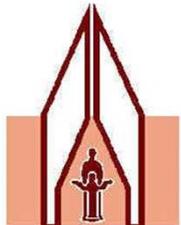


Recommandations sur la prise en charge de l'hépatite C

Marc Bourliere , MD
Hôpital Saint Joseph
Marseille, France

1^{er} colloque francophone méditerranée
VIH / hépatites
27-29 Mars 2015 Alger



Conflits d'intérêt

- Board member for : Schering-Plough, Merck, Janssen, Gilead, Boehringer Ingelheim, BMS, Novartis, Roche, Abbott, GSK, Vertex, Idenix
- Speaker for : Roche, Schering-Plough, Merck, Janssen, Gilead, BMS, Abbvie

Recommandations de prise en charge du VHC et du VHB

19 Mai 2014

Rapport commandé par Ministre de la Santé

1 Comité de Validation et de synthèse

-1 rapporteur

-24 experts

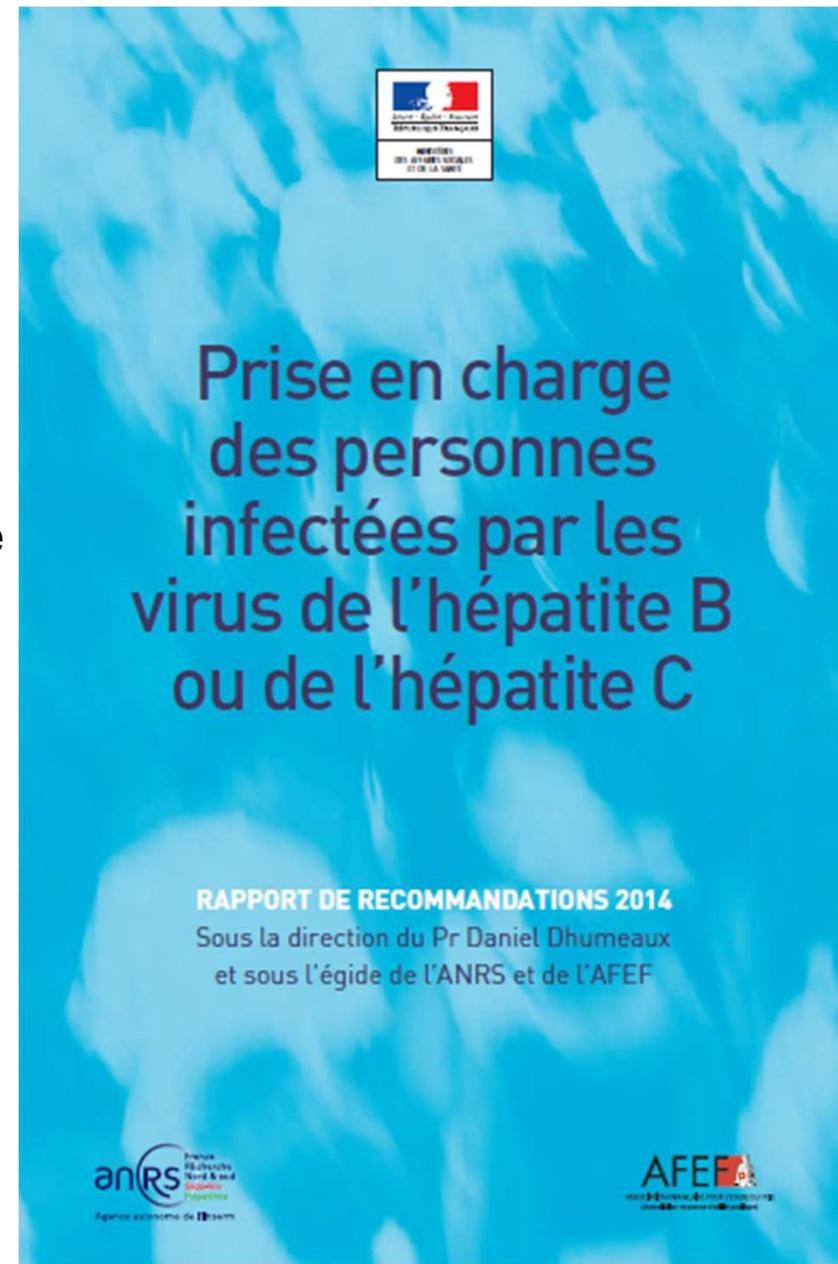
22 chapitres, pour chacun:

