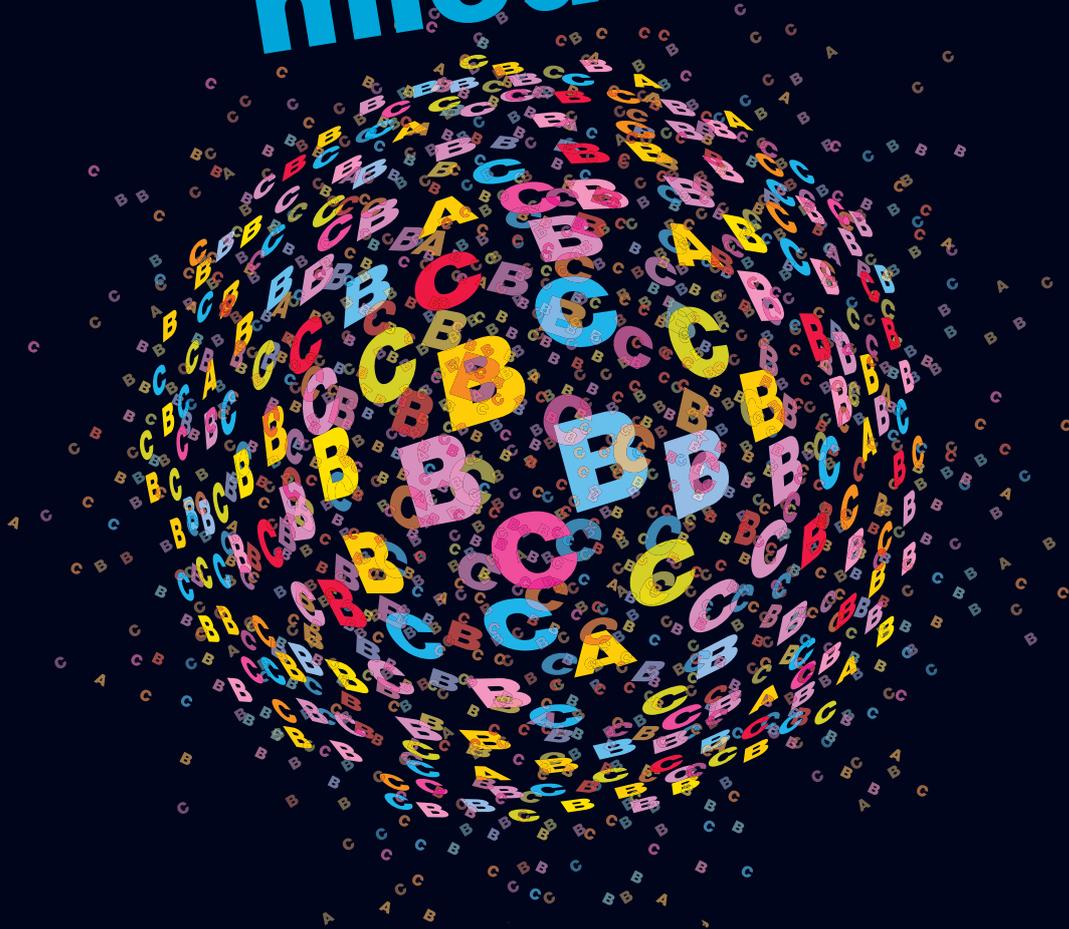


SYNTHÈSE

2<sup>ÈMES</sup> ASSISES DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES  
PARIS - PALAIS DU LUXEMBOURG

Contre  
les Hépatites  
**La France  
peut-elle  
mieux faire**



Une Rencontre  
**Aromates**  
01 46 99 10 80  
www.aromates.fr

**n i** le lien  
**l e** entre  
les acteurs de santé  
www.nile-consulting.eu

**AFEF**  
ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU FOIE

  
Bristol-Myers Squibb

Doctissimo.fr

Fédération nationale des Hépatites  
**FPRH**  
de référence et Réseaux Hépatites

 GILEAD

 GlaxoSmithKline

**hOpe**

**HÔPITAUX** MAGAZINE  
Santé & Société

**LE QUOTIDIEN**  
DU MEDECIN

Public Santé  
La radio qui vous veut du bien

 Schering-Plough

**SPECTRA** BIOLOGIE

## Bristol-Myers Squibb s'engage dans la lutte contre l'hépatite B

Les entreprises du médicament ont entrepris ces dernières années d'importants efforts de recherche pour découvrir des médicaments plus efficaces et mieux tolérés pour traiter les hépatites. Ces efforts étaient particulièrement attendus dans le domaine de l'hépatite B, pathologie pour laquelle l'arsenal thérapeutique reste encore limité.

Bristol-Myers Squibb, 6<sup>ème</sup> entreprise pharmaceutique en France, met à la disposition du corps médical et des patients un traitement innovant contre l'hépatite B.

Convaincu que combattre une maladie, c'est avant tout la connaître, Bristol-Myers Squibb propose au grand public un nouveau site internet : [www.hepbinfo.fr](http://www.hepbinfo.fr), dédié à cette pathologie. Ce portail a pour vocation de diffuser une information claire et pédagogique sur l'hépatite B pour permettre à chacun d'évaluer son risque, pour inciter les populations exposées à se faire dépister, et pour permettre ainsi une meilleure prise en charge médicale de la maladie.

*Mike Seeley, Vice-Président Europe et Directeur Général Bristol-Myers Squibb France, présente l'engagement de son entreprise dans la lutte contre l'hépatite B :*

« Bristol-Myers Squibb a fait de la lutte contre les pathologies graves, où le besoin médical est important, un des moteurs de sa stratégie de recherche. L'hépatite B est la plus fréquente des maladies sexuellement transmissibles. Elle est à l'origine de plus de 1 300 décès chaque année dans notre pays, soit plus que ceux provoqués par le sida. Or les personnes atteintes sont insuffisamment prises en charge. Plus de la moitié des personnes contaminées par le virus de l'hépatite B ignorent leur statut, empêchant ainsi tout traitement approprié et toute mesure préventive adéquate. Parmi les personnes diagnostiquées, moins d'un quart sont traitées. Cette pathologie est donc largement sous diagnostiquée et sous traitée en France. Un effort de prévention dans ce domaine est indispensable. L'hépatite B peut toucher chacun d'entre nous. Aujourd'hui, les motifs d'espoir résident dans les nouveaux traitements, mais aussi, dans la prise de conscience de tous les acteurs impliqués de l'urgence de mieux prévenir, de mieux dépister et de mieux prendre en charge cette pathologie ».





# HEPB™

HOPE FOR HEPATITIS B

## Pour qu'un jour l'hépatite B soit éradiquée...

350 millions de personnes de par le monde seraient porteurs du virus de l'hépatite B.

Ces données sont d'autant plus préoccupantes que le virus de l'hépatite B présente **un risque de contamination 100 fois supérieur** à celui du VIH.\*

La majorité des patients contaminés sont asymptomatiques et peuvent potentiellement transmettre le virus à d'autres personnes.

Face à ce constat, quelles solutions ?

- La vaccination, pour protéger les personnes non infectées.
- Les campagnes de prévention et d'information auprès des patients pour limiter le risque de transmission.
- Les médicaments pour les patients porteurs d'hépatite chronique B qui doivent être traités.

La recherche progresse.

Bristol-Myers Squibb s'engage dans des programmes de recherche, d'éducation, et de sensibilisation sur l'hépatite B et propose un nouveau site :

[www.hepbinfo.fr](http://www.hepbinfo.fr)

*Nous déployons tous les efforts pour qu'un jour l'hépatite B soit éradiquée.*

\* Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite B. Célébrer à 100. Disponible sur : [www.who.int/en/mediacentre/factsheets/fs204/fr](http://www.who.int/en/mediacentre/factsheets/fs204/fr) (consulté le 4 février 2010).



Bristol-Myers Squibb

# PROGRAMME

## 9h00 Allocution d'ouverture

Gilbert Barbier, Sénateur du Jura.

## 9h15 « Les avancées du Plan Hépatites »

Professeur Daniel Camus, Ministère chargé de la Santé.

## 9h35 « Les hépatites en Europe : état des lieux »

Professeur Jean-Michel Pawlotsky, Association Européenne pour l'Étude du Foie.

## 9h55 Table ronde 1 : « Dépistage : peut-on mieux faire ? »

**INTRODUCTION ET MODÉRATION :** Docteur Jean-Louis Boujenah, président d'honneur, ANGREHC

**INTERVENANTS :** Docteur François Bailly, réseau ville-hôpital Avehc – Lyon • Docteur Jean-Claude Désenclos, responsable du département des maladies infectieuses, InVS • Professeur Philippe Jaury, médecin généraliste, professeur à l'Université Paris Descartes • Professeur Thierry Poinard, chef du service hépato-gastro-entérologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière – Paris • Professeur Christine Silvain, chef du service hépato-gastro-entérologie et assistance nutritive, CHU de Poitiers.

## 10h55 Table ronde 2 « Soignés, soignants : quels progrès dans la prévention du risque hépatite ? »

**MODÉRATEUR :** Docteur Olivier Mariotte, président, nile

**INTERVENANTS :** Docteur Xavier Aknine, président, ANGREHC • Docteur Jean-Michel Delile, psychiatre et directeur CEID de Bordeaux, vice-président ANIT • Professeur Thibault Moreau, service neurologie, CHU Dijon • Professeur Dominique Roulot, AFEF.

## 11h55 Table ronde 3 : « Vers une nouvelle approche de la prise en charge ? »

**INTRODUCTION ET MODÉRATION :** Danièle Desclerc-Dulac, présidente, Fédération SOS Hépatites

**INTERVENANTS :** Docteur Stéphane Beuzon, chef de projet au service affections de longue durée, HAS • Nathalie Morgensztejn, Unité Pharmaco-Toxico-Clinique 1, Département de l'évaluation thérapeutique des demandes d'AMM, AFSSAPS • Fabrice Olivet, directeur, ASUD • Professeur Stanislas Pol, responsable du pôle médico-chirurgical d'hépatogastroentérologie et chef de service d'hépatologie, Hôpital Cochin – Paris • Claude Rambaud, présidente, Le LIEN.

## 13h00 Conclusion

Daniel Dhumeaux, Hôpital Henri Mondor - Créteil.

## 13h15 Cocktail déjeunatoire

**Gilead Sciences**



**GILEAD**

**Améliorer la **Vie** en innovant  
dans les **Biotechnologies****



**Gilead Sciences**

100 avenue de Suffren

75015 Paris-FRANCE

Tel +33 (0)1 42 73 70 70

Fax +33 (0)1 42 73 72 50

GIL148/03-08-C

## Les points-clés du colloque

En France, on estime à 500.000 le nombre de personnes adultes infectées chroniquement par les hépatites B et C (220.000 par le VHB, 280.000 par le VHC). En 2001, ces hépatites ont été responsables de 4.000 décès. Le constat est d'autant plus amer qu'un vaccin contre l'hépatite B est disponible, que des moyens de dépistage non invasifs existent et que des traitements efficaces guérissent la moitié des hépatites C et la totalité des hépatites B quand ils sont pris à temps. La France peut donc mieux faire.

### **Classer les hépatites comme 4<sup>ème</sup> maladie de la pauvreté**

Dans le monde, environ 500 millions de personnes sont infectées par les hépatites B et C, avec une mortalité évaluée à plus d'1 million de personnes par an, proche de celle du paludisme (1,3 million de personnes par an). À ce titre, le Pr Jean-Michel Pawlotsky milite pour une reconnaissance des hépatites virales comme « 4<sup>ème</sup> maladie infectieuse liée à la pauvreté » aux côtés du Sida, au paludisme et à la tuberculose.

### **Renforcer l'échelon européen de recherche et de prise en charge**

En Europe, les statistiques Eurostat suggèrent qu'il y a à peu près 10 millions d'Européens atteints de maladies du foie, 5<sup>ème</sup> cause de mortalité en Europe. Toutefois, en raison de systèmes de surveillance très inégaux, ces résultats seraient sous-estimés s'agissant tant de la prévalence que de la sévérité.

Par ailleurs, les connaissances du corps médical, l'accès aux médicaments et l'acceptation des hépatites sont disparates au sein des pays membres. Si les initiatives des associations de malades permettent d'avancer sur la publication de recommandations dans le domaine de la prise en charge et du dépistage, les moyens d'actions et financiers alloués au « European Centre for Disease Prevention and Control » (ECDC) sont insuffisants au même titre que le budget alloué aux maladies transmissibles dans le 7<sup>ème</sup> Programme-cadre de recherche et développement.

### **Identifier les populations à risque**

Les hépatites B et C, principalement liées à des pratiques sexuelles pour l'une et à l'usage de drogue pour l'autre, sont trois fois plus fréquentes chez les personnes en précarité. Les efforts en matière de dépistage doivent donc cibler en priorité ces personnes, notamment chez les bénéficiaires de la CMU, dans les centres de santé des CPAM, mais aussi dans les missions locales, les foyers de réfugiés, ou de Sonacotra et les centres de dépistages gratuits et anonymes (CDAG). Il est donc important d'aller au-devant des populations à risque, notamment des usages de drogues.

### **Mobiliser les généralistes pour le dépistage non invasif**

L'accent pourrait également être mis sur le dépistage « *des gens pouvant mourir d'une cirrhose* », rendu possible par les marqueurs non invasifs. Il y aurait en effet un réservoir gigantesque dans la population des +60 ans chez qui l'hépatite C est liée à une transfusion ou à l'usage de drogues dans le passé. La mobilisation des généralistes sur ce dépistage ne pourra se faire que sur l'ensemble des hépatites chroniques, par l'intermédiaire notamment du bilan hépatique standard, et en développant la formation des généralistes dans ce domaine.

### **Modifier le parcours de soin pour sortir de l'hospitalocentrisme**

Le service Maladies Chroniques de la HAS travaille sur des recommandations allant dans le sens d'une réduction de « *l'hospitalo-centrisme* » qui prévaut pour aller vers une prise en charge ambulatoire afin d'être plus opérationnel au niveau du parcours de soins. Le représentant de la HAS a également indiqué qu'« *une réflexion sur l'évaluation thérapeutique au niveau du patient* » était en cours. Une réforme du parcours de soins va être engagée ainsi qu'une réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient.

### **Mieux prendre en charges les effets secondaires**

Les multithérapies permettent de guérir 50% des hépatites C. La multiplication des traitements pose cependant la question de la gestion des effets secondaires. Le traitement de l'hépatite C (interféron pégylé et ribavirine) entraîne en effet des effets psychiatriques très fréquents qui peuvent être vécus comme un facteur limitant à l'instauration du traitement. Ceci est particulièrement vrai chez les usagers de drogues qui communiquent beaucoup entre eux et entendent dire que les effets secondaires des traitements sont bien pires que ce qu'ils endurent sans traitement. L'AFSSAPS a d'ailleurs sollicité un groupe pluridisciplinaire regroupant hépatologues, psychiatres, addictologues pour élaborer une recommandation.

### **Remettre la vaccination au cœur de la prévention**

La couverture vaccinale contre l'hépatite B est particulièrement faible en France (26% de couverture vaccinale à 2 ans vs. 90% en Italie). Une mobilisation de l'ensemble des acteurs est nécessaire pour relancer cette vaccination dont le bénéfice ne fait aucun doute. La désinformation portant sur les risques de sclérose en plaques constitue toujours un frein majeur à la vaccination contre l'hépatite B alors que les études scientifiques ont montré l'absence de lien entre la vaccination et cette maladie. Ce sont donc aujourd'hui des « croyances » qui ne pourront être combattues qu'avec un engagement politique fort en direction notamment des professionnels.

### **Le 3<sup>ème</sup> plan Hépatites emporte l'adhésion de l'ensemble des acteurs présents lors du colloque**

Le Pr. Daniel Camus a présenté les grandes lignes du 3<sup>ème</sup> plan Hépatites, plébiscité par l'ensemble des intervenants :

- augmenter sensiblement la proportion de personnes diagnostiquées pour permettre un accès aux soins plus précoce et prévenir les complications
- améliorer le dépistage pour atteindre les populations qui ne sont pas informées qu'elles ont été exposées au risque
- prendre en compte un nouveau marqueur de risque identifié : la précarité
- faire évoluer la prise en charge de l'hépatite C entre la ville et l'hôpital par la mise en place d'un lien effectif entre le médecin traitant et le spécialiste de l'hépatite C
- mieux former les médecins et évaluer l'implication des recommandations professionnelles
- articuler l'intervention des différents professionnels de santé médicaux et non médicaux, addictologues, psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, intervenants en toxicomanie
- développer l'éducation thérapeutique pour aider le patient à être un acteur dans la gestion de ses soins et de sa maladie
- renforcer le partenariat avec les associations de patients
- élaborer de nouveaux messages de prévention, notamment en direction des jeunes et des médecins
- réorganiser le dispositif de soins autour du médecin traitant en liaison avec les différents acteurs médicaux
- développer une prise en charge plus globale sur les plans sanitaire et social.

## APPEL A CANDIDATURE 2008

destiné aux CSAPA\*

associés au Programme Hep'Tox

**PRIX** 2008  
hep  
tox



### Ensemble

## faisons progresser la prévention de l'hépatite C

Le Comité de Pilotage du Programme Hep'Tox  
et les laboratoires Schering-Plough,

organisent le **Prix Hep'Tox 2008**

destiné à **récompenser et encourager** une équipe  
multidisciplinaire autour d'un projet portant sur :

- **la prévention du VHC** chez les patients usagers  
de drogue intraveineuse (UDIV\*\*)
- **l'amélioration de la prise en charge** globale  
des patients UDIV VHC+.

**Montant du Prix : 15 000 €**

Renseignements, règlement complet et dossier de candidature disponibles  
auprès de votre interlocuteur Hep Tox

#### Calendrier :

- 1<sup>er</sup> avril : Lancement officiel et appel à candidature
- 19 décembre 2008 : Clôture des inscriptions
- Janvier/Février 2009 : Délégation du Comité de Pilotage du Programme  
Hep'tox et remise du prix lors de la réunion nationale du Programme

\* Centre de Soins  
d'Accompagnement et de  
Prévention en Addictologie

\*\* UDIV : Usagers  
de Drogues  
Intra-Veineuses



PROGRAMME NATIONAL HÉPATITE C CHRONIQUE  
CHEZ LES USAGERS DE DROGUE PRIS EN CHARGE EN CSAPA



UN PROGRAMME SOUTENU PAR  
**Schering-Plough**

**\* DOCUMENT DE SYNTHÈSE \***

**auteur : Nicolas Brizé**

***2èmes Assises de Lutte contre les Hépatites***

***« Hépatites : la France peut-elle mieux faire ? »***

**Colloque**

**Jeudi 27 mars 2008 – Paris, Palais du Luxembourg**

En France, on estime à 500 000 le nombre de personnes adultes infectées chroniquement par les hépatites B et C, 220 000 par le VHB, 280 000 par le VHC. En 2001, ces hépatites ont entraîné 4 000 décès. Il y aurait environ 30 000 personnes coinfectées par le Sida. On observe des hépatites chroniques dans 5 à 10% des cas pour le VHB et dans 50 à 90% des cas pour le VHC, susceptibles d'évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie. « *4<sup>ème</sup> cause de mortalité chez l'homme, le cancer du foie en France est passé en dix ans de 5 000 à 7 000 décès par an* », indique Thierry Poynard, chef du service hépato-gastro-entérologie à l'hôpital la Pitié-Salpêtrière. Un constat d'autant plus amer qu'on a un vaccin contre l'hépatite B, des moyens de dépistage non invasifs, des traitements efficaces qui guérissent la moitié des hépatites C et la totalité des hépatites B quand ils sont traités à temps.

Chez les personnes en précarité, les hépatites sont trois fois plus fréquentes. Pour le Pr Daniel Camus, sous-directeur de la prévention des risques infectieux à la Direction Générale de la Santé, le dépistage reste « *encore incomplet* », la transmission virale « *liée principalement aux pratiques sexuelles à risques pour le VHB et à l'usage de drogues pour le VHC* », la prise en charge « *encore souvent tardive et trop hospitalière* ». « *Si le niveau actuel de traitement de l'hépatite C est modifié, on peut estimer que le traitement actuel pourrait réduire d'environ 23% la mortalité entre 2006 et 2025.* »

« *On ne pourra pas faire grand-chose sans le faire à l'échelon européen* », estime Jean-Michel Pawlotsky, secrétaire général de l'Association européenne pour l'étude des maladies du foie (EASL), qui milite pour une reconnaissance des hépatites virales comme « *4<sup>ème</sup> maladie infectieuse liée à la pauvreté* » et qui propose d'inclure les hépatites dans le prochain programme de la Présidence française de l'Union européenne.

Une Europe assez désunie, et où la France fait plutôt figure de bon élève. Deux plans nationaux ont été mis en place depuis 1999 et il y a eu une correction de trajectoire en 2005, une politique de santé publique largement exposée lors des [1ères Assises de Lutte contre les Hépatites](#)<sup>1</sup>. « *Il existe des solutions, une politique,*

---

<sup>1</sup> La synthèse des 1ères Assises de Lutte contre les Hépatites est disponible ici : [http://www.aromates.fr/publications.php?choix=details&&id\\_pub=2](http://www.aromates.fr/publications.php?choix=details&&id_pub=2)

*des plans, des traitements, mais force est de constater que les problèmes subsistent* », déplore Jacques Marceau, président de l'agence de relations publiques Aromates.

« *N'y a-t-il pas une façon de travailler différente, une autre façon d'envisager les rapports entre les acteurs ?* » s'interroge Olivier Mariotte, président de NILE, cabinet de conseil en affaires publiques sur les problématiques de santé.

