Les modes de transmission de l'hépatite B sont sanguin, materno-fœtal mais aussi sexuel. Pour la population générale, la vaccination est efficace à 95% des cas.

Pour l'hépatite C, il est essentiellement sanguin (transfusion, injection de drogue par voie intraveineuse et utilisation de matériel non stérilisé) sans exclure le risque lors de pratiques sexuelles traumatisantes non protégées.

On observe au niveau national une forte influence de la précarité sociale sur le taux de prévalence des anticorps anti-VHC comme de l'infection par le virus de l'hépatite B.

## MOYENS MOBILISÉS

---

### Les acteurs et dispositifs

#### ⇒ Prévention

Pour **l'hépatite B**, le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France a recommandé la vaccination systématique de tous les enfants avant 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson ainsi que celle des groupes à risque :

- nouveaux nés de mère porteuse de l'antigène HBs,
- enfants accueillis dans les institutions pour handicapés,
- personnes en institutions psychiatriques,
- enfants en collectivité,
- personnes ayant des partenaires multiples,
- toxicomanes utilisant des drogues parentérales,
- voyageurs de pays à forte endémie,
- personnes amenées à résider en zones de moyenne ou forte endémie,
- personnes pouvant être exposées par leur activité au sang et autres produits biologiques,
- celles susceptibles d'être transfusées,
- entourage de personnes infectées pour le virus de l'hépatite B...

Pour l'hépatite C, le dépistage ciblé sur les facteurs de risque est nécessaire (conférence de consensus de février 1999) :

- les personnes transfusées avant 1991
- les hémophiles, hémodialysés
- les antécédents de toxicomanie intraveineuse (surveillance tous les ans)
- la population carcérale
- les enfants nés d'une mère atteinte d'hépatite C
- les donneurs d'organes ou de tissus
- les conjoints de patients VHC+

En 2001, un comité d'experts réuni par l'ANAES a élargi le dépistage :

- aux membres de l'entourage familial des patients contaminés,
- aux sujets incarcérés ou ayant été incarcérés
- aux sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel à usage unique ou de l'acupuncture sans utilisation d'aiguilles personnelles ou à usage unique,
- aux sujets avec un taux élevé de transaminases sans cause connue,
- aux sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC (Asie du Sud Est, Moyen Orient, Afrique et Amérique du Sud).

### ➤ **Prise en charge**

Il existe un service spécialisé dans la lutte contre les maladies infectieuses au CHU. Dans les autres territoires de santé, un service de médecine par territoire de santé (dans les hôpitaux de Nevers, Chalon-sur-Saône, Mâcon, Auxerre, Sens) reçoit en consultation et en hospitalisation les personnes atteintes par le VIH.

Il existe un programme régional de lutte contre l'hépatite C coordonné par le pôle de référence du CHU de Dijon et la DRASS. Il prend appui sur le réseau bourguignon de prise en charge de l'hépatite C qui doit permettre d'offrir à chaque personne atteinte des soins de qualité tout en étant de proximité.

Depuis de nombreuses années, des réseaux ville-hôpital ont permis de prendre en charge de manière coordonnée les patients atteints de VIH-Sida. Ils ont diversifié les pathologies prises en charge ou renforcé les actions locales de prévention.

## **Les pratiques**

### ➤ **Hépatite C**

Initialement traitée par l'Interféron standard à raison de trois injections par semaine, l'hépatite chronique virale C bénéficie maintenant d'une forme conjuguée (pégylation) d'interféron ne nécessitant qu'une injection hebdomadaire. Il a été montré une synergie d'effet importante lorsque l'on associe la ribavirine à l'interféron. Le traitement de référence est actuellement une bithérapie associant de l'interféron-pégylé et de la ribavirine. La durée de traitement varie de six mois à un an en fonction du génotype du virus. L'éradication virale est aujourd'hui avec ce traitement de 55%, tous malades confondus (40 à 80% en fonction du génotype viral).