- 1 coordinateur

-1 groupe de travail

(10 à 20 experts)

(~ 400 personnes impliquées)



Prévalence dans la population générale (InVS 2004)

- Prévalence des Ac anti-VHC: 0,84% (0,65 – 1,10)
→ 367 055 personnes, dont 65% sont porteuses de l'ARN du virus
- Prévalence de l'infection chronique: 0,53% (0,40 – 0,70)
→ 232 196 personnes ont une infection chronique
- Nécessité d'actualiser ces données épidémiologiques

Prévalence des Ac anti-VHC dans les populations exposées

- **Migrants**

- Zone moyenne endémicité: 1,69%
 - Zone forte endémicité: 10,17%
- } InVS 2004
- **Enquête Prévacar 2010** (personnes détenues selon lieu de naissance):
Asie (12,4%), Eu de l'Est (12,3%), France (5%)

- **Usagers de drogue**

- Voie iv: 56%
 - Voie nasale: 9%
- } InVS 2004
- **Enquête Coquelicot 2011**: prévalence de 44%, avec variabilités selon l'âge et les régions

- **Personnes détenues**

- 4,8% (5 x population générale)
 - H: 4,5% Vs F: 11,8%
- } Prévacar 2010
- La moitié avec ARN+ → prévalence inf. chronique = 2,5%

- **Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)**

1% dans les lieux de convivialité à Paris (**Enquête Prévagay 2009**)

Nouvelles recommandations de dépistage de l'hépatite B et C (rapport Dhumeaux)

1. **Poursuivre une stratégie de dépistage ciblée**, tout en augmentant la diffusion de l'information à la population générale et aux médecins généralistes
2. **Elargir les stratégies de dépistage** aux populations suivantes:
 - Hommes âgés de 18 à 60 ans
 - Femmes enceintes dès la 1^{ère} consultation prénatale
3. **Associer la recherche des trois virus: VHC, VHB et VIH**
4. **Utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)**

Réduction des risques et prévention des hépatites B et C chez les usagers de drogues

Recommandations

Une offre de soins globale et coordonnée, centrée sur la prévention, doit être proposée aux usagers de drogues. La réduction des risques fait partie intégrante des politiques de santé publique dans le domaine des addictions depuis 2004. Les moyens financiers insuffisants dont elle dispose et la mauvaise acceptation sociétale ne permettent pas son déploiement et son efficacité.

1. **Réorienter la politique générale de lutte contre les drogues issue de la loi de 1970**, en donnant la priorité aux actions de santé publique (réduction des risques et soins) par rapport aux actions de contrôle légal et de répression des usages de drogues et en accentuant les efforts engagés par la loi de santé publique de 2004.
2. **Déployer sur le terrain les stratégies de réduction des risques chez les usagers de drogues**, en améliorant la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des matériels d'injection ainsi qu'en diversifiant et développant les dispositifs de sécurisation des injections : accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) et salles de consommation à moindre risque (SCMR).
3. **Proposer une offre de soins globale et coordonnée dans un même lieu fréquenté par les usagers de drogues** (soins médico-sociaux en addictologie, réduction des risques, dépistage, utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique, traitements antiviraux et suivi spécialisé).

Réduction des risques et prévention des hépatites B et C chez les usagers de drogues

- 4. Préconiser un traitement le plus précoce possible des usagers de drogues**, en assurant une prise en charge multidisciplinaire médicale et médico-sociale, le traitement permettant de diminuer le risque de transmission.
- 5. Améliorer la formation des acteurs en contact avec les usagers de drogues** sur les risques liés au VHB et au VHC et sur la réalité concrète des pratiques d'injection, afin qu'ils soient mieux à même de conseiller les usagers de drogues sur des techniques efficaces de réduction des risques.
- 6. Soutenir et évaluer certaines approches innovantes** : (a) combinaison des traitements de substitution aux opiacés diversifiés et des dispositifs de réduction des risques, (b) promotion des actions de prévention au passage à l'injection et des alternatives à l'usage de la voie injectable, tout particulièrement chez les jeunes usagers de drogues.