- Mieux dépister : en changeant les stratégies, en allant au-devant des populations en précarité, en améliorant la formation du médecin généraliste, en favorisant l'éducation thérapeutique et la multidisciplinarité dans les structures médicales et paramédicales ;

- Améliorer la prise en charge : en réduisant « *l'hospitalo-centrisme* » pour les hépatites B et C les moins sévères vers une prise en charge « *en ambulatoire* » ; en renforçant les moyens dans les structures hospitalières pour les malades les plus lourds ; en favorisant une approche multidisciplinaire plus globale entre les généralistes, spécialistes, médecine de ville et hôpital, entre les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychiatres ;

- Agir sur la prévention : en ciblant les usagers de drogues, les migrants, les populations à risques ; en communiquant autrement sur le vaccin contre l'hépatite B.

Autant de pistes de réflexion qui, on l'espère, seront prises en compte dans la préparation du 3<sup>ème</sup> plan Hépatites, dont le Pr Daniel Camus nous présente les principaux axes. Un moment fort pour la concertation avec les associations de patients, les patients eux-mêmes, et les professionnels de santé venus débattre dans ce colloque.

## **Une 4<sup>ème</sup> maladie infectieuse liée à la pauvreté ?**

Dans le monde, on estime à environ 500 millions le nombre de personnes infectées par les hépatites B et C, 350 millions par le VHB, 170 millions par le VHC. La mortalité est évaluée à plus d'1 million de personnes par an, soit un chiffre proche du paludisme qui tue 1,3 million de personnes par an. À ce titre, le Pr Jean-Michel Pawlotsky milite pour une reconnaissance des hépatites virales comme « *4<sup>ème</sup> maladie infectieuse liée à la pauvreté* ». Celle-ci viendrait s'ajouter au Sida, au paludisme et à la tuberculose.

En Europe, les chiffres sont contradictoires, du fait que les systèmes de surveillance sont très inégaux d'un pays à l'autre. Les statistiques Eurostat suggèrent toutefois qu'il y a à peu près 10 millions d'européens atteints de maladies du foie, 5<sup>ème</sup> cause de mortalité en Europe. Jean-Michel Pawlotsky pense qu'il y a « *très certainement une sous-estimation de la prévalence et surtout de la sévérité des hépatites virales* ».

En ce qui concerne l'hépatite C, 8 à 9 millions d'européens seraient infectés, une variation qui dépend de la prise en compte ou pas de la Russie et de la Turquie. Les facteurs sont liés à l'usage de drogues et les infections nosocomiales. Jean-Claude Désenclos, responsable du département des maladies infectieuses à l'InVS, mentionne en particulier les pays de l'est de l'Europe du fait de l'usage de drogues catastrophique et de l'absence de prévention. Mais pour Jean-Michel Pawlotsky, « *le problème principal demeure la prévalence très élevée dans les pays en voie de développement (Egypte, Afrique noire, Asie, Afrique du Nord), dans un système global de flux migratoires entre ces pays et l'Europe, qui fait que le réservoir se réalimente continuellement par des sujets qui bénéficient peu ou pas du tout de*

*prévention, de dépistage, de prise en charge* ». Les conséquences en termes de coûts sont importantes. Au Royaume-Uni, une étude sur l'hépatite C a estimé le coût de l'inaction à 156 millions de livres par an, soit sur 10 ans un coût estimé à 1,8 milliards de livres.

Le nombre d'européens infectés par le VHB est très mal connu, « *peut-être 1 million de nouveaux cas par an* », suppose Jean-Michel Pawlotsky. « *Là encore, on alimente en permanence le réservoir par les flux migratoires* », dont il découle « *une prévalence probablement sous-estimée du fait que ces populations sont peu accessibles au dépistage et à la prise en charge* ».

## **État des lieux en France**

En France, le Pr Daniel Camus estime qu'environ 500 000 personnes adultes sont infectées chroniquement, dont 220 000 par le VHB et 280 000 par le VHC, des chiffres « *qui ne sont pas flous* », confirme le Dr Jean-Claude Désenclos.

Jean-Michel Pawlotsky donne des chiffres un peu plus élevés. Environ 400 000 personnes seraient infectées par le VHC, avec 6 000 à 7 000 nouveaux cas par an, et il estime qu'en 2022 le nombre de morts sera de 4 500. Il compte 300 000 personnes atteintes du VHB et évalue à 3 000 euros par an le coût des hépatites chroniques et à 15 000 euros par an le coût des cancers primitifs du foie.

Daniel Camus indique pour sa part que les hépatites B et C sont trois fois plus fréquentes chez les personnes en précarité. On observe des hépatites chroniques dans 5 à 10% des cas pour les infections par le VHB et dans 50 à 90% des cas pour le VHC. Ces infections chroniques sont toujours susceptibles d'évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie. En 2001, ces hépatites ont entraîné 4 000 décès, 1 330 par le VHB, 2 640 par le VHC. Les hépatites B et C réduisent la vie des malades, en particulier dans certaines formes chroniques lorsqu'elles sont associées à une consommation excessive d'alcool ou lorsqu'il y a eu infection par le VIH.

Les coinfections sont un facteur de gravité avec souvent une évolution plus rapide vers les complications, une efficacité moindre des traitements et des difficultés spécifiques liées à la prise en charge concomitante du virus de l'hépatite et du VIH. Il y aurait environ 30 000 personnes coinfectées, 23 000 par le VIH VHC et 7 000 par le VIH VHB.

Les facteurs de l'hépatite B restent principalement liés à des pratiques sexuelles à risque ou à l'usage de drogue. 13 cas d'hépatite fulminante ont été répertoriés entre 2004 et 2006. L'hépatite B représente un risque potentiel majeur chez l'enfant né de mère infectée, une évolution chronique s'observe dans 90% des cas en l'absence de traitement préventif (vaccination à la naissance). La majorité des cas des hépatites aiguës symptomatiques notifiées auraient pu être évitées s'il y avait eu un dépistage initial et si les recommandations de vaccination avaient été respectées.

L'hépatite C persiste en tant qu'épidémie chez les usagers de drogues, cette pratique étant le mode de transmission principal du virus. Autre facteur, la transmission lors des soins, acquise dans le passé, cette modalité a certes diminué mais n'est pas encore totalement maîtrisée.

## **L'Europe à la traîne**

Jean-Michel Pawlotsky estime qu'on ne pourra pas faire grand-chose sans le faire à l'échelon européen. L'action de l'EASL, dont il est le secrétaire général, vise à

réveiller l'Europe à propos des maladies du foie et plus particulièrement des hépatites virales, avec une priorité donnée à la recherche.

« *On manque actuellement d'un système fiable de collectes de données à l'échelon européen* », déclare Jean-Michel Pawlotsky. À cela s'ajoutent « *l'ignorance du corps médical* » et « *la stigmatisation importante de l'hépatite virale chronique liée à un mode d'acquisition qui pose problème pour le dépistage, en particulier dans certains pays* ». Malgré une intention bien réelle, propositions pour établir un nouveau système de surveillance des hépatites virales et en 2008 un plan de transition pour la surveillance des MST, la création d'un CDC européen (centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses) « *pour l'instant sans moyens* », ne va pas instantanément changer la donne. L'accès aux médicaments et au remboursement est totalement inégal selon les pays européens, essentiellement pour le traitement de l'hépatite B, les médicaments les plus efficaces n'étant pas remboursés en première intention. En ce qui concerne l'hépatite C l'accès à l'interféron et ribavirine se fait normalement dans la plupart des pays.

En dépit de ces points négatifs, Jean-Michel Pawlotsky reconnaît que des recommandations commencent à voir le jour dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des hépatites virales, grâce aux initiatives des associations européennes de malades. C'est ainsi qu'en mars 2007, à l'initiative de l'association européenne des maladies du foie (ELPA), une déclaration écrite sur l'hépatite C a été adoptée par le Parlement européen pour encourager le dépistage, assurer la protection des personnels de santé par rapport aux aiguilles infectées, et qui encourage des projets de recherche pour le traitement de l'hépatite C à travers le 7<sup>ème</sup> programme cadre de recherche et développement. Des recommandations d'un groupe expert européen « Hépatitis B », animé par Thomas Ulmer, membre du Parlement européen, avec le soutien de l'EASL, ont abouti à un « call for action », qui vise à améliorer l'information et la prévention, avec une insistance lourde sur la vaccination, mais aussi à améliorer la surveillance, le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'hépatite B. Enfin, l'ELPA et l'EASL ont initié une démarche qui vise à inscrire les hépatites virales dans l'agenda de la présidence française, à l'occasion du prochain colloque euroméditerranéen en Egypte.

Au sujet de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, Jean-Michel Pawlotsky pense que « *c'est le rôle des sociétés scientifiques* ». L'EASL va sortir d'ici quelques mois des « *clinical practice guidelines* », visant à ajuster les politiques de prise en charge et également de remboursement.

Autre point majeur, la promotion de la vaccination contre l'hépatite B. « *C'est une consternation générale partout dans le monde face à ce qui se passe en France vis-à-vis de la polémique au sujet du rapport entre vaccination et maladies démyélinisantes de type sclérose en plaques* », observe Jean-Michel Pawlotsky. « *L'OMS a aujourd'hui une politique d'éradication mondiale de l'hépatite B et le vaccin doit permettre d'y aboutir. Là encore l'Europe peut jouer un rôle important.* »

À noter également la journée mondiale sur les hépatites virales, qui permet de sensibiliser Bruxelles, et qui sera l'occasion d'événements importants, en particulier le lancement d'une campagne organisée par un consortium international, avec le soutien de l'EASL, déclinée à l'échelon mondial sur le thème « *am I number twelve ?* » (« suis-je le numéro 12 ? »), sur le concept qu'une personne sur 12 dans la population est porteuse d'une hépatite virale B ou C.

*« Je peux vous assurer que la reconnaissance des hépatites virales comme 4ème maladie infectieuse liée à la pauvreté débloquerait de l'intérêt, des crédits, notamment des fondations privées, et elle permettrait de développer à l'échelon européen une agence du type ANRS que nous avons développée en France. »* S'il peut paraître évident pour le secrétaire général de l'EASL qu'un plan stratégique de dépistage, de prise en charge, de soins, ne peut être dissocié d'un plan stratégique de recherche, en Europe on constate une insuffisance des crédits, en particulier dans le 7<sup>ème</sup> programme cadre de R&D. *« Le budget européen alloué aux maladies transmissibles était initialement de 115 M euros par an, il a été réduit à 23 millions d'euros »*. En comparaison, l'ANRS est dotée d'un budget de 45 millions euros. *« Exemple criant de réussite »* selon Jean-Michel Pawlotsky, l'ANRS classe la France au 2<sup>ème</sup> rang mondial en production scientifique pour les hépatites B et C après les Etats-Unis.

### **La France peut mieux faire**

La France fait plutôt figure de bon élève en Europe. Deux plans nationaux ont été mis en place depuis 1999 et une correction de trajectoire en 2005. Cependant, pour le Pr Daniel Camus, *« si le dépistage des personnes atteintes par le VHC a plus que doublé en dix ans, le dépistage des hépatites est encore incomplet. Il est effectué dans seulement 45% des cas pour l'hépatite B, et dans 57% des cas pour l'hépatite C. On constate une difficulté pour atteindre les personnes non encore dépistées, en particulier du fait qu'elles ignorent avoir été exposées à un risque de transmission »*. De même, *« si la mise en place de mesures de prévention a permis de réduire les nouvelles infections, la transmission virale de l'hépatite B reste liée principalement aux pratiques sexuelles pour le virus B et à l'usage de drogues pour le virus C »*. Enfin, *« si la prise en charge médicale des malades et l'accès aux traitements ont considérablement progressé, cette prise en charge est encore souvent tardive et trop hospitalière. Le sous-directeur de la prévention des risques infectieux à la DGS estime que « si le niveau actuel de traitement de l'hépatite C n'est pas modifié, on verra un nombre annuel croître. Par contre on peut estimer que le traitement actuel pourrait réduire d'environ 23% de la mortalité entre 2006 et 2025. »*

### **Une communication grand public**

Le 19 janvier a eu lieu en France la 3ème journée nationale des hépatites. *« Cibler le grand public »*, tel était l'objectif selon le Pr Christine Silvain, chef du service hépatogastro-entérologie et assistance nutritive au CHU de Poitiers, membre du bureau de la fédération nationale des réseaux de pôles hépatites. *« Les retombées médiatiques ont été excellentes. On parle de plus en plus des hépatites dans la presse, la radio, à la télé. »* La création d'un site dédié sur Internet « [hepatites-info-service.org](http://hepatites-info-service.org) » a engrangé *« énormément de visites après la mise en ligne »*. Une communication Internet relayée par des bandeaux publicitaires sur des sites Web dédiés au piercing et au tatouage, permettant ainsi de *« sensibiliser certaines populations à risque »*.

Jean-Michel Pawlotsky s'étonne que cette journée nationale en France soit *« en décalage avec la journée mondiale de l'hépatite virale »*.

*« Impossible de se remobiliser pour le printemps »*, rétorque le Pr Christine Silvain, qui espère toutefois *« rétablir ce décalage en 2009 »*. *« Ces journées ont peut-être un peu vécu, ou peut-être pourra-t-on s'associer aux journées européennes voire mondiales pour cibler le grand public. »* À en croire Christine Silvain, de nouveaux objectifs semblent pourtant se profiler au niveau de la fédération des pôles de

référence et des réseaux hépatites, vers des « *populations plus ciblées* », « *populations à risque (tatouage, piercing)* », « *populations précaires* », ou encore « *les jeunes* » en lien avec la médecine scolaire.

Les jeunes, à condition qu'ils présentent « *un facteur de risque, en particulier les migrants ou les usagers de drogues* », estime Jean-Claude Désenclos, qui préside l'action coordonnée 25 « Recherche et santé publique dans le champ des hépatites virales B et C » à l'ANRS. « *On observe une progression de l'activité de dépistage sur les dix dernières années* » en même temps que « *le rendement est de moins en moins bon* ». Pour lui, la faute en incombe à « *l'impact de la communication grand public. Cette stratégie-là est absolument à revoir.* » Lorsqu'il a découvert les résultats de l'enquête InVS-ANRS Coquelicot - 2004, Jean-Claude Désenclos avoue qu'il ne s'attendait pas à « *une importance des facteurs sociaux aussi importants. Les ressources étant limitées, il faut mettre les énergies là où la prévalence est élevée. Je préfère les stratégies vers des populations ciblées.* »

## **Vers un dépistage plus ciblé**

Jean-Claude Désenclos voit deux raisons pour dépister ces deux virus. L'une, c'est la prise en charge, en particulier celle de l'addiction alcoolique, « *on dépiste et ensuite on prend en charge* », l'autre c'est la prévention : « *à partir du moment où l'on connaît son statut sérologique, on est plus à même de mettre en œuvre un certain nombre de mesures de prévention qui réduiront la transmission.* »

C'est particulièrement vrai pour les usagers de drogues, « *chez qui le risque de contamination est très élevé dès les premières prises* », comme l'indique Dr Jean-Michel Delile, psychiatre et directeur CEID de Bordeaux, vice-président de l'ANIT qui fédère les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et beaucoup de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). « *Les premières injections sont rarement faites en solo mais plutôt avec l'assistance d'un mentor plus expérimenté. Or ce mentor, plus ancien dans son parcours de toxicomanie et souvent contaminé, ignore sa sérologie positive dans 25% des cas environ... Pour faire de la prévention auprès des usagers de drogues, le meilleur outil dont nous disposons est donc de développer le dépistage non seulement en réduisant le pool de personnes contaminantes en les traitant mais aussi en les sensibilisant aux risques qu'elles peuvent faire courir aux néophytes.* »

## **Cibler les gens qui peuvent mourir de la cirrhose**

« *Le pire des cancers en termes d'évolution, c'est le cancer primitif du foie. Il y a 10 ans, on avait 5 000 décès par an, maintenant on est à 7 000. Le cancer du foie est la 4<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez l'homme.* » C'est pourquoi Thierry Poynard, chef du service hépato-gastro-entérologie à l'hôpital la Pitié-Salpêtrière, propose de « *cibler les gens qui peuvent mourir de la cirrhose* ». « *Grâce aux marqueurs non invasifs, on en a la possibilité. Il y a un réservoir gigantesque dans la population des +60 ans chez qui l'hépatite C est liée à une transfusion ou à l'usage de drogues dans le passé. Il faut prendre les gens qui ont la fibrose avancée, c'est-à-dire à mi-chemin de la cirrhose.* »

## **Le « bilan hépatique standard de nouvelle génération »**

*« Changer nos stratégies de dépistage auprès du grand public et des médecins généralistes », voilà ce que veut Thierry Poynard. « Un médecin généraliste voit au maximum un nouveau cas d'hépatite B ou C par an, cela n'est pas très motivant. Dans le bilan hépatique standard, ce qui intéresse tout le monde, ce sont les gamma GT et les transaminases. 25% de la population mondiale ont des anomalies de ces tests. Par conséquent, qu'on s'adresse au médecin généraliste ou au grand public, il faut proposer un bilan sur ce que j'appelle la bande des quatre : hépatites B et C, mais c'est surtout la stéatose (liée à l'alcool ou à l'obésité). 80% des gens ont un foie gras, d'origine métabolique (diabète, lipides, surpoids) ou alcoolique !*

Thierry Poynard fait état de deux expériences prospectives conduites à la Pitié-Salpêtrière, l'une en population générale, l'autre chez les diabétiques. C'est ainsi que les centres de dépistage de la région parisienne, en partenariat avec la CNAM, ont offert à 7 700 personnes un bilan gratuit, auquel on a rajouté les marqueurs non invasifs. Le sujet dépisté comme ayant une fibrose avancée au FibroTest revient à la Pitié-Salpêtrière pour confirmer la cirrhose ou une fibrose avancée au FibroScan. Résultats : *« sur 6 000 personnes, 3% de cette population a une fibrose avancée et 0,4% de cirrhose dépistée. Dans cette population, 80% ont un foie gras, et 20% ont des hépatites B ou C »*. Thierry Poynard insiste sur le fait que *« cette population ne s'était pas du tout reconnue dans les campagnes de prévention précédentes »*.

La deuxième expérience a été menée chez les diabétiques, en hôpital de jour à la Pitié-Salpêtrière dans le service du Pr André Grimaldi. Selon le même principe, on leur a fait systématiquement un dépistage à l'aide de marqueurs non invasifs, FibroTest suivi éventuellement du FibroScan. *« Sur 1 100 patients, on a dépisté 5 cancers primitifs du foie asymptomatiques, 8% de fibrose avancée et une prévalence de la cirrhose qui est le triple mais qui est plus concentrée en hépatites B et C pour les plus graves . »*

Jean-Louis Boujenah, président d'honneur de l'Association nationale des généralistes pour la recherche et l'étude de l'hépatite C (ANGREHC), s'intéresse à ce nouveau bilan standard, à tel point que l'ANGREHC va changer de sigle en devenant l'Association nationale des généralistes pour la recherche et l'étude des hépatites chroniques. *« Si on veut intéresser les généralistes autant au dépistage qu'à la prise en charge, ce n'est pas deux hépatites C qui vont les mobiliser, mais bien toutes les hépatites chroniques. »*

### **Aller au-devant des populations à risque**

Chez les usagers de drogues, le problème est différent. *« 93% ont déjà été dépistés »,* indique Jean-Claude Desenclos. *« Le problème, c'est que les usagers de drogues s'infectent plus vite que le rythme du dépistage. 27% de ceux ayant fait un test et se déclarant négatifs s'avèrent infectés par le VHC par la suite. »* Le responsable du département des maladies infectieuses à l'InVS réclame une meilleure approche des usagers de drogues et de la mise à disposition du dépistage. De même que pour le VIH, il préconise en outre le développement de tests rapides, accessibles dans les lieux de prise en charge en addiction.

Pour le Dr Jean-Michel Delile, les centres de soins aux toxicomanes apparaissent comme un lieu privilégié de dépistage, dans la mesure où *« l'accès à l'hôpital leur est difficile »* et aussi parce qu'ils sont fréquentés par les usagers de drogue *« les plus marginalisés »*. Pour faire front aux freins liés à *« la peur de la biopsie du foie »* et à *« des abords veineux souvent abîmés »*, le FibroScan a donné des résultats *« tout à*

*fait intéressants* » à Bordeaux et il a « *motivé au dépistage* », assure le Dr Jean-Michel Delile, qui réclame « *buvards, salivettes, techniques d'éducation au micro-prélèvement, et toutes les collaborations avec laboratoires d'analyses médicales* ». Les centres d'accueil et de soins (CSAPA, CAARUD) peuvent être des « *lieux utiles de dépistage incluant le prélèvement sanguin, le dépistage non invasif, mais aussi des lieux de suivi non invasif, avec éventuellement une consultation avancée d'hépatologie complétant le suivi psychologique (voire psychiatrique) et social assuré par ces structures...* » Une « *unité de lieu* » qui a déjà « *fait ses preuves dans le Grand Sud-Ouest ainsi que cela a pu être démontré par la richesse et la diversité des expériences présentées lors du 1<sup>er</sup> colloque interrégional Hépatites et addictions coorganisé à Bordeaux le 13 mars dernier par l'ANIT et le Réseau Hépatite C et qui a réuni près de 200 professionnels de ces deux champs* ». Pivot fondamental de la réussite, « *l'alliance thérapeutique avec les patients* ». « *Attention, il ne suffit pas de mettre un FibroScan dans un CSAPA ou un CAARUD, ni même un hépatologue pour résoudre le problème. Ces dispositifs ne fonctionnent qu'à partir du moment où ils sont inclus dans un projet global de soins partagé par l'équipe médico-psychosociale et aussi par le patient.* » Un lieu où Jean-Michel Delile souhaiterait voir plus de « *transdisciplinarité* » avec les infectiologues, hépatologues, généralistes, infirmières, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux.