Malgré les programmes de réduction des risques mis en place depuis quelques années, il persiste des contaminations par le virus de l'hépatite C. Par ailleurs, de nombreuses personnes contaminées ne bénéficient pas du suivi et de la prise en charge recommandée après diagnostic (absence de consultation, absence de ponction biopsie de foie, absence de traitement). Le dépistage est insuffisant : 30% des personnes atteintes ne se savent pas contaminées, et moins de la moitié de celles qui relèvent d'un traitement y ont accès. Cette insuffisance d'accès à la prise en charge concerne tout particulièrement les populations les plus vulnérables : personnes toxicomanes, personnes souffrant de problèmes avec l'alcool, ou de problèmes de santé mentale. Le programme de lutte contre l'hépatite C doit se poursuivre, en orientant la prévention et le dépistage vers les populations les plus vulnérables. Il doit s'élargir à l'hépatite B.

## VIH et Sida

### MORBIDITÉ

#### Prévalence et Incidence

##### Infection à VIH

En 2005, on a dénombré dans la file active hospitalière (c'est-à-dire, l'ensemble des patients vus au moins une fois par un ou plusieurs médecins) 1 008 personnes infectées par le VIH en Bourgogne.

Du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2005, 80 découvertes de séropositivité à VIH ont été déclarées en Bourgogne, c'est-à-dire 27 nouvelles déclarations par an en moyenne.

Parmi ces 80 nouvelles déclarations, on compte 22 femmes et 58 hommes. On compte par ailleurs 17 personnes originaires d'Afrique SubSaharienne.

##### Découvertes de séropositivité VIH par département de domicile et par année de diagnostic

	2003	2004*	2005*	Total
Côte-d'Or	12	16	1	29
Nièvre	2	2	4	8
Saône-et-Loire	6	7	13	26
Yonne	6	4	7	17
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>80</b>

\* Données provisoires non redressées au 30/06/2006

Source : Invs

Exploitation ORS

En Bourgogne, le mode de contamination par voie hétérosexuelle est prédominant chez les femmes avec 17 nouvelles découvertes de séropositivité sur 22 déclarées entre 2003 et 2005. En revanche, les rapports homosexuels sont le principal mode de contamination chez les hommes (28 nouvelles découvertes sur 58 déclarées), suivi des rapports homosexuels (15 sur 58 déclarées).

## Sida

Dans la région, comme dans l'ensemble du pays, le nombre de **nouveaux cas de Sida** annuels diminue depuis 1996, mais on observe un ralentissement actuel de la diminution des cas.

### Nouveaux cas de sida déclarés en Bourgogne depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2005

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
<1996	155	61	100	106	422
1996	16	8	14	10	48
1997	6	1	11	4	22
1998	12	8	6	5	31
1999	7	3	4	9	23
2000	3	4	3	9	19
2001	2	3	1	7	13
2002	4	1	8	3	16
2003	1	1	4	6	12
2004*	9	3	1	4	17
2005*	0	0	0	5	5
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>93</b>	<b>152</b>	<b>168</b>	<b>628</b>
<b>%</b>	<b>34,2</b>	<b>14,8</b>	<b>24,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

\* Données provisoires non redressées au 30/06/2006

Source : Invs

Exploitation ORS

Le département de la région le plus touché est l'Yonne (479 cas cumulés par million d'habitants), et la Saône-et-Loire le moins touché (277 cas par million). Parmi les malades du sida, les femmes restent minoritaires (18% des cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie). Près de quatre malades sur dix (37%) ont entre 30 et 39 ans. Les modes de contamination les plus fréquents parmi les cas de sida en 2002-2005 sont, chez les hommes, les rapports homo/bisexuels (52% des cas) et l'usage de drogues intraveineuses (18%). Chez les femmes, ce sont d'abord les rapports hétérosexuels (56%), puis l'usage de drogues par voie intraveineuse (30%).

En 2004, parmi les nouveaux malades, 7 malades sur 17 sont arrivés au stade sida en ignorant leur sérologie positive.