Réduction des risques et prévention des hépatites B et C chez les usagers de drogues

- 7. Développer les actions de réduction des risques en milieu pénitentiaire.**
Compte tenu des caractéristiques de la population carcérale et en respectant le principe d'équivalence des mesures de prévention et de soins avec le milieu libre, il importe de mettre à niveau le dispositif de réduction des risques existant et permettre l'étude de mesures nouvelles : (a) élargissement des interventions associatives et de professionnels exerçant dans le champ des addictions, (b) intervention des pairs et expérimentation des programmes d'échange de seringues (actuellement non autorisés en milieu pénitentiaire) et globalement (c) mise en œuvre effective des mesures du référentiel de la réduction des risques de transmission virale en milieu carcéral.

Recommandations

Prévention des hépatites virales B et C

1. **Faire évoluer la déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë** afin de disposer d'un système plus réactif vis-à-vis des modes de contamination et d'adapter les mesures de prévention vis-à-vis du VHB.
2. **Mettre en œuvre une politique de rattrapage vis-à-vis de la vaccination contre le VHB chez les professionnels de santé.**
3. **En cas de suspicion de contamination par le VHC ou le VHB après un acte médical invasif, réaliser systématiquement une investigation incluant un audit des pratiques.**
4. **Prendre en compte les données sérologiques obtenues après un accident d'exposition au sang** pour déterminer la prévalence des infections à VHC et à VHB parmi les différentes professions de santé et mieux évaluer le risque de transmission de soignant à soigné. Diffuser ces informations régulièrement et de façon individuelle aux professionnels de santé.
5. **Faire un audit des pratiques et du respect du décret qui fixe les conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux gestes de tatouage et de *piercing* dans les différentes officines.**

Recommandations (2)

Prévention des hépatites virales B et C

6. **Chez les personnes détenues, poursuivre et accroître les efforts de dépistage et d'éducation sur les facteurs de risque de contamination.** Proposer systématiquement un dépistage des infections à VHB, VHC et VIH lors de la visite médicale d'entrée, y compris par TROD. Vacciner contre l'hépatite B en l'absence d'immunisation, en utilisant des schémas accélérés. Proposer systématiquement une prise en charge thérapeutique en cas d'hépatite chronique B ou C, avec notamment pour objectif de réduire le risque de de contamination.
7. **Poursuivre et amplifier les efforts d'éducation des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes** sur les facteurs de risque de contamination et les moyens de prévention (vaccination contre l'hépatite B en particulier). Proposer un dépistage systématique du VHB (par les trois marqueurs sérologiques), du VHC et du VIH. Proposer une vaccination contre l'hépatite B en l'absence d'immunisation.

Recommandations VHC (1)

Rapport Dhumeaux - Mai 2014

- 1. Mettre en place, dès le diagnostic de l'infection par le VHC, une prise en charge multidisciplinaire** qui tienne compte de la maladie hépatique, des comorbidités, de l'environnement familial et des conditions socio-économiques.
- 2. Faciliter l'accès aux traitements en formant tous les acteurs impliqués dans le champ de l'hépatite C** : médecins généralistes, hépatogastroentérologues des secteurs public et privé, intervenants dans les structures d'accueil médicalisées ou non.
- 3. Inciter à la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires** afin d'optimiser la prise en charge des patients les plus complexes.

Recommandations VHC (2)

Rapport Dhumeaux - Mai 2014

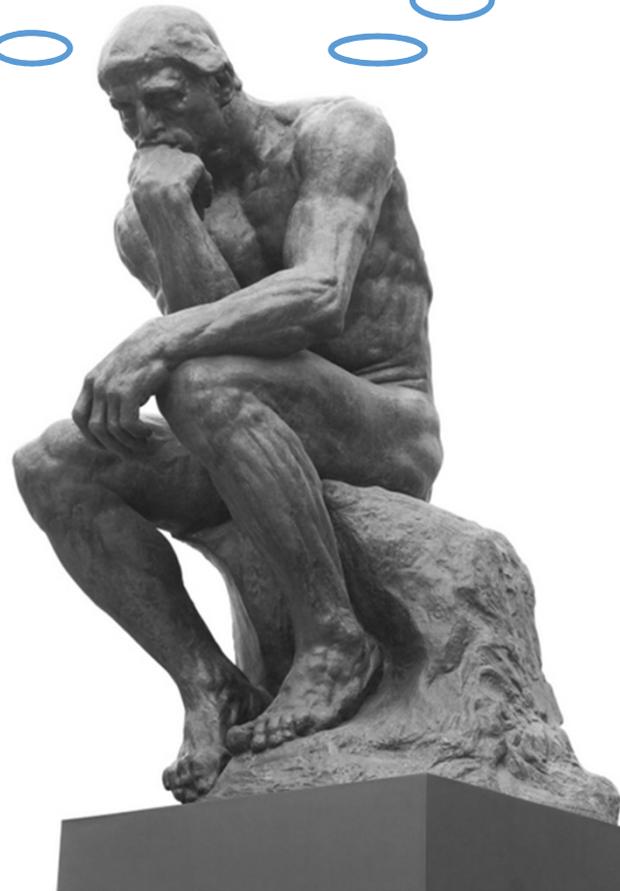
4. Traiter en priorité, non seulement en fonction de l'atteinte hépatique, mais en tenant compte du contexte clinique :