Autres facteurs à prendre en compte, « *la précarité sociale et l'origine d'un pays de prévalence élevée* ». Selon Jean-Claude Desenclos, des stratégies d'approche et de ciblage des populations comme celles menées dans la région lyonnaise devraient démontrer « *qu'on peut augmenter le rendement du dépistage* ».

Le Dr François Bailly, promoteur du réseau ville-hôpital AVEHC à Lyon, relate une expérience conduite il y a trois ans dans des centres de soins lyonnais prenant en charge des malades précarisés, qu'ils soient associatifs ou institutionnels, dispensaires, médecins du monde. Au programme, la formation des médecins et des travailleurs sociaux, le dépistage et la prise en charge, des consultations spécialisées délocalisées, « *étant entendu que la majorité de ces malades n'avaient pas de médecins traitants* ». Résultat : « *sur 2 000 malades contactés, 500 dépistages ont été proposés, et plus de 6% des malades testés étaient porteurs du VHC.* » Les sans domicile fixe et la population migrante issue principalement de l'Afrique noire et d'Europe de l'est ont été identifiés.

Ce travail a été poursuivi en partenariat avec le centre d'examen de santé de la CPAM missionnée en direction des malades recevant la CMU. Systématiquement proposé, le dépistage des hépatites B et C a révélé un taux de positivité supérieur à 3%.

Même procédure à l'hôpital Avicenne à Bobigny. « *On a établi un partenariat avec le centre de santé de la CPAM qui est à quelques mètres de l'hôpital. Le patient migrant est pris en charge tout de suite sur appel téléphonique* », relate le Pr Dominique Roulot, hépatologue à l'hôpital Avicenne à Bobigny, représentante de l'AFEF. « *Il faut aller au-devant de ces populations à risque. Dans les familles asiatiques ou africaines, plusieurs membres sont souvent touchés et atteints d'hépatopathie chronique. Ces gens-là ne viennent pas voir les hépatologues. Il faut toucher cette population par le biais d'un dépistage au sens large, des maladies métaboliques et des hépatopathies chroniques.* »

## **Un dépistage délocalisé**

« En proposant une information collective dans les missions locales, les foyers de réfugiés ou de Sonacotra, un discours d'éducation à la santé assez large peut aboutir à une proposition de dépistage », poursuit François Bailly, qui conduit actuellement une expérience de ce type en partenariat avec l'ANRS dans les foyers Sonacotra. « Une information collective à l'issue de laquelle on propose une information individuelle avec un relais sur les infirmiers ou les relais santé. Soit on propose de faire un examen de santé au centre d'examen de santé situé à Lyon, soit on organise un centre de dépistage délocalisé au sein du foyer Sonacotra. »

Danièle Desclerc-Dulac souhaiterait que ce type d'actions spécifiques puisse être fait avec d'autres centres en France. « Lorsqu'on va vers des populations ciblées, il faut qu'on ait un langage et des outils adaptés à ce type de populations pour qu'elles puissent véritablement se l'approprier et qu'on engage un dialogue avec elles. »

Jocelyne Vidal, secrétaire de l'association SOS Hépatites, propose quant à elle des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) « mobiles ». C'est déjà le cas à Lyon, où « ils font partie de la délocalisation qu'on a mise en place », précise le Dr François Bailly. « Les médecins des CDAG sont très impliqués dans la formation et dans la journée nationale Hépatites depuis deux ans. »

Jean-Claude Desenclos ajoute que les CDAG ont d'abord eu une fonction sur le VIH étendue ensuite sur les hépatites. « L'anonymat y est un élément fondamental du droit des personnes », un élément « à préserver », parce qu'il lève « un frein » aux hépatites souvent « discriminantes » envers les usagers de drogues ou les personnes en situation illégale.

Le Dr Xavier Aknine, nouveau président de l'ANGREHC, propose quant à lui le dépistage systématique du VHC lors des journées d'appel de préparation à la défense.

## **Un médecin généraliste mieux formé au dépistage**

Et le médecin généraliste dans tout ça ? Philippe Jaury, médecin généraliste, professeur à l'Université Paris Descartes, se réfère à l'étude GYMKHANA de médecine de ville sur le dépistage de l'hépatite C parue en 2005 dans la Revue du Praticien. Réalisée auprès de 80 médecins généralistes et 4 400 patients, elle révèle que « le principal frein du dépistage provenait de la non-prescription du test par le généraliste ». L'analyse des motifs de non-prescription montre que si certains sont incontournables – « quand c'est par exemple un patient rencontré pour la première fois, sauf si le facteur de risque est majeur » –, en revanche, deux causes sont susceptibles d'être clairement améliorées par une action propre du médecin : 71% des causes de non-prescription étaient liées à l'absence d'identification des risques par le médecin, mais dans 8% des cas, le dépistage n'était pas fait malgré un facteur de risque pourtant identifié. « Même en le sachant, le médecin ne le faisait pas », commente Philippe Jaury.

Alors faut-il améliorer la formation des généralistes ? Philippe Jaury reconnaît la nécessité d'une formation à la prévention, au dépistage, à la prise en charge, au diagnostic, à la santé publique. « Par exemple, le généraliste demande toujours à son patient s'il a été opéré. Il devrait s'inquiéter de savoir en quelle année, avant ou après 92 », date de l'affaire du sang contaminé, « en particulier chez les femmes qui ont subi une hystérectomie. » « Le DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale n'a que 200 heures d'enseignement. C'est probablement insuffisant pour répondre à la grande multiplicité des spécialisations. » Par contre,

sur la compliance, l'observance, « on les forme dès le 2<sup>ème</sup> cycle à l'entretien motivationnel, à la réflexion sur les représentations des maladies chez le médecin et chez le patient. »

## **Une couverture maladie pour tous**

Bien qu'ils aient été approuvés par la Haute autorité de santé (HAS), les marqueurs non invasifs d'évaluation de la fibrose Hépatique ne sont à ce jour pas remboursés. Une situation d'autant plus dommageable qu'elle concerne au premier chef les populations précaires, souligne Danièle Desclerc-Dulac, présidente de la Fédération SOS Hépatites, qui pointe « *une nouvelle fois une structuration sociale inégalitaire à l'origine d'inégalités sociales de santé.* » Une révision de la nomenclature s'impose. Actuellement, hormis les cas où elle est obligatoire, la sérologie de l'hépatite B n'est encore prise en charge qu'à 65% par la sécurité sociale, contre 100% pour celles du VIH et du VHC.

Rappelant une récente circulaire de la DGS relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, Danièle Desclerc-Dulac fait le même constat au niveau de la prise en charge. « *Attendre plusieurs mois un rendez-vous chez le psychiatre, ou chez le psychologue, avec tous les problèmes financiers que cela pose. [...] Au niveau des populations précaires, quand on veut les engager dans une procédure de soins, on doit faire preuve de beaucoup de « créativité » pour les faire entrer dans des protocoles et dans des suivis de soins.* ». Les associations de patient s'ont un rôle prépondérant dans cette démarche.

## **« Disease management »**

### **Vers une médecine ambulatoire**

Créé en 2005, le service des affections de longue durée (ALD) à la HAS élabore, à partir des recommandations existantes, des guides médecins actualisés tous les 3 ans. Ces guides permettent de définir la liste des actes et prestations afférent à la maladie traitée, liste actualisée tous les ans : « Déclinaison pragmatique en parcours de soins et à l'usage des médecins traitants », comme le définit le Dr Stéphane Beuzon, chef de projet pour l'ALD 6 "Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses", le guide VHC a vu le jour en mai 2006 et le guide VHB en novembre 2006. « Actuellement nous finalisons le guide cirrhose, prévu courant juin 2008. »

À partir de 2006, des guides patient - remis au moment où celui-ci signe son protocole ALD chez le médecin traitant - ont été élaborés, avec les associations de patients et les représentants des médecins généralistes. « Peut-être évolueront-ils vers des guides de la prise en charge de la maladie chronique », signale Stéphane Beuzon. Cette évolution vers le concept plus général de « maladies chroniques » et de « dispositif d'accompagnement des malades » ou « disease management » fait suite au débat qui a eu lieu sur la qualité du suivi des malades chroniques. « Pour chacune des ALD, nous avons eu un groupe de chiffrage qui a évalué le coût de la maladie, et notamment le reste à charge pour le patient », explique Stéphane Beuzon. On constate de « très importantes disparités en fonction des ALD ». La HAS a donc émis un avis sur les possibilités de réformes du dispositif des ALD.

Une réforme du parcours de soins qui passe aussi par une évaluation de l'utilité, et de l'utilisation des guides sur le terrain : « Comment sont-ils utilisés, sont-ils reçus ? Qu'apportent-ils aux patients ? » demande Stéphane Beuzon. En outre, la HAS

débutent une réflexion sur l'éducation thérapeutique dans le contexte ambulatoire. Replacer l'axe des soins « hospitalo-centrique » qui prévaut pour les hépatites B et C vers « une prise en charge ambulatoire » pour les formes les moins sévères, être « plus opérationnel au niveau du parcours de soins » et engager « une réflexion sur l'évaluation thérapeutique au niveau du patient », tels sont les axes de travail du service ALD qui devient le service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades.

### **Plus de moyens à l'hôpital**

*« Bien sûr que la prise en charge de la majorité des hépatites est ambulatoire, mais il y a nécessité de prendre les cancers, les fins de vie. C'est 70% des patients atteints d'un cancer qui n'ont pas un traitement curatif. On les adopte plus tard et on les accompagne jusqu'au bout. Tout cela embouteille nos services. »* Au nom des soignants, le Pr Stanislas Pol lance un cri d'alarme : *« 80 000 lits ont été supprimés. Il y a eu une augmentation très importante de l'activité à l'hôpital qui fait que la vie des médecins spécialistes devient impossible. »* Le responsable du pôle médico-chirurgical d'hépatogastroentérologie et chef de service d'hépatologie à l'Hôpital Cochin s'estime lésé. *« Dans le cadre des plans Hépatites, on n'a pas eu de moyens depuis 8 ans. On a besoin de moyens médicaux et paramédicaux parce qu'on ne pourra pas continuer comme ça. »*

### **Prévenir les effets secondaires**

Tous les patients n'en profitent pas, mais il y a pourtant des progrès majeurs. Certes, *« grâce aux multithérapies, on guérit 50% des hépatites C »*, assure le Pr Stanislas Pol. Le problème, c'est que *« plus il y a de traitements, plus il peut y avoir d'effets secondaires. Une gestion s'impose. »*

Le traitement de l'hépatite C associant interféron et ribavirine entraîne *« des effets psychiatriques très fréquents »* qui peuvent être vécus comme *« un facteur limitant à l'instauration du traitement »*, estime aussi Nathalie Morgensztejn, de l'Unité Pharmaco-Toxico-Clinique 1 au Département de l'évaluation thérapeutique des demandes d'AMM à l'AFSSAPS.

Les usagers de drogues sont aussi concernés, si l'on en croit Fabrice Olivet, directeur de l'association d'usagers de drogues ou de patients (ASUD). *« Les toxicomanes communiquent beaucoup entre eux et ils entendent que les effets secondaires des traitements sont bien pires que ce qu'ils endurent. Là aussi une réflexion est à mener de la part du corps médical. »*

*« L'arrivée des inhibiteurs de protéase et des inhibiteurs de polymérases va augmenter l'efficacité des traitements de façon très significative et réduire leur durée, et par là même les effets secondaires »*, note cependant le Pr Stanislas Pol.

*« Dans un premier temps, on ne pourra pas se passer de l'association interféron ribavirine »*, anticipe Nathalie Morgensztejn. C'est pourquoi l'AFSSAPS a sollicité un groupe pluridisciplinaire regroupant hépatologues, psychiatres, addictologues pour élaborer une recommandation. *« Là c'est l'effet secondaire qui demande à être pris en charge. On a besoin d'un message clair au sujet de ce qui se passe avant, pendant et après le traitement. »*

Pour le traitement de l'hépatite B, *« on n'a beaucoup moins de soucis aujourd'hui, sous réserve que les patients aient été évalués tôt et que les traitements soient*

*pris* », indique Stanislas Pol. Quatre à cinq traitements... Une prise en charge que Nathalie Morgensztejn juge « assez complexe », d'autant plus que « ces médicaments ont un taux de résistance important et qu'il y a des résistances croisées ». Là encore l'éducation thérapeutique apparaît comme un élément essentiel de la prise en charge.

## **Accompagner le malade**

Cette mise au point de l'AFSSAPS encourage un partenariat multidisciplinaire quand on sait à quel point c'est difficile d'obtenir une consultation chez le psychiatre. « *Plusieurs mois en fonction des départements ou des zones géographiques* », selon Danièle Desclerc-Dulac. Mais pour la présidente de l'association SOS Hépatites, « *La première prise en charge doit permettre appréhender l'aptitude du patient à entrer dans le parcours de soin. Il est donc nécessaire de pouvoir l'orienter vers un psychologue ou un psychiatre qui représentera « l'accompagnant » qui fera accepter le traitement au patient et le préparera à celui-ci.* »

Longtemps « *le parent pauvre* » de la prise en charge, l'accompagnement médico-social et psychologique a fait ses preuves selon Jean-Claude Desenclos. « *En améliorant l'adhésion ou l'observance de 15 à 30%, on améliore l'efficacité du traitement dans les mêmes proportions* ».

Cet accompagnement, François Bailly y travaille dans le centre d'examen de santé à Lyon. « *On a créé des liens pour faciliter la prise en charge par le médecin traitant ou via la consultation hospitalière. Actuellement, et de plus en plus, très tôt après l'annonce du dépistage on propose au malade de rencontrer l'infirmière d'éducation thérapeutique. Dès le rendu de résultats, le patient va voir l'hépatologue pour que la prise en charge puisse être initiée.* »

Un partenariat entre professionnels et patients également indispensable dans les centres de soins aux toxicomanes. Pour Jean-Michel Delile, « *il est important que les centres puissent choisir des référents susceptibles de centrer leurs actions sur l'éducation thérapeutique mais aussi sur les liens à mettre en place avec le secteur social, pour que les prises en charge soient réellement efficaces. Nous demandons ainsi le développement d'appartements de coordination thérapeutique mais aussi des moyens nouveaux pour que les centres d'hébergement et les centres de soins résidentiels pour toxicomanes puissent être en mesure de s'ouvrir réellement à ces problématiques-là.* »

## **Attention aux pratiques de soins !**

L'éducation thérapeutique s'adresse aussi directement aux professionnels de santé. Claude Rambaud, présidente de l'association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales (LIEN), fait référence à une communication de l'OMS sur la transmission des hépatites par les injections dans les pratiques de soins. « *En France aussi, nous avons des réutilisations de seringues, notamment en anesthésie, parce que certains produits sont très chers.* » Jean-Claude Desenclos pointe en particulier « *l'usage de flacons multidoses qui devrait être banni* ». Et si « *d'énormes progrès ont été faits sur les risques transfusionnels* », pour le Pr Dominique Roulot, hépatologue à l'hôpital Avicenne à Bobigny, « *il y a encore des erreurs de consommables réutilisés.* Dominique Roulot s'est livrée à une petite enquête au sein de son hôpital. « *Je me suis rendue compte qu'un pourcentage élevé d'infirmières*

*ne portent jamais de gants lors des prélèvements. Les messages ne sont pas toujours passés, y compris dans les hôpitaux. »*

La présidente du LIEN attire également l'attention sur la désinfection des sondes d'échographie endocavitaire. *« Le VHC reste présent 48h dans les matières organiques. La recommandation préconisait l'usage de lingette, que nous avons jugé insuffisant. »* L'AFFSAPS a engagé une étude sur cette question. Par ailleurs, *« on ne parle pas suffisamment des actes invasifs en médecine de ville, tels que la mésothérapie. Nous avons obtenu un texte sur le piercing, mais il faudra aller plus loin, avec le développement des entreprises de la beauté, en particulier les manucures, la mode des ongles très longs. »*

## **Cibler la prévention**

La prévention est bien entendu au cœur de ce dispositif, même si les campagnes posent de nombreux questionnements. Olivier Mariotte insiste sur *« une nécessaire prise en compte et prise de conscience au niveau de la société »*. Prise en compte des bassins de vie, usagers de drogues, migrants, populations à risques ; prise de conscience du vaccin contre l'hépatite B dans un pays où la couverture vaccinale est largement en dessous de nos voisins européens en raison de *« freins non-médicaux, complètement irrationnels »*.

## **Une maladie honteuse**

Fabrice Olivet se souvient des campagnes de lutte contre le Sida qui favorisaient l'inclusion des usagers de drogues grâce à la substitution ou au programme d'échanges de seringues. *« À l'inverse, la peur du traitement et la stigmatisation des malades atteints d'hépatite poussent au refus du dépistage ou même au refus d'apparaître comme des malades. »* Pour Jean-Michel Delile, cela ne fait aucun doute. *« On sait que la prévention du Sida a pu se développer réellement à partir du moment où il y a eu une réelle collaboration entre professionnels et patients. »*

À un moment où l'on reparle de consommation d'héroïne et où la consommation de cocaïne explose, le débat est relancé, et ce d'autant plus qu'un usager de cocaïne par voie injectable *« fait plus d'injections et risque de se contaminer encore plus vite qu'un héroïnomane »*, note Jean-Michel Delile.

*« En matière d'injection, l'éducation à la santé serait efficace à 100% dans la prévention des hépatites »,* estime Fabrice Olivet. *« Cela implique de former les usagers de drogues au shoot à risque réduit, en tenant compte de toutes les étapes, la cuillère, le filtre, l'eau, le support. Mais former les usagers de drogues suppose d'abord de pouvoir les rencontrer. Et cela nécessite par ailleurs de connaître les techniques d'usages en cours dans la rue. »* Or à ce jour le directeur d'ASUD observe qu'il n'existe aucun document sur le sujet. *« Le shoot à risque réduit a disparu du catalogue de l'InVS contrairement à celui de 1994 élaboré dans le cadre de la lutte contre le Sida. »* Et de mettre en garde contre le discours de répression de l'usage : *« la population à risque n'est pas reconnue. La prévention s'adresse à une population qui n'est pas incluse dans la société, ni socialement, ni moralement. La médicalisation des prises en charge ne doit pas servir de paravent à une nouvelle phase de moralisme anti-drogue, anti-tabac ou anti-alcool. »*

Cette perception négative de la maladie, on la retrouve chez les migrants, où il y a *« un problème de culture et de stigmatisation du risque infectieux »*, selon Dominique

Roulot. *« L'hépatite C reste pour eux une maladie honteuse au même titre que le Sida. C'est très difficile de les amener au dépistage. C'est très difficile de faire passer le message de la prévention dans l'entourage, de la vaccination contre l'hépatite B. Ils ne vont pas en parler. Et pourtant, dans les foyers, la promiscuité accroît les risques, ne serait-ce qu'avec le partage des rasoirs... »*

Au niveau européen, Jean-Michel Pawlotsky note que *« la stigmatisation importante de l'hépatite virale chronique liée au mode d'acquisition pose problème pour le dépistage, en particulier dans certains pays d'Europe. »* Les hépatites, une maladie tabou ? Philippe Jaury cite une expérience menée en Angleterre sur le dépistage de l'alcoolisme. *« Tous les médecins généralistes avaient obligation de parler d'alcool, de donner un document. On s'est aperçu qu'il y avait trois catégories socio-professionnelles de patients chez qui le médecin ne le faisait pas. L'étude ne prévoyait pas s'ils ne le faisaient pas. »*

Et en France ? On ne reviendra pas sur les 8% de non-prescription du test VHC par un médecin traitant malgré un facteur de risque pourtant identifié (source : étude GYMKHANA). Pour le Dr Xavier Aknine, président de l'ANGREHC, *« on ne peut pas faire l'économie d'un travail sur les représentations en matière d'usages de drogues ou de pratiques sexuelles. En cabinet, il y a des informations qui ne passent pas à la première consultation, mais petit à petit, ce qui prouve qu'on doit s'installer dans la durée. »*

### **Pas de prévention sans vaccination**

Second chantier majeur de la prévention : la vaccination contre l'hépatite B. En France, les chiffres sont très bas, 26% de couverture vaccinale à 2 ans, alors qu'en Italie on atteint plus de 90%. *« Il va falloir mobiliser les acteurs de santé, les parents, les éducateurs de santé, sachant que le vaccin reste inscrit au calendrier vaccinal dans les vaccins recommandés »,* déclare Xavier Aknine. *« Chez le nourrisson, l'enfant et le préadolescent il n'y a pas de discussion sur le bénéfice risque. Et pourtant elle n'est pas pratiquée. »*

Pour Xavier Aknine, c'est un problème de calendrier vaccinal. *« Dans la stratégie du médecin généraliste, il faut arriver à caser le vaccin à un moment opportun, que je situe à 1 an ou à 2 ans. »*

### **Fausse rumeur et désinformation**

Pour le Pr Dominique Roulot, c'est un problème de « désinformation ». *« J'ai régulièrement des appels d'élèves infirmiers à qui leur médecin généraliste a remis un certificat contre-indiquant la vaccination parce que dans la famille il y a eu un cas de sclérose en plaques chez l'arrière-grand-mère. »*

Même son de cloche du côté des centres de vaccination. Didier Seyler, qui s'occupe de la politique de vaccination à la direction de la Santé Publique de la ville de Marseille constate que *« tous les jours des gens refusent de se faire vacciner contre l'hépatite B. Chaque mois quelqu'un affirme qu'il a eu dans son entourage une pathologie grave, sclérose en plaques ou autre, suite à la vaccination. Dans l'autoquestionnaire, j'ai été obligé de laisser la question « avez-vous personnellement eu une sclérose en plaques ? », simplement parce que mes infirmières refuseraient de cautionner et qu'au niveau de la hiérarchie on veut se couvrir juridiquement. »*

Didier Seyler fait aussi observer que dans les forums de discussion sur Internet la tendance est à « *l'anti-vaccination, propagande de rumeurs et diffusion de fausses informations scientifiques* ». Des forums où « *les institutions et les sociétés savantes sont toujours absentes* », surenchérit Olivier Mariotte, qui propose d'intégrer ce média « *extrêmement efficace et extrêmement délétère* » à la communication sur les hépatites.