## Affections de longue durée

### Précisions

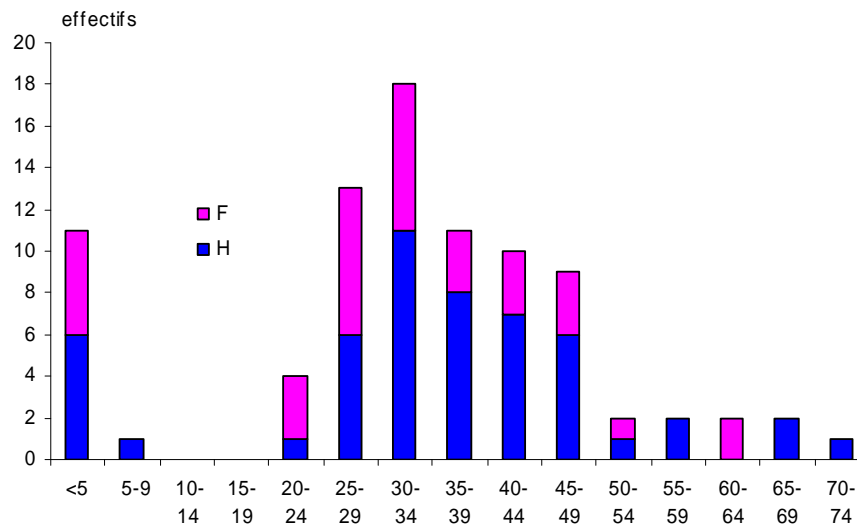
#### **ALD (Affection de Longue Durée)**

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant sur ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes.

*On a pu disposer de données des trois régimes sur les nouvelles admissions en 2003 pour déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH*

En 2003, on a dénombré 86 admissions de Bourguignons en ALD (par les trois principaux régimes) pour VIH. Il s'agit en majorité d'hommes (60%). Les admissions en ALD pour ce motif sont plus fréquentes entre 25 et 49 ans.

**Nouvelles admissions en ALD de Bourguignons pour déficit immunitaire primitif grave et infection à VIH en 2003**



\* précisions : les enfants de moins de 5 ans sont concernés par des déficits immunitaires autres que le VIH

Source : Canam, Cnamts, MSA, exploitation Fnors

## Séjours hospitaliers

- On compte en moyenne sur une année environ 60 séjours hospitaliers (2000-2002) de Bourguignons en soins hospitaliers de courte durée motivés par une maladie due au **VIH**.

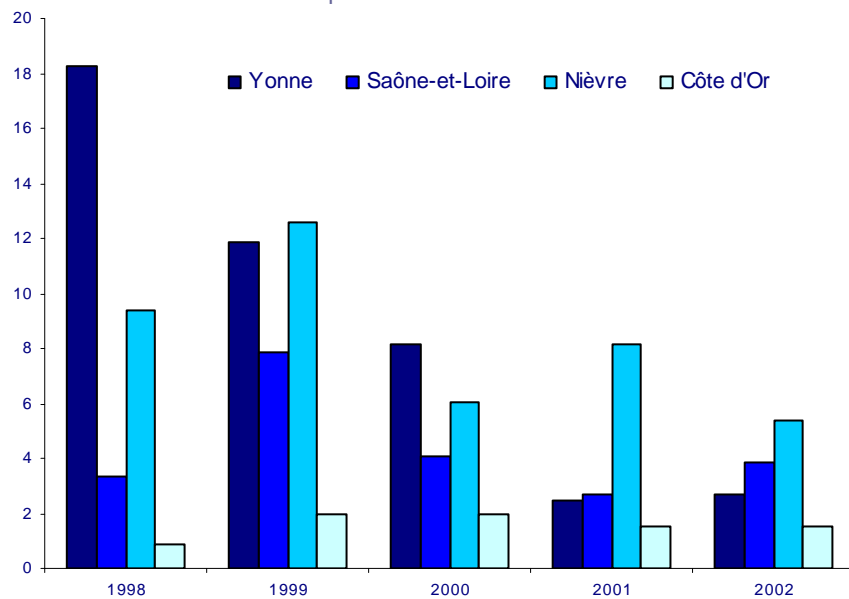
### Précisions

#### Données de PMSi

Une exploitation des données du PMSi redressées par la Drees 1998-2002 a été réalisée à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, sur un cahier des charges élaboré par l'ORS Pays de la Loire. Elle devait servir à l'évaluation des besoins de santé à travers les recours aux soins hospitaliers dans le cadre de l'élaboration des SROS III.

La fréquence des séjours hospitaliers est variable selon l'âge. Les hospitalisations dues au VIH touchent surtout les personnes âgées de 25 à 54 ans (80%).