- les patients ayant un score de fibrose \geq F2
- quel que soit le degré de fibrose : manifestations extra-hépatique, les patients en attente de transplantation d'organe, les femmes ayant un désir de grossesse, les usagers de drogues et les personnes détenues.

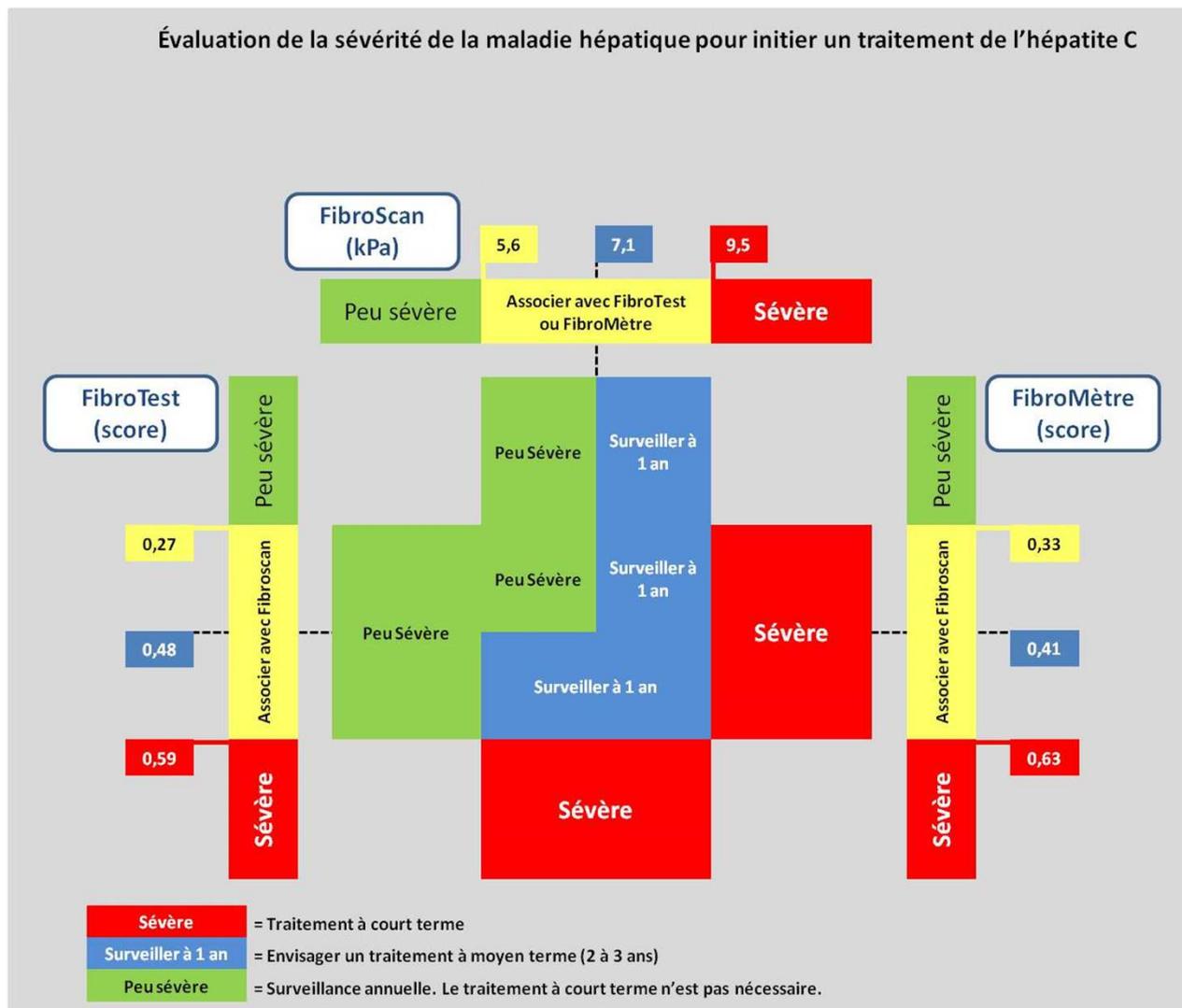
2015 = année du paradoxe

J'ai des traitements
très efficaces

Mais qui je vais pouvoir
traiter ??



Définition de la fibrose sévère



Recommandations (1) - Hépatites B et C et comorbidités: consommation excessive d'alcool, syndrome métabolique

1. **Rechercher systématiquement une consommation excessive d'alcool et un syndrome métabolique** chez les patients ayant une infection par le VHB ou le VHC.
2. **Utiliser les outils adaptés au diagnostic d'un mésusage des boissons alcoolisées** (questionnaires CAGE, AUDIT, DSM-V).
3. **Former les médecins généralistes et les autres spécialistes aux techniques d'intervention brève** chez les patients ayant une consommation excessive d'alcool.
4. **Adresser les patients alcoolo-dépendants en consultation d'addictologie.**
5. **Définir et proposer un parcours de soins complémentaire pour les patients ayant un syndrome métabolique** : consultation de diététique, de diabétologie, de cardiologie.
6. **Maintenir la surveillance de l'atteinte hépatique chez les patients consommateurs excessifs d'alcool et/ou ayant un syndrome métabolique**, même si le contrôle du VHB ou l'éradication du VHC ont été obtenus.
7. **Évaluer les performances des tests non invasifs de fibrose chez les patients ayant une hépatite chronique B ou C et une comorbidité par consommation excessive d'alcool ou un syndrome métabolique.**

Comorbidités psychiatriques et addictives

Population psy :
Prévalence VHC= 7%
Prévalence VHB: 2-7%

Symptômes dépressifs : 40%
Anxiété: 20%
Troubles bipolaires
Schizophrénie

Ecueil à l' utilisation d' IFN

Usagers de drogues, Alcool,
Tabac

Prise en charge multidisciplinaire
(Psychiatrique, Addictologique,
Hépatologique)

Points-clés