### **Les données rationnelles sur la sclérose en plaques**

La rumeur selon laquelle le vaccin contre l'hépatite B serait à l'origine de scléroses en plaques a largement contribué en France à son désaveu. Le Pr Thibault Moreau, chef du service de neurologie au CHU de Dijon, revient sur l'historique de cette rumeur. « *Il y a toujours eu une quête d'une cause pour cette maladie du système nerveux central, extrêmement imprévisible* », et donc propice à « *l'amalgame* », parce qu'elle touche aussi les 25-35 ans, « *une population d'adultes jeunes en pleine période de projet d'existence. Il est très difficile de lutter contre cette croyance.* »

On connaît un tableau clinique d'inflammation aiguë du système nerveux central post-vaccinal avec un seul épisode. Il ressemble à une poussée de sclérose en plaques, qui est une maladie chronique qui donne des à-coups inflammatoires. Dans les années 80, il y a eu une alerte sur des sujets de 25-35 ans qui ont eu une première manifestation neurologique compatible avec un premier événement de sclérose en plaques. On a retrouvé des antécédents de vaccination, au départ dans les mois précédents, puis dans les années antérieures. Des études cas-témoins, essentiellement en France, ont alors montré à l'interrogatoire une augmentation de la population vaccinée par rapport à une population non-vaccinée. Les neurologues ont alors produit de nombreuses études épidémiologiques publiées dans les plus grandes revues internationales. Thibault Moreau cite une étude canadienne, où l'on a comparé 290 000 adolescents vaccinés par rapport à 290 000 non-vaccinés : « *pas d'augmentation de l'incidence de la maladie* ». « *Même résultat chez plusieurs centaines de milliers de jeunes infirmières américaines.* » La communauté internationale s'est alors désintéressée de la question, à l'exception de quelques irréductibles Français.

11 études cas-témoins ont suivi, poursuit Thibault Moreau. « *Sur l'ensemble de ces données, sur un plan collectif, on n'a pas d'argument pour affirmer que la vaccination contre l'hépatite B est capable de déclencher la sclérose en plaques.* » Dans les données les plus récentes, on a examiné, chez des gens qui faisaient une poussée nette de sclérose en plaques, s'il y avait eu une vaccination contre l'hépatite B dans les 2 mois qui précédaient. « *La réponse est NON.* » En 2007, une autre étude a été réalisée sur des enfants qui avaient fait un 1<sup>er</sup> épisode inflammatoire du système nerveux central. On a regardé chez ces enfants qui recevaient le vaccin contre l'hépatite B s'ils n'avaient pas plus tendance à faire un deuxième épisode. « *De nouveau, la réponse c'est NON* », affirme enfin le Pr Thibault Moreau.

### **Des campagnes sans ambiguïté**

Daniel Dhumeaux, hépatologue à l'hôpital Henri-Mondor à Créteil, part de l'hypothèse que la sclérose en plaques est la maladie la plus fréquente en neurologie chez les jeunes et en médecine générale une des maladies chroniques les plus fréquentes, « *donc la rencontre était totalement inévitable. Quand on vaccine plus*

*de 50% de la population, un quart des sclérose en plaques vont survenir après les vaccinations ».*

Le Dr Jacques Fiorentino, spécialisé dans les problématiques d'accompagnement, situe la responsabilité au niveau politique. « *La genèse de cette croyance est venue de deux ministres de la santé français de l'époque. On disait en gros : ne le faites pas pour les enfants, mais vous pouvez continuer à le faire pour les adolescents.* » Jean-Michel Delile a lui aussi connu l'intervention du Secrétaire d'Etat. « *À l'époque, en 1998, nous recevions des caisses d'Engerix B apportées par la Croix-Rouge à des centres d'addictologie impliqués dans la prévention de l'hépatite B et, par exemple, nous vaccinions à tour de bras dans notre programme d'échanges de seringues à Bordeaux. Du jour au lendemain, les usagers de drogues n'en ont plus voulu, en disant : « c'est dangereux pour les enfants..., c'est tout juste bon pour les toxicos... »*

Olivier Mariotte propose que les médias et les différents groupes d'influence reprennent ces « *données très rationnelles* » issues des neurologues dans « *un document léger d'information* ».

À qui le destiner ? Stanislas Pol cite une enquête de l'INPES qui a clairement montré que c'étaient les médecins qui freinaient la vaccination. « *Il faut convaincre les médecins, généralistes et pédiatres, les médecins du travail. Cette conviction ne pourra être admise qu'avec une décision politique de reprise de la vaccination.* »

« *On ne pourra pas s'en sortir avec des demi-mesures.* » Didier Seyler demande deux campagnes, « *une campagne grand public cautionnée par l'état et une campagne vers les vaccineurs potentiels que sont les médecins généralistes et les pédiatres* ».

Quel argument choisir ? Xavier Aknine reste persuadé que « *ce qui domine chez les généralistes, ce sont les croyances ...Ce qu'il faut poser, c'est le rapport bénéfices/risques.* » L'hépatite B tue 1 500 personnes par an. S'il n'y a pas de vaccination, on peut craindre une montée de ces chiffres dans les années à venir. Les familles ne pourront pas rester insensibles à cet argument.

Une idée qui semble plaire au Pr Thibault Moreau. « *Peut-être que les neurologues et hépatologues doivent parler ensemble, en termes de bénéfices-risques-coïncidences. Jamais on a étudié le bénéfice de la vaccination par rapport au risque.* »

## **Un 3<sup>ème</sup> Plan Hépatites**

Le Pr Daniel Camus décline les grands axes d'un nouveau Plan Hépatites en préparation : augmenter sensiblement la proportion de personnes diagnostiquées pour permettre un accès aux soins plus précoce et prévenir des complications ; prendre en compte un nouveau marqueur de risque identifié : « la précarité » ; faire évoluer la prise en charge de l'hépatite C entre la ville et l'hôpital par la mise en place d'un lien effectif entre le médecin traitant et le spécialiste de l'hépatite C ; mieux former les médecins et évaluer l'implication des recommandations professionnelles ; articuler l'intervention des différents professionnels de santé médicaux et non médicaux, addictologues, psychiatres, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, intervenants en toxicomanie ; développer l'éducation thérapeutique pour aider le patient à être un acteur dans la gestion de ses soins et de sa maladie ; renforcer le partenariat avec les associations de patients. « *D'ici*

*2011, l'objectif est de réduire de 20% la morbi-mortalité liée aux hépatites virales B et C et de faire baisser la prévalence et le nombre des infections. Ce plan doit s'articuler avec d'autres plans, en particulier le plan pour « l'Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » et celui de « la Prise en charge et la prévention des addictions », qui doivent tous deux s'étaler de 2007 à 2011. »*

Parmi les priorités, le Pr Daniel Camus annonce de nouveaux messages de prévention, destinés au grand public et en particulier aux jeunes, élaborés avec des professionnels de la communication, des sociologues et des psychologues. En direction des médecins, il sera demandé à l'INPES d'élaborer un document pour les inciter à proposer la vaccination contre l'hépatite B aux nourrissons et aux enfants selon les recommandations du calendrier vaccinal.

Le dépistage étant un véritable « défi », un ensemble de mesures seront destinées à créer de nouvelles conditions pour un dépistage accru et atteindre des populations qui ne sont pas informées qu'elles ont été exposées au risque. *« Dès 2008, les usagers de drogues pourront bénéficier d'une prise en charge à 100 % du dépistage de l'hépatite B et de la vaccination chez les personnes non immunisées, de consultations et de cours séjours d'addictologie. »*

Une prise en charge plus globale sur les plans sanitaire et social permettra d'assurer une vigilance étroite chez les sujets qui présentent des troubles psychiatriques ou des addictions, et de mieux prendre en compte les effets indésirables des traitements. On proposera des mesures adaptées au milieu carcéral.

Dernière priorité, la réorganisation du dispositif de soins autour du médecin traitant en liaison avec les différents acteurs médicaux ; une plus grande implication de la médecine de ville, avec le transfert de l'hôpital vers la ville de la prise en charge des formes non compliquées ; le respect des référentiels de la HAS ; le développement de la formation des professionnels médicaux, paramédicaux et des travailleurs sociaux.

# ANNEXES

# Hépatite C

**Du dépistage  
au traitement**

**Questions et réponses  
à l'usage des patients**

# Sommaire

## Objectifs et mode d'utilisation du livret

## L'hépatite C : questions et réponses

### Généralités

- 1 • Qu'est-ce qu'une hépatite ? ..... p.09
- 2 • Qu'est-ce qu'un virus ? ..... p.09
- 3 • Combien de personnes sont concernées  
par le virus de l'hépatite C ? ..... p.10
- 4 • Comment se transmet le virus de l'hépatite C ? ..... p.10

### Du dépistage au traitement

- 5 • Existe-t-il des symptômes spécifiques de l'hépatite C ? ..... p.12
- 6 • Quels sont les examens pour rechercher une infection  
par le virus de l'hépatite C ? ..... p.12
- 7 • Peut-on avoir un test de dépistage positif  
sans avoir d'hépatite C ? ..... p.14
- 8 • Comment évolue l'hépatite C ? ..... p.14
- 9 • Comment évaluer la gravité de la maladie :  
biopsie du foie et autres examens ? ..... p.15
- 10 • Quel suivi médical une hépatite C nécessite-t-elle ? ..... p.15
- 11 • À quoi servent les traitements de l'hépatite chronique C ? ..... p.16
- 12 • Quels sont les médicaments utilisés pour lutter contre le virus ? ... p.17
- 13 • Quels sont les inconvénients de l'interféron et de la ribavirine ? ... p.18
- 14 • Quelles sont les modalités du traitement antiviral ? ..... p.19
- 15 • Quelle est l'efficacité du traitement antiviral ? ..... p.20
- 16 • Qui est traité ? ..... p.21

### Prise en charge globale

- 17 • Par qui se faire aider ? ..... p.22
- 18 • À qui parler de sa maladie en cas de besoin ? ..... p.22
- 19 • Quelles sont les précautions à prendre vis-à-vis  
de son entourage ? ..... p.22
- 20 • Faut-il suivre un régime alimentaire particulier  
en cas d'hépatite C ? ..... p.23

<b>21</b>	• Peut-on se faire vacciner contre d'autres hépatites virales ? . . . . .	p.24
<b>22</b>	• La grossesse est-elle possible en cas d'hépatite C ? . . . . .	p.24
<b>23</b>	• Quels sont les dispositifs de prise en charge de l'hépatite C ? . . . . .	p.24
<b>24</b>	• Qu'est-ce qu'un réseau de soins ? . . . . .	p.25
<b>25</b>	• La prise en charge par la Sécurité sociale . . . . .	p.25
<b>26</b>	• La Couverture maladie universelle et l'aide médicale d'État . . . . .	p.26
<b>27</b>	• L'allocation adulte handicapé (AAH) et la Cotorep . . . . .	p.27
<b>28</b>	• Que faire vis-à-vis des banques et des assurances ? Quel recours si vous n'êtes pas d'accord ? . . . . .	p.28
<b>29</b>	• Quelle attitude adopter vis-à-vis de son employeur ? . . . . .	p.28
<b>30</b>	• Quel est le rôle des associations de patients ayant une hépatite C ?	p.28

## Fiches

<b>1</b>	• Les fonctions du foie. Comment protéger son foie ? . . . . .	p.29
<b>2</b>	• La biopsie du foie et autres évaluateurs de fibrose . . . . .	p.30
<b>3</b>	• Hépatite virale C et procréation . . . . .	p.32
<b>4</b>	• Hépatite C chez l'enfant et l'adolescent . . . . .	p.34
<b>5</b>	• Usage de drogues et hépatite C . . . . .	p.36
<b>6</b>	• Milieu carcéral et hépatite C . . . . .	p.39
<b>7</b>	• Tatouage, piercing, actes de modification corporelle et hépatite C . . . . .	p.41
<b>8</b>	• Personnes atteintes par le VHC et par le VIH (co-infection) . . . . .	p.42
<b>9</b>	• La cirrhose . . . . .	p.44
<b>10</b>	• Sélection de sites Internet et numéros Verts relatifs à l'hépatite C . . . . .	p.50
<b>11</b>	• Liste d'associations de lutte contre l'hépatite C . . . . .	p.51
<b>12</b>	• Liste des pôles de référence hépatite C . . . . .	p.55

## Glossaire

## Contributions à la réalisation de ce document

# Objectifs et mode d'utilisation du livret

Ce livret contient l'essentiel des connaissances actuelles sur l'hépatite C.

Il a été réalisé pour répondre aux questions que se posent les personnes atteintes d'hépatite C et leur entourage.

Le livret propose des informations générales sur l'hépatite C sous forme de réponses à une série de questions complétées par des fiches thématiques abordant chacune, de façon plus approfondie, un aspect particulier de l'hépatite C. Si vous avez besoin d'éclaircissements ou de précisions complémentaires, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin et aux associations de personnes atteintes.



# Hépatite C

**dépistage  
et prise en charge**

**Questions et réponses**

Etat des connaissances : 2007



# L'hépatite C : questions et réponses

## Généralités

### 1 • Qu'est-ce qu'une hépatite ?

L'hépatite<sup>1</sup> est une *inflammation* des cellules du foie souvent causée par des virus (hépatite virale).

Cette inflammation peut également être provoquée par une *consommation excessive d'alcool* dite « à risque », certains médicaments, une obésité, un trouble du système de défense de l'organisme.

L'hépatite est appelée « *aiguë* » au moment du contact de l'organisme avec le virus de l'hépatite. *L'hépatite aiguë* peut provoquer une fatigue, des nausées, des douleurs au niveau du foie précédant l'apparition des urines foncées et d'une jaunisse (*l'ictère*). Elle peut aussi ne donner aucun symptôme et passer inaperçue. C'est le plus souvent le cas.

L'hépatite est dite « *chronique* » quand elle persiste au-delà de six mois après l'infection initiale de l'organisme par le virus.

Seuls les virus B, C et D peuvent provoquer une hépatite chronique.

En France, l'infection par le virus de l'hépatite C est la cause la plus fréquente des hépatites chroniques virales.

Il existe des vaccins qui protègent des hépatites A et B, mais il n'existe pas à ce jour de vaccin qui protège contre l'hépatite C.

### 2 • Qu'est-ce qu'un virus ?

Les virus sont des agents infectieux de très petite taille qui ont besoin de cellules vivantes pour se multiplier. Le virus de l'hépatite C (VHC) a été identifié en 1989. La première génération de tests de dépistage a été disponible en mars 1990. Quatre autres virus peuvent être aussi la cause d'une hépatite virale (A, B, D, E). Une personne peut être infectée par plusieurs de ces virus, en même temps ou à des moments différents.

Il existe plusieurs variétés de virus C réparties en groupes dits « *génotypes* » classés de 1 à 6.

<sup>1</sup> Mots en italique : une définition est donnée dans le glossaire à partir de la page 65.

### 3 • Combien de personnes sont concernées par le virus de l'hépatite C ?

On estime que 3 % de la population mondiale sont porteurs du virus de l'hépatite C (VHC). En France métropolitaine, en 2004, le pourcentage de personnes âgées de 18 à 80 ans présentant des anticorps anti-VHC positifs est estimé à 0,84 %, soit 360 000 personnes (enquête nationale 2003-2004 auprès d'assurés sociaux, Institut de veille sanitaire).

À titre de comparaison, 130 000 sont porteuses du virus du sida, 300 000 de l'antigène HBs spécifique du virus de l'hépatite B.

### 4 • Comment se transmet le virus de l'hépatite C ?

**• La contamination par le virus de l'hépatite C (VHC) se produit principalement lorsque le sang d'une personne infectée par le VHC entre en contact avec le sang d'une personne indemne. C'est le cas dans les situations suivantes.**

**– Avant 1992, par l'administration de produits sanguins**

Souvent les personnes ignorent qu'elles ont reçu des produits sanguins (transfusions de sang, injections de ses dérivés comme le plasma ; facteurs de coagulation ; *fractions coagulantes*, par exemple facteurs anti-hémophiliques...).

On considère que des produits sanguins ont pu être administrés au cours :

- d'une greffe ;
- d'une intervention chirurgicale importante ;
- d'une hospitalisation en réanimation ;
- d'une hémorragie digestive ;
- d'un accouchement compliqué ;
- de soins en néonatalogie, en pédiatrie pour une maladie grave.

Depuis 1992, un test de dépistage du VHC performant sur les dons de sang, associé à d'autres mesures, a permis de réduire considérablement le risque. En 2001, l'introduction d'un nouveau test plus performant sur les dons de sang (la recherche du génome du virus) rend ce risque de contamination exceptionnel.

**– Quelle que soit la date, lors d'un usage de drogues par voie intraveineuse**

L'usage de drogues par voie intraveineuse, passé ou actuel, même une seule fois, est source de contamination du fait du partage des seringues et/ou du partage du matériel de préparation.

Cette pratique est actuellement le mode le plus fréquent de contamination par le VHC. L'usage de drogues par voie nasale est probablement aussi un mode de contamination du fait du partage d'une même paille.

• **Le contact avec du sang infecté peut se produire dans d'autres circonstances.**

– **Lors d'actes invasifs et d'effractions cutanées**

Des instruments ou des aiguilles souillés de sang infecté et insuffisamment désinfectés peuvent être source de contamination lorsqu'ils sont mis en contact avec des muqueuses (bouche, tube digestif...) ou lorsqu'ils sont utilisés pour percer ou couper la peau :

- au cours d'actes dits « invasifs », tels que l'endoscopie lors d'une hospitalisation, surtout avant 1997, et de l'hémodialyse. On parle, dans ces cas, de contamination « nosocomiale » ;
- lors de séances d'acupuncture, si les aiguilles ne sont pas jetables ou à usage personnel ;
- lors de la mésothérapie si le matériel n'est pas à usage unique ;
- au cours d'actes non médicaux (tatouage, piercing, dermatographie, rasage...) ;
- et du fait du partage, avec une personne atteinte, d'objets de toilette coupants ou pouvant faire saigner.

Tout matériel médical ou non médical pouvant être en contact avec le sang, réutilisable et mal stérilisé peut transmettre le VHC

– **Par transmission de la mère à l'enfant**

Le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant est estimé à moins de 5 % en l'absence de co-infection par le VIH (virus du sida). Il est beaucoup plus élevé (20 %) quand la mère est infectée en même temps par le VIH.

La transmission a lieu très probablement lors de l'accouchement.

L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué. Il est cependant déconseillé lorsque l'hépatite maternelle est symptomatique et si la mère est également atteinte par le VIH (en raison des risques de transmission à l'enfant du VIH et du VHC).

• **La transmission par voie sexuelle est très faible**

Le risque de transmission du VHC par voie sexuelle est très faible, qu'il s'agisse de rapports hétérosexuels ou homosexuels. Elle est toutefois possible, en particulier à l'occasion de rapports pendant les règles, en cas d'infections génitales (herpès...) ou de lésions des organes sexuels. Certaines pratiques sexuelles traumatiques et sanglantes peuvent être responsables de la transmission du VHC.

La situation à risque à l'origine de l'infection n'est pas retrouvée dans environ 20 % des cas (contamination ancienne, causes multiples...).

# Du dépistage au traitement

## 5 • Existe-t-il des symptômes spécifiques de l'hépatite C ?

**NON.** La plupart du temps, l'infection par le virus C passe inaperçue. La principale manifestation possible de l'hépatite chronique C est un état de fatigue prolongé et inexpliqué. L'intensité de la fatigue n'est pas proportionnelle à l'intensité de l'hépatite.

En cas de *cirrhose*, certaines complications peuvent apparaître, en particulier : hémorragie digestive et de l'œsophage, présence de liquide dans l'abdomen appelé « *ascite* », œdèmes. Dans ce cas, il s'agit d'une *cirrhose décompensée*. Une cirrhose compensée ne présente, elle, aucune de ces complications.

D'autres symptômes, qui ne sont pas propres à l'hépatite C et sont appelés « manifestations extra-hépatiques », peuvent exister : troubles anxieux (irritabilité, incapacité à se reposer, insomnie...), troubles dépressifs (tristesse, pleurs inexpliqués, idées noires ou suicidaires...), douleurs des os et/ou des articulations, problèmes cutanés, etc.

## 6 • Quels sont les examens pour rechercher une infection par le virus de l'hépatite C ?

**Le test de dépistage** : à partir d'une prise de sang, ce test dépiste des *anticorps* témoins d'un contact avec le virus de l'hépatite C. Un test positif doit être confirmé par une seconde prise de sang.

Ce test de dépistage, prescrit par un médecin, est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale. Il peut aussi être réalisé dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sans avance de frais.

La positivité du test n'implique pas forcément l'existence d'une hépatite virale C chronique (voir la question 7).