**Taux comparatifs d'hospitalisation pour maladie due au VIH**  
**entre 1998 et 2002 par département en Bourgogne**  
 Taux pour 100 000 habitants



Source : Drees

Exploitation ORS

- Avec 60 séjours pour maladie due au VIH en 1998, le département de l'Yonne présentait un taux d'hospitalisation particulièrement élevé. Depuis, il a régulièrement diminué. En 2002, il se situait en dessous de la moyenne bourguignonne (3,1 pour 100 000 habitants).
- Les séjours hospitaliers pour maladie due au VIH sont significativement moins fréquents en Bourgogne qu'en France (l'indice comparatif d'hospitalisation s'élevant à 23 pour un indice France métropolitaine égal à 100).

## Enfants scolarisés

Chez les jeunes scolarisés, les interventions pour infection à VIH et SIDA sont rares en Bourgogne. En effet, un seul cas a été recensé pendant l'année scolaire 2005-2006 dans un établissement élémentaire de Saône-et-Loire. L'année précédente, deux cas avaient nécessité une intervention : l'un dans un collège de Saône-et-Loire, l'autre dans un lycée professionnel de Côte d'Or.

## MORTALITÉ

- Entre 2001 et 2003, on a compté plus de **18 décès annuels** ayant pour cause principale ou associée le sida en Bourgogne.
- Les décès d'hommes par Sida sont nettement majoritaires (8/10).
- Ils surviennent dans six cas sur dix entre 35 et 50 ans.

## DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

En France, les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination par le VIH parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2005 (52% ou 64% si on exclut les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné).

Les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne représentent la moitié des découvertes de séropositivité chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, et dans ce cas les femmes représentent la grande majorité des cas.

La diffusion du VIH continue chez les hommes contaminés par rapports homosexuels. La proportion d'infections récentes est la plus élevée dans ce groupe (43%), ce qui reflète d'une part, un relâchement des comportements de prévention observé depuis quelques années dans cette population, et d'autre part, un recours au dépistage du VIH plus fréquent que dans les autres groupes exposés. Par contre, la diminution du nombre de cas de sida chez les usagers de drogues est importante.

**Nouveaux diagnostics d'infection par le VIH par mode contamination et par sexe en 2003-2004 en Bourgogne**

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	2003	2004*	2005*	2003	2004*	2005*	2003	2004*	2005*
Homosexuel/ Bisexuel	7	8	13	-	-	-	7	8	13
Usager de drogue par injection	-	1	1	-	1	-	-	2	5
Hétérosexuel	7	7	1	5	8	4	12	15	1
Transfusé	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Inconnu	6	2	4	-	2	2	6	4	6
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>25</b>

\* Données provisoires non redressées au 30/06/2006

Source : Invs

Exploitation ORS

## MOYENS MOBILISÉS

### Les acteurs et dispositifs

#### Prévention

De **nombreux acteurs** se sont engagés depuis de nombreuses années dans la **prévention de l'infection à VIH**. Les services, institutions d'éducation pour la santé "généralistes" réalisent des actions à visée d'information, en particulier vis-à-vis des jeunes.

Les associations de malades (AIDES) ont été dès le début de l'épidémie des partenaires incontournables des pouvoirs publics pour aider à l'information du grand public, au dépistage parmi les populations à risque, et à la promotion d'actions visant à réduire les risques.

Il existe des partenariats structurés en Côte d'Or comme dans la Nièvre entre différents acteurs de prévention. Ils rassemblent de nombreux intervenants, variables selon les actions menées.

On compte en Bourgogne 8 **centres de dépistage anonyme et gratuit** (CDAG) qui participent au dépistage de l'infection à VIH et des hépatites B et C.

Le Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (**COREVIH**), mis en place en 2007, est chargé de :

- favoriser la coordination des professionnels de soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'information, de l'action sociale et médico-sociales ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques (recueillies auprès des établissements de santé).

### Prise en charge

Il existe un service spécialisé dans la lutte contre les maladies infectieuses au CHU. Dans les autres territoires de santé, un service de médecine par territoire de santé (dans les hôpitaux de Nevers, Chalon-sur-Saône, Mâcon, Auxerre, Sens) reçoit en consultation et en hospitalisation les personnes atteintes par le VIH.