1. Des comorbidités psychiatriques et/ou des problèmes d'addiction sont très fréquemment observés chez les patients infectés par le VHB ou le VHC et leur présence ou survenue sont une cause importante de non initiation ou d'interruption des traitements comportant de l'interféron.
2. Ces comorbidités doivent être identifiées et stabilisées afin de faciliter la mise en œuvre du traitement de l'infection virale et d'augmenter les chances de son contrôle ou de sa guérison.
3. Les patients ayant une maladie psychiatrique représentent un groupe à risque pour les infections par le VHB ou le VHC.
4. Des troubles psychiatriques (principalement représentés par des syndromes dépressifs) semblent plus fréquemment observés chez les patients atteints d'hépatite C que d'hépatite B. La prévalence plus élevée de l'usage de drogues chez les patients atteints d'hépatite C n'explique qu'en partie cette différence.
5. Les patients ayant des troubles liés à la consommation de substances psycho-actives doivent faire l'objet d'une approche multidisciplinaire.
6. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée chez tous les patients fréquentant les structures psychiatriques.
7. Chez les patients traités par interféron, des manifestations psychiatriques sont plus fréquemment observées en cas de traitement de l'hépatite C qu'en cas de traitement de l'hépatite B.
8. Tout patient devant recevoir ou recevant un traitement par l'interféron, surtout en cas d'hépatite C, nécessite une information, une éducation et une surveillance par un psychologue ou un psychiatre.
9. Chez les patients devant recevoir de l'interféron pour une hépatite C, l'administration d'antidépresseurs à titre préventif n'est pas recommandée.
10. Les agents antiviraux directs développés dans le traitement de l'hépatite C et les analogues nucléos(t)idiques utilisés dans le traitement de l'hépatite B ne sont pas associés à la survenue de troubles psychiatriques.

Conclusions

- Un rapport complet
- Beaucoup de propositions
- Tout reste à faire