**Le dosage des transaminases** : les *transaminases (ALAT/SGPT)* sont des enzymes libérées dans le sang par le foie en cas d'agression. Leur dosage nécessite une prise de sang. L'augmentation des transaminases suggère en général qu'il y a une hépatite, c'est-à-dire une inflammation du foie. Il n'y a pas de relation directe entre l'augmentation des transaminases et les symptômes de l'hépatite, ni entre le niveau des transaminases et l'importance des lésions du foie (*fibrose*).

**La recherche du virus C dans le sang** : il s'agit, à partir d'une prise de sang, de détecter le génome (*ARN*) du virus, qui se trouve ainsi directement mis en évidence par une technique dite de « *PCR* ». Cet examen est recommandé pour tous les patients pour lesquels un dépistage anticorps anti-VHC est positif.

- Si la recherche du virus C par PCR, pratiquée à plusieurs reprises, est toujours négative, la personne n'est pas porteuse du virus. Elle a spontanément éliminé le virus et est considérée comme guérie. Pour plus d'informations, se reporter à la question 8.
- Si la recherche du virus C par PCR est positive, la personne est porteuse du VHC et nécessite un suivi médical.

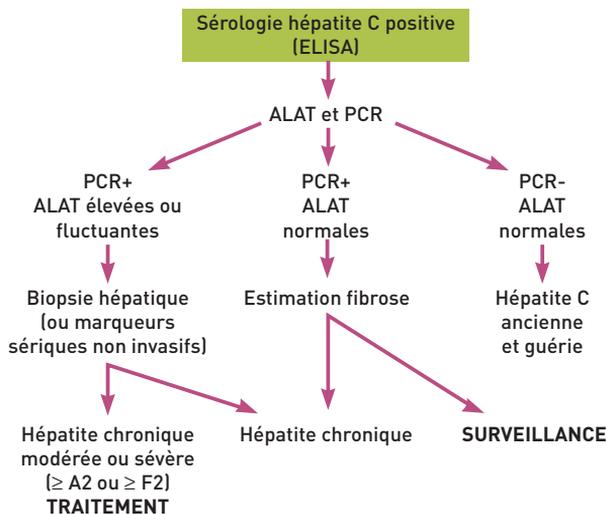


Figure. Les examens et le suivi médical

**La mesure de la charge virale sert à déterminer la quantité de virus présente dans le sang.** Elle permet de vérifier l'efficacité du traitement et, dans certains cas, de déterminer la durée du traitement.

**La détermination du génotype du virus** sert à évaluer les chances de guérison par le traitement (qui est plus efficace sur les génotypes 2 et 3) et à déterminer la durée du traitement.

En cas de résultat de dépistage positif, tous les examens biologiques nécessaires pour compléter le diagnostic d'hépatite C sont remboursés à 100 % par la Sécurité sociale. Les conditions de leur remboursement sont précisées dans l'arrêté du 7 février 2001 (JO du 14 février 2001, page 2469).

## 7 • Peut-on avoir un test de dépistage positif sans avoir d'hépatite C ?

**OUI.** Il s'agit de la situation de personnes chez qui des anticorps contre le VHC ont été détectés par le test de dépistage. Ces personnes ont été infectées par le VHC au cours de leur vie, mais ont éliminé le virus C, soit naturellement, soit à l'aide d'un traitement.

À la suite de l'hépatite aiguë et en l'absence de traitement, environ 35 % des personnes contaminées par le VHC ne développent pas d'hépatite chronique. Elles éliminent le virus et guérissent naturellement. La jaunisse, quand elle existe, va disparaître progressivement et les transaminases redevenir normales. Le virus C, recherché dans le sang par un examen dit « PCR », disparaît également. La PCR devient négative.

En revanche, les anticorps dirigés contre le VHC persistent en général dans le sang. La présence de ces anticorps ne signifie donc pas que la personne est atteinte d'une maladie évolutive : elle témoigne seulement qu'elle a été infectée par le virus.

## 8 • Comment évolue l'hépatite C ?

Chez les personnes qui n'ont pas éliminé spontanément le virus (66 %), l'hépatite C devient *chronique*.

Dans la majorité des cas, l'hépatite chronique n'entraîne pas de *fibrose* importante. Cependant, dans 20 % des cas, elle peut évoluer vers une *cirrhose*, le plus souvent longtemps après la contamination (voir fiche 9).

La fibrose est comme une « cicatrice » provoquée par l'atteinte des cellules du foie par le virus C. La fibrose peut lentement évoluer vers la cirrhose. La cirrhose est une désorganisation de l'architecture du foie, avec présence importante de fibrose. Peu à peu, le fonctionnement du foie est altéré. En l'absence de cirrhose, les complications sont rares.

Plusieurs facteurs aggravant la fibrose sont connus : la consommation d'alcool (vin, bière, cidre, alcool fort, vin doux, etc.), le tabac, l'obésité mais aussi l'excès de poids. Les caractéristiques virologiques ne sont pas facteurs d'aggravations. Il n'y a pas de génotype plus graves mais des génotypes plus difficiles à traiter.

La vitesse d'évolution est très variable d'une personne infectée par le VHC à une autre. Lorsqu'une hépatite C s'aggrave, c'est toujours progressivement, sur de longues années. Les formes rapidement évolutives sont exceptionnelles.

La cirrhose peut entraîner des complications, et parfois évoluer vers un cancer du foie.

L'évolution de l'hépatite chronique C peut être modifiée par un traitement efficace.

## 9 • Comment évaluer la gravité de la maladie : *biopsie* du foie et autres examens ?

Généralement, la mise en route d'un traitement dépend :

- de la gravité de la maladie (état du foie) ;
- de la probabilité que le traitement soit efficace (c'est le cas des personnes atteintes par un génotype 2 ou 3) : dans ce cas, on peut traiter sans avoir forcément évalué la gravité de la maladie ;
- de la motivation des personnes à se faire traiter, même si elles ne rentrent pas dans les cas de figure ci-dessus.

Pour évaluer l'état du foie, l'examen le mieux validé est la biopsie du foie. Elle consiste en un prélèvement et une analyse au microscope d'un fragment de quelques millimètres du foie. Habituellement, elle est réalisée lorsqu'il y a une élévation des transaminases et que la PCR est positive. La biopsie du foie est pratiquée dans un service spécialisé d'un établissement hospitalier public ou privé, généralement sous anesthésie locale. L'hospitalisation dure de 10 à 24 heures, selon les situations personnelles (voir fiche 2).

**La biopsie du foie** est nécessaire actuellement pour évaluer :

- l'activité de l'hépatite C ;
- les éventuelles conséquences sur le foie, l'importance de la fibrose, mais aussi d'autres complications éventuelles ;
- l'indication ou non d'un traitement de l'hépatite C.

Elle donne une information sur l'importance de la fibrose et sur l'activité de l'hépatite. Cela est traduit sous forme d'un score appelé « *Metavir* ».

La biopsie du foie peut parfois être proposée pour certains patients ayant une hépatite chronique C avec des transaminases normales (notamment les personnes également séropositives au VIH). Pour plus de détails sur la biopsie du foie et les autres évaluateurs de la fibrose, voir la fiche 2.

Il existe des alternatives à la biopsie (marqueur biologique de fibrose, qui consiste en un prélèvement sanguin et FibroScan®, qui mesure l'élasticité du foie par une méthode proche de l'échographie). Ces examens sont disponibles et validés depuis peu.

## 10 • Quel suivi médical une hépatite C nécessite-t-elle ?

Votre médecin traitant pourra vous renseigner, vous orienter et, si nécessaire, entamer les démarches pour une prise en charge à 100 % de votre maladie (voir question 25).

Vous aurez ensuite besoin de rencontrer un médecin spécialiste, hépatologue ou hépato-gastroentérologue.

Quel que soit le médecin qui vous suit, lorsque le diagnostic d'hépatite chronique C est posé, le suivi consiste en :

- une surveillance régulière **chez les personnes ayant constamment des transaminases normales**. Cela concerne environ une personne atteinte d'hépatite chronique C sur quatre ;
- une évaluation de l'état du foie **chez les personnes ayant des transaminases élevées** (par la biopsie ou les autres examens non invasifs disponibles, voir question 9). Elle permet de déterminer l'importance des lésions du foie et l'indication d'un traitement.

En fonction des résultats de la biopsie ou des autres examens d'évaluation de l'état du foie :

- un suivi régulier des transaminases sera généralement proposé si la biopsie montre une *hépatite minime*. Une évaluation annuelle par les marqueurs non invasifs ou une autre biopsie du foie peut être proposée entre trois et cinq ans après la première biopsie afin de juger de l'évolution ;
- un traitement antiviral d'une durée de 6 à 12 mois est indiqué en dehors des hépatites minimales et en l'absence de cirrhose décompensée (stade le plus avancé de la cirrhose) pour tenter d'éliminer le virus. Il semble aussi permettre d'éviter ou de ralentir l'apparition des complications.

Le recours à un psychiatre peut être initié avant le début d'un traitement. Il permettra à votre médecin traitant en fonction de votre situation personnelle d'établir un projet de soins adapté et sécurisant.

**En cas de cirrhose**, une surveillance est proposée au moins tous les six mois afin de dépister précocement l'apparition d'une tumeur du foie (bilan sanguin et échographie abdominale ou scanner).

Un examen de l'estomac par endoscopie est également proposé tous les un à quatre ans. Cet examen a pour but de rechercher des varices de l'œsophage qui font courir un risque d'hémorragie et pour lesquelles un traitement préventif peut être proposé.

## 11 • À quoi servent les traitements de l'hépatite chronique C ?

Les traitements pour les personnes atteintes du VHC sont :

1 – **le traitement antiviral de l'hépatite C** qui est destiné à éliminer ou à neutraliser le virus C et à ralentir l'éventuelle progression de la fibrose hépatique ;

2 – **les médicaments traitant les symptômes de l'hépatite C** et destinés à lutter contre les troubles digestifs, les douleurs musculaires, etc.

3 – **les médicaments destinés à prévenir l'apparition des complications** et réduire les risques d'évolution vers une cirrhose ou un cancer du foie.

**Grâce au traitement actuel, il est possible de guérir :**

- dans environ 4 cas sur 5, en cas d'infection par le virus C de génotype 2, 3 ou 5 ;
- et dans presque 1 cas sur 2, en cas d'infection par les génotypes 1 ou 4.

Le traitement permet également :

- d'éviter ou de retarder une évolution vers la cirrhose et vers un cancer du foie ;
- de diminuer ou, en cas de guérison, d'éviter le risque de transmission du virus à une autre personne ;
- à terme, d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

## 12 • Quels sont les médicaments pour lutter contre le virus ?

Le traitement antiviral comporte l'association de deux médicaments : *l'interféron* et la *ribavirine*. Cette association est également appelée « bithérapie » ou « thérapie combinée ». La bithérapie dure de six mois à un an, en fonction du génotype et de la charge virale.

### L'interféron

L'interféron (IFN) fait partie d'une famille de substances qui sont naturellement produites par l'organisme humain en réaction à des agressions, notamment virales. Il existe deux sortes d'interféron : l'interféron standard et l'interféron pégylé.

L'interféron pégylé permet de réduire le nombre des injections (une seule injection (piqûre sous-cutanée) par semaine au lieu de trois pour l'IFN standard).

### La ribavirine

La ribavirine est un médicament antiviral qui s'administre par voie orale sous forme de gélules (ou de comprimés) : en général de 4 à 6 gélules ou comprimés par jour, en fonction du poids et des caractéristiques virologiques (génotype, charge virale pré-thérapeutique). À la différence de l'interféron, ces gélules ou comprimés se prennent tous les jours, généralement matin et soir, pendant le repas.

### Les autres traitements antiviraux

Ils relèvent encore du domaine de la recherche. Les progrès sont permanents et de nouveaux traitements sont attendus dans les prochaines années.

## 13 • Quels sont les inconvénients de l'interféron et de la ribavirine ?

### L'interféron

Les effets indésirables du traitement peuvent être lourds et nombreux. Toutefois, ils sont très variables en intensité et en fréquence selon les individus. Dans la majorité des cas, ils disparaissent après l'arrêt du traitement. Il est important d'être bien renseigné sur les effets qui peuvent survenir au cours du traitement afin de mieux les anticiper et les gérer. Le plus fréquent est l'apparition d'un état pseudo-grippal comprenant fièvre, courbatures, mal de tête, le lendemain de l'injection. Cet état s'atténue progressivement. Il peut être traité par un médicament (paracétamol : maximum 2 g/j).

Par la suite, l'interféron provoque souvent une fatigue, ainsi que divers autres symptômes : douleurs, troubles du goût, perte de poids parfois importante, troubles du sommeil, troubles psychologiques, perte partielle de cheveux, sécheresse de la peau, etc.

Deux effets indésirables doivent être particulièrement surveillés :

- **les troubles de l'humeur et les troubles psychologiques.** Il peut s'agir d'une irritabilité qui peut avoir des répercussions dans la vie quotidienne. Les troubles psychologiques peuvent prendre la forme d'une **dépression**, dans environ 30 % des cas. Il peut être utile de prévenir son entourage proche de ces effets indésirables. C'est par le dialogue avec son médecin – et le suivi avec un psychologue ou un psychiatre aussi – ou en demandant du soutien auprès d'une association de patients ou d'un groupe de parole que l'on peut atténuer ces symptômes et, si nécessaire, disposer d'un traitement efficace grâce à des médicaments adaptés. La dépression ne doit pas être négligée car elle peut parfois être grave.
- **un dérèglement de la glande thyroïde**, glande située au niveau du cou, produisant des hormones. Dans une minorité de cas, l'interféron peut avoir un effet sur la fonction de la glande thyroïde. Le patient ne ressent généralement pas cet effet, qui est dépisté, le plus souvent précocement, par une surveillance systématique sous forme d'un dosage hormonal trimestriel (par prélèvement sanguin).

L'interféron pégylé entraîne les mêmes effets indésirables que l'interféron standard. En outre, il provoque plus souvent une diminution des globules blancs (neutropénie) et des plaquettes (thrombopénie) du sang, deux à quatre semaines après le début du traitement. Ces troubles peuvent nécessiter une diminution de la dose, mais rarement un arrêt du traitement.

### **La ribavirine**

Le principal effet secondaire de la ribavirine se caractérise par la survenue d'une anémie (diminution des globules rouges), qui est recherchée par des examens sanguins systématiques. Les symptômes de l'anémie sont : essoufflements, fatigue, battements rapides du cœur, pâleur. Une anémie peut être ramenée à un taux acceptable en diminuant la dose de ribavirine. Dans 5 % des cas environ, une anémie conduit à un arrêt du traitement.

**La procréation au cours du traitement par ribavirine est formellement contre-indiquée** et pendant les quatre mois (ou six mois selon la spécialité contenant la ribavirine) suivant l'arrêt du traitement chez la femme, compte tenu du risque important de malformation embryonnaire. Aussi la délivrance de la ribavirine est dépendante des résultats des tests de grossesse qui doivent être négatifs.

En pratique, la femme traitée par ribavirine doit utiliser un moyen de contraception efficace et son partenaire doit utiliser un préservatif au cours du traitement et même 4 à 6 mois après l'arrêt (selon la spécialité contenant la ribavirine).

Chez un homme traité par ribavirine, ayant une partenaire en âge de procréer, toute conception est contre-indiquée au cours du traitement et même après l'arrêt du traitement pour une durée qui varie en fonction de la spécialité considérée. Aussi l'homme doit utiliser un préservatif et sa partenaire doit utiliser également un contraceptif efficace pendant le traitement et pendant 6 à 7 mois après l'arrêt (selon la spécialité contenant la ribavirine).

### **L'association interféron et ribavirine**

Les effets secondaires de la bithérapie sont les mêmes que ceux déjà cités, mais ils peuvent être plus fréquents. Ils entraînent un arrêt de la bithérapie une ou deux fois sur dix.

## **14 • Quelles sont les modalités du traitement antiviral ?**

Comme pour de nombreuses maladies, il vaut mieux traiter l'hépatite C au début de son évolution. Cependant, en cas d'hépatite minime ou d'absence de fibrose importante, comme il s'agit d'une maladie qui évolue lentement, on considère qu'il n'y a pas d'urgence à traiter. Dans ces cas, on recommande une surveillance régulière des transaminases et un contrôle de l'évolution de la maladie par une nouvelle biopsie du foie trois à cinq ans plus tard. La décision du traitement doit résulter d'une collaboration entre le patient et le (ou les) médecin(s).

### **Avant le traitement**

C'est au patient d'étudier avec son médecin le moment le plus favorable pour commencer le traitement. En effet, il faudra tenir compte :

- des conséquences sur la vie professionnelle (arrêt de travail ou temps partiel thérapeutique, incidence sur la conduite d'un véhicule, etc.) ;
- des conséquences possibles sur l'entourage, des modifications temporaires du caractère et du comportement du patient ;
- de la nécessité de faire réaliser par le chirurgien dentiste un examen de l'état de la dentition ;
- de la nécessité chez une femme d'avoir un test de grossesse négatif ;
- de la nécessité absolue d'utiliser des moyens de contraception efficaces, dès le début et pendant toute la durée du traitement et même pendant plusieurs mois après l'arrêt ;
- un examen ophtalmologique doit être envisagé en cas d'anomalie à ce niveau.

Dans la majorité des cas, il n'y a jamais urgence à traiter l'hépatite.

**Le début du traitement** ne nécessite pas habituellement d'hospitalisation, l'infirmière enseignant au patient la technique des injections sous-cutanées d'interféron. Par la suite, l'interféron est administré le plus souvent par le patient lui-même. Pour l'interféron standard et la ribavirine, seule la première prescription doit être faite par un spécialiste hospitalier ou de ville. Pour la ribavirine, un formulaire d'accord de soins et de contraception doit être signé par le ou la patiente avec réalisation si besoin d'un test de grossesse. Le renouvellement du traitement peut être prescrit par tout médecin généraliste ou spécialiste. La consultation est l'occasion d'un entretien et d'une surveillance biologique sanguine.

La consommation de boissons alcoolisées doit être la plus faible possible en cas de traitement si elle n'a pas déjà été interrompue avant.

## **15 • Quelle est l'efficacité du traitement antiviral ?**

En l'état actuel des connaissances, le traitement de l'hépatite chronique C par l'interféron pégylé associé à la ribavirine permet d'obtenir une guérison chez environ 55 % des personnes traitées, tous génotypes confondus. Environ 10 % répondent au traitement, mais rechutent généralement dans les 6 mois qui suivent l'arrêt du traitement, et chez 35 % de personnes le traitement ne marche pas. Cette absence de réponse est plus fréquente chez les personnes infectées par le virus C de génotype 1.

**Ce traitement permet d'obtenir soit l'élimination du virus, qui est considérée comme une guérison, soit, malgré la persistance du virus, une amélioration ou une stabilisation de la maladie du foie.**

### **Élimination du virus**

Grâce au traitement associant de l'interféron pégylé et de la ribavirine, il est possible d'obtenir une guérison :

- dans environ 4 cas sur 5, en cas d'infection par le virus C de génotype 2 ou 3 ;
- dans presque 1 cas sur 2, en cas d'infection par les génotypes 1, 4 ou 5.

### **Stabilisation ou amélioration de la maladie du foie**

Même si le virus n'est pas éliminé, le traitement peut permettre de stabiliser ou d'obtenir une régression de la fibrose, ce qui est particulièrement important pour les personnes ayant une fibrose sévère. On appelle ce traitement « suppressif » ou « d'entretien » car, sans éliminer le virus, il peut freiner l'aggravation des lésions du foie lorsque les transaminases diminuent nettement.

**Pour les personnes qui ne répondent pas au traitement** et qui sont suivies dans les CHU, pôles de référence ou réseau hépatite C, il peut être proposé, dans le cadre d'essais cliniques, de nouvelles approches thérapeutiques.

## **16 • Qui est traité ?**

Tous les patients atteints d'hépatite C chronique n'ont pas besoin d'un traitement, cela dépend généralement de la gravité de l'état du foie. Actuellement un traitement est systématiquement envisagé si le score d'activité (A) ou de fibrose (F) est supérieur ou égal à 2, et en l'absence de contre-indications telles que : atteinte grave du cœur, cirrhose décompensée, baisse trop importante des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines, psychose en évolution.

**Les recommandations ont été établies par les conférences de consensus (France 1997, Etats-Unis 1997, Europe 1999, France 2002). Ces règles sont régulièrement adaptées et mises à jour.**

En cas de traitement contre l'hépatite C chez un usager de drogues (voir fiche 5) une prise en charge multidisciplinaire est particulièrement importante (prise en charge sociale et de l'hébergement, psychologique, de la dépendance, etc.). Il est préférable qu'un traitement de substitution soit mis en place (dans la mesure où le sevrage ne serait pas possible). Bien prescrit et bien suivi, celui-ci permet un équilibre de vie qui favorise une bonne observance du traitement de l'hépatite C. Le traitement par interféron et ribavirine est compatible avec un traitement de substitution et le plus souvent avec un traitement contre le VIH.

Les patients qui ne sont pas traités contre l'hépatite C doivent néanmoins être suivis par un médecin.

# Prise en charge globale

## 17 • Par qui se faire aider ?

Pour vous aider à mieux supporter les contraintes du traitement, il ne faut pas hésiter à en parler avec :

- votre médecin traitant ;
- votre spécialiste, pour des problèmes spécifiques, notamment d'ordre psychologique ;
- les associations de patients qui sont à votre disposition pour une écoute et un soutien (voir fiche 11, la liste de ces associations de patients) ;
- votre entourage peut vous soutenir, mais ce n'est pas une obligation de le solliciter.