Depuis de nombreuses années, des réseaux ville-hôpital ont permis de prendre en charge de manière coordonnée les patients atteints de VIH-Sida. Ils ont diversifié les pathologies prises en charge ou renforcé les actions locales de prévention.

### Les pratiques

Une information sur les IST doit théoriquement faire partie de l'information sur la sexualité « dispensée dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles » (circulaire du 27 février 2003).

Plusieurs sessions de formations « Éducation à la sexualité et prévention des IST » ont été proposées à destination de professionnels et bénévoles chargés de cette thématique depuis 2004 en Côte d'Or et dans la Nièvre, ou à l'échelon régional en 2006 sur le thème « sida et interculturalité ».

Un outil pédagogique a été élaboré par des associations identitaires en collaboration avec différents services de santé et d'éducation et diffusé pour les intervenants en éducation à la sexualité de la région "Bien-être des jeunes : de la quête de son orientation sexuelle à l'acceptation de soi".

Le programme triennal de lutte contre le VIH fait l'objet d'une mise à jour annuelle régionale et d'un suivi départemental effectué par les DDASS, qui réunissent régulièrement l'ensemble des partenaires de la prévention, du dépistage et du soin. Les actions prévues et en cours concernent prioritairement le maintien de la prévention et le renforcement de l'accès au dépistage, avec :

- l'éducation à la sexualité et la prévention des IST en population générale,
- la réduction des risques avec les usagers de drogues (programmes d'échange de seringues),
- l'information dans les lieux de rencontre entre hommes,
- la prévention avec les personnes étrangères,
- la surveillance volontaire de la syphilis.

## Usage des antibiotiques

---

Du fait de traitements mal suivis, d'interruptions hâtives, mais aussi d'un mésusage des antibiotiques, on a constaté une progression des résistances aux traitements des maladies infectieuses. C'est pourquoi l'assurance maladie a lancé un programme national. Dans le cadre de la déclinaison du programme national, les travaux sur l'antibiothérapie menés par l'Assurance maladie visent à : développer l'usage du TDR, informer les patients sur les enjeux de l'usage des antibiotiques, sensibiliser les professionnels de santé au bon usage des antibiotiques. Malgré les résultats encourageants obtenus, des difficultés incitent à poursuivre la sensibilisation des professionnels et des patients à la problématique du bon usage des antibiotiques (sans oublier que les antibiotiques restent indispensables dans de nombreuses situations) et à élargir la problématique de l'usage des antibiotiques à l'hôpital (l'effort de sensibilisation a porté en premier lieu sur les médecins libéraux).

### BIBLIOGRAPHIE

- Drass Bourgogne. *Les maladies infectieuses y compris la politique vaccinale et le Sida*, consultation régionale pour la préparation de la Loi de santé publique, 2002.
- ORS Bourgogne. *Hépatite C en Bourgogne. Guide ressources*, 2002.
- ORS Bourgogne. *La santé en Bourgogne. Éléments pour un diagnostic partagé* 2004.
- ORS Bourgogne. *Accès aux traitements des personnes toxicomanes séropositives au virus de l'hépatite C en Bourgogne*, 2005.
- InVS. *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*. mars 2007. 112p.
- ORS Bourgogne. *La santé en Bourgogne. Faits marquants, 3.1 Le sida*, octobre 2006.
- InVS. *Tuberculose en France. La situation aujourd'hui*. BEH 2003 ; 10/11.
- DGS, Drees. *Livret Objectifs – partie 3 Maladies infectieuses (n°36 à 43)*.
- Cnamts, CETAF, Invs. *Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine*. Invs, Janvier 2005.
- Urcam Bourgogne. *Programme régional de l'assurance maladie en Bourgogne 2005-2007*.
- Drees. *La prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique*, Etudes et résultats, 2006 ; 470.
- Drees. *L'état de santé de la population en France en 2006, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique (objectifs 36, 38 et 56)*, octobre 2006.
- Drees. *Disparités régionales de santé. A partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. octobre 2006.
- Larsen C, Pialoux G, Salmon D, et al. *Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France*. BEH 2005, 23:109-12.