## 18 • À qui parler de sa maladie en cas de besoin ?

Des associations spécialisées, constituées principalement de personnes atteintes et de membres de leur entourage, peuvent, si vous le souhaitez, vous apporter un soutien moral et des informations (voir fiche 11). Vous pouvez également contacter **Hépatites Info Service au 0 800 845 800**, numéro vert, appel anonyme et gratuit.

## 19 • Quelles sont les précautions à prendre vis-à-vis de son entourage lorsqu'on est atteint par l'hépatite C ?

### • Ce qu'il est important de savoir :

- Il n'y a pas de risque de transmission par la salive, le simple baiser, la toux, la sueur ou en serrant la main.
- Toucher une personne atteinte d'une hépatite C ne comporte pas de risque de transmission, sauf en cas de contact avec une plaie.
- Le port de gants est recommandé pour tout contact direct avec le sang d'une personne, que celle-ci soit porteuse du virus C ou non.
- Les objets usuels (verres, vaisselle, cuvette de toilettes, etc.) ne nécessitent pas de désinfection.

Vous devez informer de votre hépatite les médecins que vous consultez et votre dentiste, ainsi que les infirmier(e) s qui vous font des prélèvements de sang.

• **Il est important de respecter quelques règles d'hygiène pour éviter de transmettre le virus à son entourage (par le sang) :**

- Ne pas partager ses objets de toilette (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, coupe-ongles, matériel de détartrage dentaire, ciseaux, etc.) afin d'éviter le risque de transmission du VHC.
- Placer les objets souillés par du sang (tampons, fil ou soie dentaire, aiguilles, pansements, etc.) dans un récipient protecteur.
- En cas de coupure ou de plaie cutanée, nettoyer, désinfecter avec du Dakin® ou de l'eau de Javel diluée à 1/10<sup>e</sup>, puis effectuer immédiatement un pansement recouvrant largement la plaie.

• **Précautions relatives à la vie sexuelle**

En cas de vie sexuelle stable, lorsque la femme a une hépatite chronique C, l'utilisation de préservatifs est recommandée seulement pendant les règles ou en cas d'infection (herpès...) ou de lésion génitale. Comme les autres femmes, une femme atteinte par le VHC doit avoir un suivi gynécologique régulier.

Lorsque l'homme a une hépatite chronique C, l'utilisation de préservatifs est recommandée en cas d'infection (herpès...) ou de plaie des organes sexuels.

En cas de partenaires sexuels multiples, l'utilisation du préservatif est recommandée afin de se protéger du risque de contamination par le virus de l'hépatite B, le virus du sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles telles que la syphilis.

- **En cas d'usage de drogues par voie intraveineuse**, ne jamais prêter ou emprunter une seringue, ni l'ensemble du matériel servant à la préparation du produit ou à son injection (coton, cuillère, cupule, eau, etc.). Ne pas réutiliser son matériel, utiliser des aiguilles et seringues neuves. En cas de produit sniffé, utiliser sa propre paille.

Pour plus d'informations, se reporter à la fiche 5.

## **20 • Faut-il suivre un régime alimentaire particulier en cas d'hépatite C ?**

L'excès de poids est un facteur de moins bonne réponse au traitement. Aussi, avant un traitement, il peut être nécessaire d'obtenir une perte de poids.

En dehors de cette situation, aucun régime alimentaire n'est nécessaire. En revanche, il est très important de ne pas consommer de boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de vin, de bière, d'apéritif ou d'alcools forts. En effet, en cas d'hépatite C, la consommation d'alcool accélère la constitution des lésions hépatiques : la fibrose progresse plus rapidement et le virus se multiplie beaucoup plus. C'est pourquoi la consommation d'alcool est fortement déconseillée. Si l'arrêt de la prise d'alcool paraît difficile ou provoque des effets préoccupants, ne pas hésiter à en parler à son médecin.

## **21 • Peut-on se faire vacciner contre d'autres hépatites virales ?**

Etre atteint d'une hépatite C n'est pas une contre-indication pour les vaccins existant contre les autres hépatites.

## **22 • La grossesse est-elle possible en cas d'hépatite C ?**

Au cours du traitement, il faut éviter toute grossesse.

En dehors de la période du traitement, la grossesse et le développement du bébé ne sont pas perturbés par l'hépatite C.

Il existe pour les patients à risque viral des centres autorisés à les prendre en charge dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation (voir fiche 3). Le risque de transmission du VHC au bébé est d'environ 5 % (en l'absence de co-infection par le VIH) et se situerait au moment de l'accouchement. Une recherche du virus de l'hépatite C devra être pratiquée chez le bébé (voir fiche 3).

En cas de co-infection de la mère (VIH/VHC), le risque de transmission du VHC au bébé est augmenté. Il est d'au moins 20 %. Il faut appliquer les règles de suivi et de traitement qui permettent de protéger l'enfant contre la transmission du VIH (voir fiche 8).

La transmission du VHC par l'allaitement n'est pas prouvée. C'est pourquoi la dernière conférence de consensus européenne ne contre-indique pas l'allaitement lorsque la mère est porteuse du VHC.

En cas de traitement contre l'hépatite C de l'un ou l'autre des parents, père ou mère, la situation est différente : la procréation est contre-indiquée (voir fiche 3).

## **23 • Quels sont les dispositifs de prise en charge de l'hépatite C ?**

Chaque région dispose d'au moins un pôle de référence hépatite C. Ces pôles ont pour mission d'élaborer les protocoles diagnostiques et thérapeutiques, de coordonner la recherche clinique, de participer à l'élaboration des orientations régionales, à la surveillance épidémiologique, à la formation des professionnels. Ils sont également impliqués dans l'animation des réseaux.

L'organisation en réseau doit permettre d'améliorer la prise en charge globale du patient en utilisant toutes les compétences des professionnels susceptibles d'intervenir auprès d'un patient atteint d'hépatite C.

Vous trouverez sur la fiche 12 les coordonnées des pôles de référence hépatite C qui pourront, notamment, vous indiquer le réseau hépatite C le plus proche de chez vous.

En milieu pénitentiaire, le dépistage et un bilan sont proposés par le service médical (UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires) en début d'incarcération. Le traitement peut également être initié chaque fois que le dispositif de soins a suffisamment d'intervenants spécialisés (cf. fiche 6).

## 24 • Qu'est-ce qu'un réseau de soins ?

Un réseau de soins est constitué d'un ensemble de professionnels ou de structures qui décident de se coordonner pour assurer une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients.

Une circulaire (25 novembre 1999) a précisé les objectifs des réseaux de soins dans ces termes : « Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance des soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé, et des organismes à vocation sanitaire et sociale. »

Il y a aujourd'hui environ un millier de réseaux.

Il existe 34 réseaux pour l'hépatite C. On distingue notamment des « réseaux hépatite C » (organisés spécifiquement autour des problèmes de la maladie), des réseaux inter-établissements, des réseaux ville-hôpital (entre des médecins des hôpitaux et des médecins de ville) et des réseaux de proximité organisés autour d'une population donnée.

## 25 • La prise en charge par la Sécurité sociale

Donnent droit à un remboursement à 100 % par la Sécurité sociale (exonération du ticket modérateur), dans le cadre des affections de longue durée (ALD), les hépatites virales C justifiant d'un traitement antiviral ou d'un suivi prolongé et définies par l'association de :

- sérologie positive vis-à-vis du virus de l'hépatite C et/ou recherche de l'ARN viral par PCR positive ;

- élévation persistante de l'activité des transaminases depuis six mois ;
- lésions histologiques d'hépatite chronique active (biopsie hépatique).

Le traitement par interféron et ribavirine est pris en charge à 100 %. La prise en charge de la cirrhose est également de 100 %.

## **26 • La Couverture maladie universelle (CMU) et l'Aide médicale d'Etat (AME)**

Toute personne vivant en France en situation régulière et depuis au moins trois mois à droit à la sécurité sociale « de base » (dont la CMU « de base » en s'adressant au centre de Sécurité sociale de son quartier ou de sa domiciliation administrative. En règle générale, la sécurité sociale rembourse les 2/3 des dépenses.

Pour les personnes qui ont droit à la sécurité sociale « de base » et qui ont des ressources inférieures à un plafond qui varie selon la région de domicile, la Couverture maladie universelle (CMU) leur garantit, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, une prise en charge complémentaire des soins. Elles peuvent ainsi être soignées sans avancer d'argent. Les bénéficiaires du RMI ont droit à la CMU sans examen de leurs ressources.

La demande de CMU doit être déposée auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du domicile. Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire un domicile soit auprès d'une association agréée, soit auprès du centre communal d'action sociale (CCAS) dans une mairie, et déposer leur demande à la CPAM.

Les personnes résidant en France sans titre de séjour ne peuvent pas bénéficier du droit à la CMU. Toutefois, si elles résident en France depuis au moins 3 mois et remplissent les conditions de ressources fixées pour la couverture complémentaire de la CMU, elles peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME).

Pour les personnes résidant depuis moins de trois ans en France, seules les prestations en établissement de santé (y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier) peuvent être prises en charge dans le cadre de l'AME.

L'AME couvre l'intégralité des frais pris en charge par la CMU et sa couverture complémentaire, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance maladie. La décision d'admission pour un an à l'AME est prise par le directeur de la CPAM pour le compte de l'État. Un titre d'admission à l'AME est délivré au bénéficiaire pour lui permettre d'obtenir des soins et les médicaments dont il a besoin, sans avance de frais.

Les étrangers qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'une association agréée, soit auprès du CCAS dans une mairie. La demande d'AME peut être formulée auprès de la CPAM, auprès du CCAS à la mairie de la commune de résidence de l'intéressé, ou encore auprès d'une association agréée à cet effet.

En cas d'hospitalisation sans protection maladie, il est important de s'adresser sans tarder à l'assistante sociale de l'hôpital pour obtenir une protection maladie afin d'éviter de recevoir une facture.

## **27 • L'allocation adulte handicapé (AAH) relevant de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep)**

L'allocation adulte handicapé (AAH) est attribuée soit aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %, soit aux personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % et qui se trouvent dans l'impossibilité, compte tenu du handicap, de se procurer un emploi. Ce taux est fixé par référence à un guide/barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (décret du 4 novembre 1993), qui a été complété par la circulaire du 7 juillet 1999. Selon ce texte, les effets secondaires des traitements, notamment l'asthénie (fatigue) et la douleur, sont pris en compte dans l'évaluation du handicap. La Cotorep est également compétente pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, donnant accès à certains dispositifs de réinsertion professionnelle.

Il appartient donc à votre médecin de remplir, s'il y a lieu, un certificat médical afin de vous permettre d'adresser à la Cotorep une demande d'évaluation de votre handicap en vue d'une éventuelle attribution d'AAH.

Vous pouvez demander conseil à ce sujet à l'assistante sociale du service hospitalier, ainsi qu'à celle du centre de Sécurité sociale.

La Cotorep attribue la carte d'invalidité, à la condition que le taux d'incapacité soit supérieur ou égal à 80 %. Les formulaires de demande sont disponibles dans les mairies.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser à un écoutant de la ligne téléphonique « **Droits des Malades Info** » : **0 810 51 51 51**.

## **28 • Que faire vis-à-vis des banques et des assurances ? Quel recours si vous n'êtes pas d'accord ?**

La Convention visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes malades et handicapées a été signée en septembre 2001 et inscrite dans la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Elle a été améliorée en janvier 2007 par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), l'objectif étant d'apporter des solutions pour permettre à une personne présentant un risque aggravé d'emprunter. Depuis lors, les questionnaires de santé pour les prêts à la consommation de montants inférieurs à 15 000 euros sur une durée inférieure ou égale à quatre ans et pour des personnes de moins de 50 ans sont supprimés. Pour les autres prêts ou contrats, ils ne peuvent pas excéder 300 000 euros et la limite d'âge de l'emprunteur est fixée à 70 ans en fin de prêt. Les banques ou les assureurs peuvent refuser un prêt ou une assurance à des personnes atteintes par le VHC ou augmenter leurs tarifs (surprimes). La nouveauté de cette convention est la création d'un mécanisme de mutualisation afin de limiter le coût des surprimes pour les emprunteurs aux revenus inférieurs au plafond de la Sécurité sociale. En cas de litige, vous pouvez contacter des associations de patients qui peuvent intervenir en tant que médiateur (voir fiche 11) ou appeler « **Droits des Malades Info** » : 0 810 51 51 51. **Site internet : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).**

## **29 • Quelle attitude adopter vis-à-vis de son employeur ?**

Vous n'êtes pas tenu d'informer votre employeur ni vos collègues de travail. En respectant les règles d'hygiène déjà décrites, il n'y a pas de risque de transmission du virus C à vos collègues. Si vous faites partie des professions de santé, vous devez savoir que la déclaration comme maladie professionnelle implique d'indiquer à un médecin du travail que vous êtes atteint d'une hépatite C.

## **30 • Quel est le rôle des associations de patients ayant une hépatite C ?**

Plusieurs associations de personnes ayant une hépatite C existent. Elles ont pour objectifs l'information et le soutien des personnes atteintes et de leurs proches. Une liste non exhaustive des associations se trouve en fiche 11. La liste de ces associations est disponible sur simple demande auprès des pôles de référence hépatite C (fiche 12).

## Les fonctions du foie – Comment protéger son foie en cas d'hépatite chronique C ?

### 1. À quoi sert le foie ?

Le foie est le plus gros organe de notre organisme. Essentiel à la vie, il intervient dans un grand nombre d'activités de notre organisme :

- il transforme les aliments en substances nécessaires à la vie, à la croissance et à leur utilisation par les autres organes ;
- il fabrique des éléments essentiels à une bonne coagulation du sang, ce qui contribue à éviter les hémorragies ;
- il stocke de l'énergie sous forme de sucre et est capable de la mettre à la disposition de l'organisme en quelques minutes, en cas d'effort intense et prolongé ;
- il capture, transforme et rend inoffensifs, avant de les éliminer, des toxiques auxquels nous sommes exposés en mangeant, en buvant ou en respirant. C'est ce qui se passe en particulier pour l'alcool : quand le foie n'est pas malade, il est capable de détruire et d'éliminer l'alcool si la consommation reste modérée, c'est-à-dire pas plus de deux ou trois verres par jour de vin, de bière ou de toute autre boisson alcoolisée chez la femme, pas plus de trois ou quatre verres par jour chez l'homme. De même, les médicaments que nous absorbons sont, après avoir produit leur effet, neutralisés dans le foie, ce qui évite une accumulation dangereuse.

Le foie, comme le rein, joue ce rôle d'épuration pour des toxiques que nous fabriquons naturellement nous-mêmes, évitant ainsi une sorte d'auto-intoxication. Le foie est indispensable au fonctionnement correct des autres organes ou tissus, comme les glandes endocrines (hormones), le rein, les muscles, le cerveau, etc. Pour cette raison, les maladies du foie peuvent se manifester par des symptômes tels que des troubles rénaux, une fatigabilité, des troubles sexuels, mais aussi par des troubles directement liés au foie, comme la jaunisse, une augmentation du volume de l'abdomen, un œdème, etc.

### 2. Comment protéger son foie en cas d'hépatite C ?

- Une abstinence complète d'alcool est recommandée.
- Éviter une consommation désordonnée et non contrôlée de médicaments. En cas de traitement contre l'hépatite C, être prudent vis-à-vis des associations avec d'autres médicaments et/ou avec des produits dits « naturels » comme les extraits de plantes. Se renseigner auprès de son médecin.
- Éviter de se contaminer par d'autres virus qui pourraient aggraver l'hépatite. Par exemple, lorsque son partenaire sexuel a une hépatite B, il est très fortement recommandé de se faire vacciner ou d'utiliser des préservatifs.

## La biopsie du foie (ponction biopsie hépatique intercostale) et autres évaluateurs de fibrose

Cette fiche a pour objectif de vous informer sur le déroulement de cet examen médical qui peut vous être proposé. Si vous souhaitez davantage d'informations à ce sujet, n'hésitez pas à interroger votre médecin.

### 1. Pourquoi faire une biopsie hépatique ?

La biopsie est actuellement le meilleur moyen pour connaître avec précision l'état du foie et, en cas d'hépatite C, évaluer s'il convient ou non de commencer un traitement.

L'indication d'une biopsie a été actualisée en 2002, à l'occasion de la conférence de consensus sur le traitement de l'hépatite C.

### 2. Comment se préparer pour la biopsie ?

Pendant les dix jours qui précèdent la biopsie, il est indispensable de ne pas prendre de médicament qui modifie la coagulation, comme, par exemple, l'aspirine.

Avant de pratiquer la biopsie, le médecin s'assurera qu'on vous a fait une échographie du foie et un bilan sanguin de coagulation.

Après en avoir parlé avec vous, le médecin pourra vous proposer, avant l'examen, un médicament contre la douleur.

Vous devrez être strictement à jeun durant les six heures qui précèdent l'examen. Cependant, dans certains cas, on pourra vous autoriser à prendre une boisson sucrée. Il est recommandé d'uriner juste avant la biopsie.

### 3. Comment se déroule la biopsie ?

La biopsie nécessite un séjour hospitalier de 10 à 24 heures, suivant les situations individuelles.

Elle se pratique sous anesthésie locale, avec ou sans sédation par voie générale, et consiste à prélever un minuscule fragment de foie sur le côté droit en piquant à travers la peau entre deux côtes avec une aiguille fine.

### 4. Quelles sont les suites de la biopsie ?

Après la biopsie, vous devrez observer sur place un temps de repos sous surveillance médicale, d'une durée moyenne de six heures.

La ponction ne laisse pas de cicatrice et le pansement pourra être enlevé le lendemain. Dès la fin de la biopsie, une douleur peut survenir au niveau du foie ou de l'épaule droite. Prévenez l'infirmier(e) qui vous surveille, afin de recevoir un médicament pour vous soulager. Si vous quittez l'hôpital le soir même, veillez à être accompagné et à ne pas faire d'effort physique intense. Il vous est également demandé de séjourner à

proximité de l'hôpital, de façon à pouvoir y revenir rapidement (pas plus d'une vingtaine de minutes) en cas de nécessité.

Dans la semaine qui suit la biopsie, vous pouvez conserver vos occupations habituelles à condition de ne pas avoir à faire des efforts physiques intenses. Vous devez aussi respecter les recommandations suivantes :

- ne pas prendre de médicament modifiant la coagulation, comme, par exemple, l'aspirine ;
- ne pas entreprendre un voyage dans un pays à faible niveau sanitaire.

Tout acte médical (investigation, exploration, intervention sur le corps humain) comporte un risque de complication, même lorsqu'il est conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur.

Les complications de la biopsie hépatique sont rares. Il s'agit essentiellement d'une hémorragie, dont la fréquence est inférieure à 1 cas sur 1 000. D'autres complications sont possibles, mais restent exceptionnelles.

Ces complications peuvent être favorisées par vos antécédents médico-chirurgicaux (d'où la réalisation d'une échographie et d'un bilan de coagulation avant la biopsie) ou par la prise de certains traitements (informez-vous à ce sujet auprès de votre médecin).

Ces rares complications apparaissent le plus souvent dans les six heures qui suivent l'examen, mais peuvent exceptionnellement se manifester quelques jours après (douleur abdominale, fatigue, pâleur), d'où les précautions recommandées dans cette fiche. Dans ce cas, contactez immédiatement le médecin qui a réalisé votre biopsie ou l'un de ses collègues. Si ce n'est pas possible, adressez-vous très rapidement à votre médecin traitant.

## 5. Quelles complications peuvent survenir à la suite d'une biopsie ?

### Les autres évaluateurs de la fibrose

La Haute autorité de santé a récemment rendu les conclusions d'une étude comparant les mérites respectifs de formules permettant l'évaluation de la fibrose autrement que par la PBH. Il s'agit d'examen sanguins (marqueurs de fibrose) ou de mesure d'élasticité du foie (élastométrie). Deux de ces méthodes ont été validées et devraient être prochainement prises en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'une part du FibroScan®, technique qui permet, grâce à un appareil, de mesurer la dureté du foie qui détermine la sévérité de la fibrose du foie, et d'autre part une technique de dépistage de l'activité nécrotico-inflammatoire et de la fibrose du foie, réalisé à partir d'un simple examen sanguin.

**1. Le dépistage de l'hépatite C est-il obligatoire au cours de la grossesse ?**

NON. Le dépistage du virus C n'est pas obligatoire.

Un test de dépistage (sérologie virale), par simple prise de sang, peut être proposé aux femmes enceintes. Il s'agit d'un test qui dépiste des anticorps témoins d'une infection par le virus de l'hépatite C, ce qui n'implique pas forcément l'existence d'une hépatite C. Ce test est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale.

Si la recherche des anticorps est positive, un autre test permet de rechercher directement le virus dans le sang (par la mise en évidence de son ARN par la technique dite PCR).

Si cette recherche est positive, elle permet d'affirmer la présence d'une infection évolutive par le virus C.

**2. L'hépatite C est-elle une contre-indication pour la grossesse ?**

Au cours du traitement, il faut éviter toute grossesse.

En dehors de la période du traitement, la grossesse n'aggrave pas ou peu l'hépatite C. La grossesse, y compris sa durée, est le plus souvent normale. Le développement du bébé n'est pas perturbé par l'hépatite.

**3. Procréer est-il possible pendant un traitement de l'hépatite C ?**

La procréation est formellement contre-indiquée pendant le traitement contre l'hépatite C de l'un ou l'autre des parents, et même pendant les quatre ou six mois (selon la spécialité contenant de la ribavirine) après l'arrêt du traitement chez la femme, pendant sept mois pour l'homme en raison des risques de malformation du fœtus liés à la ribavirine.

Si une grossesse survient malgré cette contre-indication, lors d'un traitement de la femme par interféron seul, le traitement doit être interrompu, mais la grossesse se déroule le plus souvent normalement.

Le traitement de l'hépatite C chez la mère peut être proposé à nouveau après l'accouchement.

**4. La présence d'une hépatite C influence-t-elle le mode d'accouchement ?**

NON. Un accouchement normal par les voies naturelles peut être pratiqué. Ceci n'exclut pas que le médecin obstétricien soit amené à pratiquer une césarienne pour des raisons habituelles, sans rapport avec l'infection par le virus de l'hépatite C.

**5. Le virus C peut-il être transmis de la mère à l'enfant ?**

OUI. Le risque de transmission du virus C à l'enfant est d'environ 5 % si la mère a une recherche du virus C (PCR) positive. Le risque de transmission est nul si la mère présente un test de dépistage positif et une recherche du virus C (PCR) négative. La transmission du virus C a lieu probablement au moment de l'accouchement. Le risque de transmission du virus C au nouveau-né ne paraît pas modifié par le mode d'accouchement.

Si le test de dépistage est pratiqué chez l'enfant avant l'âge de 12 mois, il peut être positif sans que l'enfant soit atteint par le virus C. Il témoigne seulement de la présence d'anticorps de la mère transmis à l'enfant. Le diagnostic de l'infection par le virus C chez l'enfant né de mère séropositive pour le VHC repose sur la recherche du virus dans le sang (PCR). Ce test est habituellement proposé entre l'âge de 3 mois et 12 mois. S'il est effectué dans la deuxième année, un seul prélèvement de sang permet de rechercher l'ARN du virus et de vérifier la sérologie. Si la recherche de l'ARN est positive, l'enfant est infecté. Une surveillance est nécessaire. L'évolution de l'hépatite C semble généralement bénigne chez l'enfant et elle n'est pas traitée.

**6. L'allaitement maternel est-il possible ?**

Il n'est pas prouvé que le risque de transmission du VHC à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel. Les dernières conférences de consensus (réunions d'experts), américaine et européenne, ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel lorsque la mère est porteuse du VHC.

**7. L'assistance médicale à la procréation, notamment la fécondation in vitro, est-elle possible en cas d'infection par le virus C ?**

Si l'un ou l'autre ou les deux membres du couple sont atteints par le virus C, l'assistance médicale à la procréation peut être réalisée dans les centres autorisés à prendre en charge des patients à risque viral. Ces centres doivent se conformer aux règles de bonnes pratiques spécifiques définies par l'arrêté du 10 mai 2001 (publié au JO du 15 mai 2001, page 7735).

La liste de ces centres est disponible auprès de l'Agence de la biomédecine

## Hépatite C chez l'enfant et l'adolescent

### 1. Comment un enfant peut-il être contaminé par le virus de l'hépatite C ?

Le dépistage des anticorps anti-VHC doit être systématiquement proposé chez :

- tous les enfants nés d'une mère atteinte par le VHC ;
- les enfants ayant reçu une transfusion, en particulier lorsqu'elle a eu lieu avant 1992 ;
- les adolescents qui ont eu, avant 1992, des soins en néonatalogie (grands prématurés) ou en pédiatrie pour une maladie grave, ou une hospitalisation en réanimation, une intervention chirurgicale importante ou une greffe.

La transmission du VHC de la mère à l'enfant lors de l'accouchement est actuellement le principal mode de transmission du virus C à l'enfant. Ce n'est que lorsque la recherche de l'ARN du virus par PCR est positive dans le sang de la mère qu'il existe un risque de contamination pour l'enfant. Le risque est plus grand si la quantité de virus présente dans le sang de la mère est élevée. La naissance par césarienne n'empêche pas la contamination de l'enfant. L'allaitement maternel n'augmente pas le risque de contamination, même lorsque l'ARN du VHC est détectable dans le lait.

### 2. Comment se présente une hépatite C chez un enfant ?

Il est rare qu'une hépatite C soit reconnue à l'occasion d'une hépatite aiguë avec jaunisse. Le plus souvent, l'hépatite C est découverte par hasard ou à l'occasion d'un examen de sang fait chez un enfant ayant reçu une transfusion ou dont la mère est atteinte par le virus C.

Les enfants ne se plaignent habituellement d'aucun symptôme. Leur examen médical est le plus souvent normal. La mesure du taux des transaminases est normale chez un enfant sur trois et modérément augmentée chez les autres enfants. Lorsqu'une biopsie du foie est pratiquée (voir fiche 2), elle montre des anomalies minimes ou modérées chez près de 90 % des enfants. Une cirrhose se développe chez l'enfant dans 3 % des cas (voir fiche 9).

### 3. Comment évolue une hépatite C chez l'enfant ?

En l'état actuel des connaissances, l'hépatite C de l'enfant est une maladie sans gravité dans la grande majorité des cas.

Une guérison spontanée s'observe chez un tiers des enfants contaminés par le virus C. Les autres enfants deviennent porteurs du virus de façon permanente (« porteurs chroniques »). Il est rare qu'une guérison spontanée survienne chez un enfant porteur chronique, mais l'évolution reste le plus souvent favorable avec un recul actuel de 25 ans. Les enfants mènent une vie normale. Il leur est essentiel, à l'adolescence et à l'âge adulte, de s'abstenir de boire des boissons contenant de l'alcool.

Les résultats du traitement par l'interféron et la ribavirine chez des enfants porteurs chroniques du virus C sont voisins de ceux obtenus chez les adultes, mais il persiste des incertitudes :

- sur la tolérance du traitement (croissance de l'enfant...),
- sur le risque de réactivation du virus, longtemps après la fin du traitement.

## 1. Quelle est la fréquence de l'hépatite chronique C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ?

La population des usagers de drogues par voie intraveineuse en France est estimée entre 100 000 et 160 000 personnes, et 50 à 60 % de ces usagers de drogues sont infectés par l'hépatite C.

Chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, la contamination par le VHC reste importante, malgré la politique de réduction des risques. Chaque année, on estime que plusieurs milliers de nouveaux cas d'hépatite C sont liés à l'usage de drogues. Le dépistage de l'hépatite C doit être régulièrement proposé aux usagers de drogues.

## 2. Quels sont les risques de transmission du VHC par le matériel d'injection ?

Le VHC se transmet par le sang. La transmission liée à l'usage de drogues par voie intraveineuse se produit si l'on partage, pour l'injection, du matériel infecté par le sang d'un utilisateur précédent : aiguille et seringue, mais aussi cuillère, filtre, produits de dilution. Dans ces conditions, une seule injection suffit pour transmettre le VHC. Il est donc indispensable d'utiliser du matériel neuf pour chaque injection.

Les premières expériences d'usage de drogues par voie intraveineuse représentent une période critique, où le risque de contamination par le VHC est majeur. En effet, les premières injections sont presque toujours effectuées à l'aide de seringues appartenant à un initiateur, lui-même souvent atteint par le VHC.

Quand il n'y a pas de partage de la seringue, le partage du matériel servant à la préparation de l'injection peut, à lui seul, être à l'origine d'une contamination.

## 3. Quels sont les autres modes de transmission du VHC ?

La voie nasale peut être un autre mode de transmission du VHC quand plusieurs personnes utilisent la même paille pour « sniffer » de la drogue, cocaïne ou autre. En effet, la paille peut blesser et faire saigner la muqueuse du nez.

En outre, en cas de tatouage ou de piercing, sachez que, s'ils ne sont pas réalisés dans des conditions strictes d'hygiène, ils peuvent être également à l'origine de la transmission du VHC.

#### 4. L'usage de drogues par voie intraveineuse expose-t-il à d'autres maladies virales ?

OUI. Le contact avec le sang expose aussi à un risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH, ou virus du sida). Environ 5 % des usagers de drogues par voie intraveineuse sont porteurs chroniques du VHB et 11 % sont atteints par le VIH.

La contamination, chez une même personne, par le VHB et le VHC, ou la co-infection par le VIH et le VHC (voir fiche 8) aggravent l'évolution de l'hépatite chronique C dans la plupart des cas.

Il est donc fortement recommandé de se faire vacciner contre l'hépatite B.

#### 5. Comment éviter une réinfection ?

Être atteint par le VHC ne protège pas contre le risque d'une nouvelle infection, qui pourrait aggraver la situation médicale.

Si la personne ne peut renoncer à l'usage de drogues, elle doit utiliser uniquement son matériel personnel : ne pas partager aiguille, seringue, cuillère, eau, produit, filtre, paille en cas de « sniff ».

Une seringue ou une paille ne doit servir qu'une seule fois.

Pour pouvoir respecter les règles d'hygiène indispensables pour éviter la transmission du VHC, du VHB et du VIH, vous trouverez en vente libre en pharmacie :

- des seringues et des aiguilles ;
- le Stéribox 2<sup>®</sup> (trousse de prévention qui contient deux seringues jetables [seringues à emploi unique], le matériel stérile pour la préparation des injections et un préservatif) est vendu au prix de 1 euro environ ;
- un kit « sniff ».

Il existe également des automates qui distribuent les Stéribox 2<sup>®</sup> et recueillent les seringues usagées. Pour connaître leur emplacement appelez Drogues Info Service au 0800 23 13 13.

Certaines associations distribuent gratuitement des trouses de prévention (Kit + <sup>®</sup>) ayant le même contenu que le Stéribox 2<sup>®</sup>.

Si, exceptionnellement, la personne ne peut se procurer du matériel d'injection neuf, le nettoyage avec de l'eau de Javel peut limiter les risques de transmission des virus des hépatites B et C et du sida, à condition de respecter strictement le mode d'emploi suivant :

- remplissez la seringue d'eau courante. Videz la seringue. Effectuez l'opération deux fois ;
- remplissez la seringue d'eau de Javel. Attendez 30 secondes. Videz la seringue. Effectuez l'opération deux fois ;

- remplissez la seringue d'eau courante. Videz la seringue. Effectuez l'opération deux fois.

## **6. Usage de drogues et traitement de l'hépatite C**

En règle générale, le traitement est indiqué, comme chez les malades non-usagers de drogues, lorsque la PCR est positive, les transaminases augmentées et que le score d'activité ou de fibrose est égal ou supérieur à 2 dans le sang (voir questions 10 et 16).

Si un traitement de l'hépatite chronique C est indiqué chez un usager de drogues, l'arrêt de l'usage de drogues (sevrage) est souhaitable. Un traitement de substitution doit être systématiquement envisagé si le sevrage n'apparaît pas réalisable. Il s'agit de la prescription d'un médicament destiné à supprimer la souffrance liée à la dépendance physique induite par la consommation de la drogue. Un traitement de substitution peut être prescrit dans un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) ou par un médecin en cabinet. Un traitement de substitution bien prescrit et bien suivi permet un équilibre de vie qui favorise une bonne observance du traitement de l'hépatite C. Le traitement par interféron et par ribavirine est compatible avec un traitement de substitution.

Si l'usage de drogues par voie intraveineuse persiste, malgré la proposition d'un traitement de substitution, il n'y a pas de contre-indication formelle pour la mise en route d'un traitement d'une hépatite C chronique.

**La prison peut-elle être un lieu de prise en charge de votre hépatite C ?**

OUI. Et c'est même l'occasion de faire le point complet sur son évolution éventuelle et sur les possibilités de traitement. Des médecins généralistes et spécialistes (hépatologues, infectiologues mais aussi psychiatres) sont accessibles dans la plupart des établissements. De plus, l'incarcération est un moment d'arrêt des consommations d'alcool et au moins de limitation de la consommation de drogues illicites, ce qui rend plus que favorable l'initiation ou la continuation d'un traitement de votre hépatite.

**Les soins sont-ils comparables à ceux au-dehors ?**

OUI. Depuis la loi de 1994 (loi n° 94-43 du 18 janvier 1994) relative à la prise en charge des détenus et à leur protection sociale, l'organisation des soins est calquée sur celle existant au dehors. Les équipes de soins et les traitements sont les mêmes qu'à l'hôpital. Les soins sont gratuits. Les soignants sont strictement astreints au secret professionnel, ils relèvent du ministère de la Santé et non plus du ministère de la Justice. Les obstacles à l'organisation des soins sont surtout ceux liés aux impératifs de sécurité régissant le fonctionnement de tout établissement pénitentiaire (problèmes entraînés par la nécessité d'escortes pour les extractions médicales par exemple).

**Quelles sont les structures de soins en prison ?**

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'un service de médecine générale appelé UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires) assurant l'ensemble des soins courants et les consultations spécialisées. Dans 26 établissements (surtout de grosses maisons d'arrêt), il existe de plus un service de psychiatrie appelé SMPR (service médico-psychologique régional) assurant l'évaluation, l'orientation et le suivi psychologique ou psychiatrique des détenus le souhaitant. Dans 16 de ces 26 établissements, il existe également un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) assurant les soins aux détenus usagers de substances psychoactives illicites. Il existe dans quelques établissements des antennes d'alcoologie.

**Quand et comment faire appel à elles ?**

L'entretien d'accueil à l'UCSA et au SMPR (quand il existe) est systématique dans les plus brefs délais après la mise sous écrou. C'est un moment privilégié d'échange avec les soignants pour tout problème concernant votre état de santé. Le dépistage ou le bilan d'une hépatite peuvent être réalisés à cette occasion. Par simple courrier destiné à l'UCSA ou au SMPR, vous pouvez prendre contact ensuite avec des soignants pour tout questionnement portant sur le dépistage, le bilan ou le traitement d'une éventuelle hépatite.

**Quelles  
sont les  
possibilités  
de prise  
en charge  
en prison ?**

Les soignants de l'UCSA, du CSST et du SMPR, s'ils existent, sont à même de vous fournir des informations sur le virus, sa transmission, l'évolution de la maladie et les traitements existants.

Le dépistage est effectué par l'UCSA. Pensez à demander un autre rendez-vous pour la restitution du résultat du dépistage.

Le bilan de l'hépatite est effectué à l'UCSA et l'indication du traitement est posée par les spécialistes (hépatologues, infectiologues) consultants de l'UCSA au vue du bilan

Si le traitement est initié, la structure médicale de relais en milieu ouvert est à définir dès le début afin d'éviter une discontinuité du traitement en cas de libération non programmée.

Il est par ailleurs recommandé de rencontrer, avant initiation du traitement, un psychiatre consultant de l'UCSA ou du SMPR afin de se faire expliquer les éventuels effets secondaires psychiques du traitement par interféron et la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent.

**Qu'en est-il  
du risque de  
transmission  
viral en  
détention ?**

Si vous maintenez des pratiques d'injection en détention, que vous sniffiez, que vous avez un ou plusieurs partenaires sexuels en détention (cf. la contamination par voie sexuelle pour le type de rapports contaminants) ou que vous partagez tout objet potentiellement en contact avec du sang (rasoirs, tatouage, piercing...), vous vous exposez encore plus qu'au dehors à une contamination virale en raison de la forte proportion de détenus porteurs du virus de l'hépatite C.

Les dispositifs d'échange de seringue étant inexistantes dans les prisons françaises, les moyens de réduire les risques de contamination (en dehors des mesures de précaution classiques) sont :

- l'inclusion dans un processus de soins par traitement de substitution si vous êtes dépendant aux opiacés (héroïne, néocodion, etc.) ;
- l'usage de préservatifs, mis à disposition gratuitement des détenus dans les lieux de soins ;
- la stérilisation des matériels en contact avec du sang grâce aux dosettes d'eau de javel régulièrement distribuées en détention par l'administration pénitentiaire (voir mode d'emploi fiche 5).

## Tatouage, piercing, actes de modification corporelle et hépatite C

Chaque acte qui perce ou entaille la peau ou les muqueuses constitue une porte d'entrée dans l'organisme pour des agents infectieux (bactéries ou virus). Le risque persiste jusqu'à la cicatrisation qui peut prendre quelques semaines à plusieurs mois.

Les agents infectieux peuvent provenir de la peau de la personne si celle-ci n'a pas été désinfectée avant l'acte, de l'aiguille et de l'encre, des mains du professionnel ou des surfaces de travail mal nettoyées.

Les infections bactériennes sont fréquentes et généralement bénignes mais peuvent parfois devenir générales (septicémie). Les infections à virus comme celui de l'hépatite C sont également possibles et généralement graves.

Seul le respect de règles très strictes d'hygiène et de stérilisation au moment du piercing ou du tatouage permet de réduire le risque de transmission de virus ou de bactéries. Ces mesures sont :

- l'utilisation systématique de matériel à usage unique, sinon la stérilisation du matériel opératoire et de l'environnement,
- la propreté des locaux,
- le lavage soigneux des mains de la personne qui pratique l'acte, avant et après chaque acte, le port de gants stériles,
- la désinfection de la peau ou des muqueuses de la personne qui subit l'acte.

Pour cela, il est préférable de s'adresser à des professionnels qui peuvent respecter ces règles élémentaires d'hygiène plutôt qu'aux tatoueurs et perceurs ambulants.

## Personnes atteintes par le VHC et par le VIH (co-infection)

Les informations disponibles dans cette brochure sont, dans la plupart des cas, applicables aux personnes à la fois atteintes par le virus de l'hépatite C (VHC) et par le virus du sida (VIH). Quelques particularités de la co-infection VHC-VIH sont précisées dans cette fiche.

### 1. Fréquence de l'hépatite C chez les personnes atteintes par le VIH

L'hépatite C est la plus fréquente des hépatites chroniques virales chez les personnes atteintes par le VIH. En France, on estime que 24,3 % des personnes infectées par le VIH sont atteintes par le VHC. La transmission par le sang, commune aux deux virus, explique cette fréquence. Le contact avec le sang (avant 1992, situations susceptibles d'avoir entraîné une transfusion sanguine ou l'administration de produits dérivés lors d'interventions chirurgicales importantes, de séjours en réanimation, en néonatalogie, en cas d'hémorragies... ; quelle que soit la date, en cas d'usage de drogues par voie intraveineuse) expose à un risque de contamination par le VHC.

### 2. Co-infection : symptômes liés à l'infection par le virus C

Il n'y a pas de manifestation spécifique de l'hépatite chronique C chez les personnes atteintes par le VIH et pas de retentissement de l'infection virale C sur l'histoire naturelle de l'infection VIH ou sur l'efficacité immunologique du traitement antiviral.

### 3. Influence de l'infection par le VIH sur l'évolution de l'hépatite chronique C

L'infection par le VIH a pour principales conséquences sur l'hépatite chronique C :

- une augmentation de la charge virale VHC, ce qui contribue à augmenter le risque de chronicité et à accélérer l'évolution de l'hépatite chronique, avec progression plus rapide de la fibrose. Cela s'observe principalement chez les personnes fortement immunodéprimées (avec un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200 par  $\text{mm}^3$ ) et chez celles qui consomment des boissons alcoolisées.
- une diminution des chances de succès du traitement antiviral C combinant l'interféron pégylé et la ribavirine.
- une augmentation du risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant au cours de la grossesse et du risque de transmission sexuelle.

#### 4. Traitement de l'hépatite chronique C chez une personne atteinte par le VIH

La plus grande agressivité du VHC en cas de co-infection, l'amélioration du contrôle de l'infection par le VIH dans la majorité des cas et les progrès dans le traitement de l'hépatite chronique C sont trois arguments pour proposer un traitement de l'hépatite C aux personnes également atteintes par le VIH.

Le traitement de l'hépatite C chez les personnes atteintes par le VIH, de même que chez les personnes non atteintes par le VIH, repose sur une bithérapie ribavirine + interféron pégylé.

Le traitement de l'hépatite C chez le co-infecté associe l'interféron pégylé (180 µg d'α2a ou 1,5 µg/kg d'α2b par voie sous-cutanée chaque semaine) et la ribavirine (800 mg pour les génotypes 2 et 3 ; 1 000-1 200 mg pour les génotypes 1 et 4) pour 48 semaines en fonction de la tolérance et de la réponse au traitement.

- Le traitement par l'interféron pégylé est compatible avec les autres médicaments actifs contre le VIH. L'interféron n'a pas d'efficacité contre le VIH.
- L'interféron entraîne une diminution du nombre de lymphocytes CD4. Cette diminution est en général de l'ordre de 100/mm<sup>3</sup> et elle ne modifie pas le rapport CD4/CD8. À l'arrêt du traitement, le taux de CD4 revient rapidement à un taux proche du taux initial, avant la mise en route du traitement.

Les interactions potentielles entre la ribavirine d'une part et les analogues nucléosidiques inhibiteurs de la reverse transcriptase (zidovudine majorant anémie et neutropénie ; didanosine et stavudine exposant à un risque d'acidose lactique et de toxicité mitochondriale ou de décompensation de cirrhose pour la didanosine) justifient la recommandation qu'en cas de traitement antiviral par interféron pégylé et ribavirine, zidovudine, didanosine et stavudine soient remplacées, dans la mesure du possible, par d'autres antirétroviraux.

Le taux de réponse au traitement est globalement inférieur à celui obtenu chez les patients VIH négatifs.

### 1. Qu'est-ce que la cirrhose ?

La cirrhose est le résultat de la lente transformation du foie en un organe dur, à surface irrégulière, et dont le volume est augmenté au début (hépatomégalie), puis diminué en fin d'évolution. Le foie cirrhotique est constitué progressivement d'un tissu cicatriciel qui remplace peu à peu les cellules indispensables à son fonctionnement.

Les deux conséquences principales de la cirrhose sont :

- une perturbation de plus en plus importante des fonctions du foie (*insuffisance hépatique*) ;
- un obstacle à la circulation du sang, qui s'accumule dans les veines du tube digestif (*hypertension portale*).

La cirrhose, toutes causes confondues, provoque la mort de 10 000 personnes par an en France. Entre 30 et 60 ans, elle est la troisième cause de décès chez l'homme.

### 2. Quel est le lien entre cirrhose et alcoolisme ?

La cirrhose peut être provoquée par d'autres causes que la consommation excessive d'alcool. Toutefois, un excès de consommation de boissons alcoolisées pendant une longue période de la vie est à l'origine, en France, d'au moins deux tiers des cirrhoses. C'est la première cause de cette maladie dans ce pays, mais cela est loin d'être vrai dans l'ensemble du monde. La cirrhose d'origine alcoolique est la cirrhose la plus fréquente dans les pays où la consommation d'alcool est la plus élevée.

**Les cirrhoses qui n'ont pas l'alcool pour cause peuvent être provoquées, notamment,** par des hépatites virales (virus B, C, D), lorsqu'elles sont chroniques. À côté de l'alcool et des hépatites virales, la cirrhose peut aussi être due à des maladies génétiques (hémochromatose), une atteinte du système de défense immunitaire (hépatite *auto-immune*), une maladie du *métabolisme*.

### 3. Quels sont les symptômes qui peuvent alerter sur l'existence d'une cirrhose ?

Pendant très longtemps, il n'est pas possible de se rendre compte des modifications progressives du foie qui mènent à la cirrhose. En effet, ces modifications se produisent sans douleur et le foie se modifie d'une façon imperceptible et difficile à déceler, même pour le médecin. De plus, la progression de la maladie est très lente, si bien que pendant de nombreuses années la cirrhose peut exister sans symptôme ou avec des symptômes qui ne font habituellement pas penser à des troubles du foie : fatigue, perte d'appétit, troubles digestifs vagues, légère coloration jaune du blanc de l'œil et des urines, troubles sexuels, etc. C'est pourtant pendant cette période où les lésions du foie sont peu

importantes que le diagnostic est le plus utile pour traiter la cause et arrêter l'évolution.

**Ce n'est qu'à une période tardive de la cirrhose, quand le foie est déjà très abîmé, que les symptômes se manifestent par :**

- une jaunisse ;
- un gonflement des chevilles (œdème) et du ventre, avec présence d'eau dans l'abdomen (ascite) ;
- des urines peu abondantes ;
- des troubles de la conscience qui peuvent aboutir au coma ;
- des hémorragies digestives avec vomissements de sang et selles noires, par rupture des veines de l'œsophage (varices œsophagiennes) ;
- des infections à répétition, en particulier du liquide d'ascite, des urines, de la peau des jambes.

#### **4. Le diagnostic d'une cirrhose est-il difficile à faire ?**

Lorsque les symptômes d'une cirrhose apparaissent, le diagnostic est évident. Mais avant ce stade, pendant des années, le diagnostic peut être difficile : l'examen clinique peut n'apporter que peu de renseignements au médecin. Celui-ci aura besoin d'interroger le patient sur ses habitudes alimentaires et, notamment sur sa consommation en boissons alcoolisées, sur les médicaments pris habituellement, sur le mode de vie et sur l'existence éventuelle de maladies du foie dans la famille ou l'entourage.

Des analyses de sang sont très utiles pour faire le diagnostic d'une cirrhose, mais souvent, pendant longtemps, leurs résultats ne reflètent pas avec exactitude l'état du foie.

Les examens les plus souvent demandés par le médecin pour le diagnostic d'une cirrhose sont :

- un bilan sanguin, afin de préciser le degré d'atteinte du foie et l'activité de la maladie (taux de prothrombine, transaminases, phosphatases alcalines, gamma GT, bilirubine, électrophorèse des protéines, sodium, potassium et créatinine, alphafœtoprotéine) ;
- une échographie, afin d'apprécier le volume du foie, les modifications de sa forme et de sa structure, et dépister l'apparition de nodules suspects ;
- une endoscopie haute appelée « fibroscopie gastrique », afin de repérer les varices œsophagiennes qui constituent une menace d'hémorragie ;
- une transjugulaire.

## 5. Avec quels médicaments peut-on soigner la cirrhose,

Le médecin peut être amené à prescrire des médicaments utiles contre la cirrhose et ses complications. La vitamine A et certains autres médicaments sont contre-indiqués en cas de maladie chronique du foie. Il convient de s'informer à ce sujet auprès de son médecin ou de son pharmacien.

- Lorsque surviennent une diminution des urines et un gonflement des chevilles et du ventre, c'est-à-dire des œdèmes et de l'ascite, des médicaments diurétiques peuvent être prescrits. Ils favorisent l'élimination de l'urine. La prise de ces médicaments nécessite de temps en temps une surveillance par des prises de sang et, dans tous les cas, un régime sans sel à suivre scrupuleusement. Des sels de régime peuvent être alors prescrits.
- Pour réduire le risque d'hémorragie ou pour éviter qu'une hémorragie ne se reproduise, le médecin peut prescrire des médicaments destinés à diminuer la pression du sang dans les veines œsophagiennes : ce sont les *bêtabloquants*. La prise de ces médicaments ne doit jamais être interrompue brusquement. Les varices œsophagiennes peuvent également être traitées par voie endoscopique, c'est-à-dire par l'introduction dans l'œsophage (par la bouche) d'un instrument permettant l'intervention et, parfois, par voie chirurgicale.

## 6. Le fait que le foie ne fonctionne plus normalement a-t-il des conséquences sur les effets des médicaments ?

La plupart des médicaments absorbés sont transformés par le foie avant d'être éliminés. C'est pourquoi, en cas de cirrhose, les effets des médicaments peuvent être perturbés.

Des médicaments peuvent devenir moins actifs ; au contraire, des doses normales peuvent devenir trop fortes ; certains médicaments peuvent, du fait de la maladie, avoir des effets indésirables. Un simple somnifère peut déclencher un coma ; des antalgiques pris pour une rage de dents pourront faciliter les hémorragies ou encore aggraver les perturbations du foie.

**Il est important de savoir quels sont les médicaments qui peuvent être dangereux et de ne jamais les prendre sans avoir l'avis du médecin.**

C'est le cas :

- de l'aspirine ;
- de tous les anti-inflammatoires ;
- de tous les antalgiques (médicaments contre la douleur), tels que le paracétamol, susceptible d'être toxique pour le foie à partir de 2 g/j ;
- des médicaments contre les vomissements (Primpéran), de la théophylline et de certains antibiotiques ;
- de tous les sédatifs, somnifères, tranquillisants, barbituriques et des médicaments apparentés ;
- des anticoagulants, des hormones.

On peut également citer les extraits de foie, qui sont inutiles, ou les traitements par les plantes, qui sont inutiles et souvent dangereux car toxiques.

**En règle générale, l'existence d'une maladie chronique du foie doit rendre très prudent dans la prise de médicaments. Il faut éviter toute prise non contrôlée par le médecin et se conformer à ses indications pour les doses et la durée des traitements.**

## 7. Faut-il suivre un régime particulier ?

L'alimentation a une importance particulière au cours de cette maladie. Votre médecin vous recommandera habituellement de limiter l'usage du sel. Quelquefois il réduira également les protéines (viande, fromage, etc.). Bien entendu, puisque le foie est fragile, l'arrêt de la consommation de vin et de toutes formes de boissons alcoolisées est la condition nécessaire pour sauvegarder la partie du foie qui fonctionne.

La guérison d'une maladie du foie nécessite un bon état de nutrition, c'est-à-dire, dans toute la mesure du possible, une alimentation suffisante et équilibrée afin d'assurer l'efficacité des traitements. La consommation de tabac serait, selon des études récentes, un facteur aggravant de la fibrose.

Le dialogue avec votre médecin peut vous être utile sur ces sujets.

## 8. Une transplantation du foie peut-elle être envisagée ?

OUI. Quand la maladie a détruit une grande partie du foie, empêchant ainsi un fonctionnement correct et entraînant des complications qui menacent de plus en plus la vie, le remplacement du foie malade par un foie greffé doit être envisagé, et cela quelle que soit la cause de la cirrhose.

La transplantation du foie peut être pratiquée, même si un traitement antiviral n'a pas été pratiqué jusque-là.

Cette démarche importante nécessite une observation et un bilan complet dans des milieux spécialisés. La maladie ayant causé la cirrhose doit être guérie ou au moins stabilisée, et, en cas d'alcoolisme, le sevrage (arrêt de la consommation d'alcool) doit avoir été obtenu depuis plusieurs mois.

La transplantation nécessitera, par la suite, une surveillance et un traitement permanents afin d'assurer la tolérance du greffon et d'éviter le *rejet*.

La transplantation du foie ne supprime pas toujours les virus.

## 9. Conseils pratiques

### 1 – Sécurité sociale

Les soins liés à la cirrhose sont remboursés à 100 %.

### 2 – Dentition

Elle doit être surveillée car toute dent en mauvais état peut être à l'origine d'une infection générale du fait des microbes qui se trouvent en

permanence dans la bouche et de la faiblesse des défenses au cours de la cirrhose.

Il faut signaler à son dentiste qu'on est atteint d'une maladie du foie : d'une part en raison de possibles anomalies de la coagulation, interdisant certaines extractions dentaires et, d'autre part, pour éviter la prescription de médicaments contre-indiqués, comme les anti-inflammatoires.

### **3 – Conduite automobile**

La cirrhose, mais aussi le traitement contre le virus et contre la dépression, ralentit les réflexes dans la moitié des cas, sans que le conducteur en ait conscience. Une grande prudence s'impose. En cas de troubles évidents, mieux vaut passer le volant et éviter de conduire.

### **4 – Travail**

Un travail non pénible est tout à fait possible, voire encouragé. En revanche, en cas de complications, le repos sera souvent prescrit par votre médecin.

### **5 – Voyages**

L'altitude et l'avion sont autorisés. Toutefois, si vous êtes atteint de varices dans l'œsophage, qui sont susceptibles de saigner brutalement, évitez tout voyage éloigné, notamment dans les régions à faible niveau sanitaire. La vaccination contre les virus de l'hépatite A et B est fortement recommandée après vérification sanguine de l'absence de contact antérieur avec ces virus. Les vaccinations et le traitement préventif contre le paludisme sont autorisés.

### **6 – Activité physique**

Une activité physique douce et régulière est autorisée. En revanche, les efforts physiques pendant lesquels la respiration est, par moments, coupée sont déconseillés, notamment si vous êtes atteint de varices dans l'œsophage. Ce type d'effort est représenté, par exemple, par le fait de soulever un meuble lourd.

### **7- Activité sexuelle**

Elle n'est pas ou peu perturbée dans les formes modérées de cirrhose. Cependant, en cas de cirrhose compliquée, on peut constater une impuissance chez l'homme et un arrêt des règles chez la femme jeune. N'hésitez pas à signaler ce type de troubles à votre médecin car certains traitements peuvent les augmenter.

### **8 – En cas de hernie du nombril**

Celle-ci oblige souvent à porter une gaine. Mais, dans ce cas, protégez la peau avec un tissu doux. En effet, la peau recouvrant les hernies est très

fragile. Consultez en urgence en cas de plaie de la peau couvrant la hernie ou en cas de douleur.

### **9 – En cas de troubles circulatoires des jambes**

Sur les jambes également, la peau est très fragile. Une mauvaise cicatrisation après un petit traumatisme peut provoquer un ulcère chronique. Il faut donc avoir une bonne hygiène : par exemple, port de bottillons en cas de jardinage ; nettoyage de toute plaie avec un produit désinfectant.

### **10 – Vaccinations**

Être atteint d'une hépatite C n'est pas une contre-indication pour les vaccins existant contre d'autres maladies.

## Sélection de sites Internet et de numéros Verts relatifs à l'hépatite C

ORGANISMES	ADRESSES	COMMENTAIRES
<b>Sites français</b>		
<b>Ministère de la Santé</b>		
Ministère de la Santé et des Solidarités	<a href="http://www.sante.gouv.fr">http://www.sante.gouv.fr</a> Rubrique « les dossiers », sélectionner « les hépatites virales »	Dossier actualisé régulièrement
Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)	<a href="http://www.hepatites-info-service.org">www.hepatites-info-service.org</a> , rubrique « s'orienter » ou Minitel 3611 code Hépatites + nom ou numéro du département	Lieu et numéro de téléphone des CDAG dans votre département
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	<a href="http://www.inpes-sante.fr">http://www.inpes-sante.fr</a>	Pour commander ou télécharger les documents d'information disponibles sur l'hépatite C
Haute autorité de santé	<a href="http://www.has-sante.fr">http://www.has-sante.fr</a>	Recommandations sur le traitement, le dépistage de l'hépatite C et l'ALD
Agence de la biomédecine	<a href="http://www.agence-biomedecine.fr">http://www.agence-biomedecine.fr</a>	Pour trouver la liste des centres d'APM qui prennent en charge les patients à risque viral
<b>Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)</b>	<a href="http://www.drogues.gouv.fr">http://www.drogues.gouv.fr</a>	Informations sur les drogues et les toxicomanies
<b>Numéros verts</b>		
Drogues info service	0 800 23 13 13	(7j/7 de 8 h à 2 h) appel anonyme et gratuit)
Hépatites Info Service (HIS)	0 800 845 800	
Droits des Malades Info	0 810 51 51 51 (n° azur – coût d'une communication locale)	(Du lundi au vendredi de 14 h à 20 h)
<b>Associations françaises d'aide aux patients</b>		
Hépatites Ecoute et Soutien	<a href="http://www.hes-rhone-alpes.com">http://www.hes-rhone-alpes.com</a>	Information sur les hépatites
Hépatites info service (HIS)	<a href="http://www.hepatites-info-service.org">http://www.hepatites-info-service.org</a>	Informations sur les hépatites
SOS Hépatites	<a href="http://soshepatites.org">http://soshepatites.org</a>	Information sur les hépatites
Transhépaté	<a href="http://pageperso.aol.fr/transhepat">http://pageperso.aol.fr/transhepat</a>	Information sur les hépatites, la transplantation hépatique
<b>Sociétés savantes et fédération</b>		
Association française d'études du foie (AFEF)	<a href="http://www.meditis.net/groupe/afef/Accueil/accueil.asp">http://www.meditis.net/groupe/afef/Accueil/accueil.asp</a>	Société savante qui regroupe des spécialistes des maladies du foie et œuvre pour le développement de l'hépatologie
Fédération nationale des pôles de référence et réseaux Hépatites	<a href="http://www.fnprh.com/">http://www.fnprh.com/</a> <a href="http://www.hepatites-info.com">http://www.hepatites-info.com</a>	Pour les professionnels de santé Pour les patients et les associations

## Liste d'associations de lutte contre l'hépatite C (liste non exhaustive)

### Associations (cellules d'écoute, soutien et accueil des personnes atteintes)

#### ► Actions Traitements

190, boul. de Charonne  
75020 Paris  
Tél. 01 43 67 00 00  
(ligne info traitements de 15 h à 18 h)  
[www.actions-traitements.org](http://www.actions-traitements.org)

#### ► Act up Paris

BP 287 - 45, rue Sedaine  
75525 Paris Cedex 11  
Tél. : 01 48 06 13 89  
Fax : 01 48 06 16 74  
[www.actupp.org](http://www.actupp.org)

#### ► Aides - Fédération nationale

14, rue Scandicci - 93500 Pantin  
Tél. : 01 41 83 46 46  
Fax. : 01 41 83 46 49  
[www.aides.org](http://www.aides.org)

#### ► Anihc

Association nationale information hépatite C  
14 bis, Côte-de-Goumetx  
31800 Saint-Gaudens  
Tél. et fax : 05 61 89 74 83  
[anihc@wanadoo.fr](mailto:anihc@wanadoo.fr)  
*Se renseigner pour connaître les coordonnées des antennes locales et des permanences téléphoniques.*

#### ► Arcat

Association de recherche, de communication et d'action pour le

traitement du sida et des pathologies associées

94-102, rue de Buzenval  
75020 Paris

Tél. : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 30

[www.arcat-sante.org](http://www.arcat-sante.org)

*Téléphoner pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel (assistante sociale, juriste, psychologue...).*

#### ► HES

Hépatites écoute et soutien (pour les personnes préoccupées par la transmission des hépatites virales)

26, rue du Château  
69200 Venissieux

Tél. et fax : 04 72 51 39 36

[hes@libertysurf.fr](mailto:hes@libertysurf.fr)

*Permanence juridique et sociale téléphonique : 04 72 19 81 81 (les 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> mardis du mois, de 9 heures à 12 heures)*

#### ► SOS Hépatites fédération

43, rue du Docteur Mougeot  
52100 Saint-Dizier

Tél. : 03 25 06 12 12

ou 03 25 56 86 58

[contact@sos.hepatites.org](mailto:contact@sos.hepatites.org)

[www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)

#### ► Antennes SOS Hépatites

*Alsace*

Tél. : 06 62 80 53 74 et

03 88 61 98 04 de 14 h à 19 h

### **Auvergne**

Tél. : 04 73 36 63 78

### **Bourgogne**

3-5, rue Etienne-Baudinet

21000 Dijon

Tél. : 03 80 42 97 39

### **Centre Val-de-Loire**

Tél. : 02 47 51 08 88

### **Champagne-Ardenne**

5, rue J.J. Rousseau

08000 Charleville-Mézières

Tél. : 03 26 59 26 82

### **Franche-Comté**

4, rue de la Préfecture

25000 Besançon

Tél. : 03 84 52 04 15

### **Guadeloupe**

Tél. : 05 90 94 39 62

### **Languedoc-Roussillon**

4 bis, avenue de la Font neuve

34500 Béziers

Tél. : 04 67 30 28 89

### **Limousin**

Tél. : 05 55 77 99 38

### **Nord-Pas-de-Calais**

241 bis, rue Emile Zola

62800 Liévin

Tél. : 03 21 72 35 28

Berrabah6@hotmail.fr

### **Paris et Ile-de-France**

190, boulevard de Charonne

75020 Paris

Tél. : 01 42 39 40 14

*(lundi au vendredi, de 10 h à 13 h et de 14 h à 18 h) – groupe de paroles (1<sup>er</sup> samedi du mois, de 14 h à 17 h)*

### **Pays de la Loire**

Numéro Indigo : 0825 096 696

Ecoute Angers : 02 41 93 90 00

### **Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca)**

Cité des associations

93, la Canebière

13001 Marseille

Tél. : 04 91 72 48 90

sos.hepatites.paca@wanadoo.fr

*(vendredi, de 14 h à 17 h ; 2<sup>e</sup> samedi de chaque mois, de 10 h à 12 h)*

### **Rhône-Alpes**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux

38000 Grenoble

Tél. : 04 76 37 04 42

soshepatites.alpes@wanadoo.fr

### **Permanences :**

– Grenoble, maison des associations (2<sup>e</sup> lundi du mois, de 17 h 30 à 19 h 30) CHU Grenoble, (vendredi, de 10 h à 12 h)

– Valence, maison des sociétés (4<sup>e</sup> vendredi du mois, de 17 h 30 à 19 h 30) (mercredi, de 14 h à 16 h 30)

– Annonay, maison des associations (3<sup>e</sup> mercredi du mois, de 17 h 30 à 19 h 30)

– Saint-Étienne, locaux Actis, (rue Michel-Servet) (2<sup>e</sup> mercredi du mois, de 17 h 30 à 19 h 30) CHU Nord Saint-Étienne, service gastroentérologie (1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> mercredi du mois, de 14 h à 16 h 30)

### ► **Transhépate**

Association nationale des déficients et transplantés hépatiques

6, rue de l'Aubrac

75012 Paris

Tél. et fax : 01 40 19 07 60

transhepate@aol.com

## Associations d'aide et de défense des malades

- ▶ **Aavac**  
Association d'aide aux victimes  
d'accidents corporels  
Maison des victimes  
136, avenue Louis-Barthou  
BP 125 – 33020 Bordeaux  
Tél. : 05 56 42 63 63  
Fax : 05 56 17 23 87  
[www.aavac.asso.fr](http://www.aavac.asso.fr)  
[contact@aavac.asso.fr](mailto:contact@aavac.asso.fr)
- ▶ **ADUA**  
Association de défense des  
usagers de l'administration  
Maison des associations  
4 rue Amélie – 75007 Paris  
Tél. : 06 50 57 59 45
- ▶ **AFT**  
Association française  
des transfusés  
12, rue de l'Abbé-de-l'Épée  
75005 Paris  
Tél. : 01 44 07 00 50  
*(permanence le lundi de 14 h à 18 h,  
le mardi et vendredi, de 10 h à  
18 h)*
- ▶ **AFH**  
Association française  
des hémophiles  
6, rue Alexandre Cabanel  
75739 Paris Cedex 15  
Tél. : 01 45 67 77 67  
[www.afh.asso.fr](http://www.afh.asso.fr)
- ▶ **Aviam**  
Association de secours  
et de sauvegarde des victimes  
des actes médicaux

15, rue Emile Savigner  
49240 Avrille  
Tél./Fax : 02 41 45 18 45  
[aviamfrance@fraternet.org](mailto:aviamfrance@fraternet.org)  
[www.aviamfrance.org](http://www.aviamfrance.org)

- ▶ **Pourquoi ?**  
Regroupement des contaminés  
par le VHC post-transfusionnel  
110, avenue de la Libération  
33700 Mérignac  
Tél./Fax : 05 56 97 53 73  
[www.association-pourquoi.com](http://www.association-pourquoi.com)

## Associations d'autosupport d'usagers de drogues

- ▶ **ASUD National**  
Auto support d'usagers de drogue  
206, rue de Belleville 75020 Paris  
Tél. : 01 43 15 00 66  
Fax : 01 43 15 01 11  
[secretariat.asud@club-internet.fr](mailto:secretariat.asud@club-internet.fr)  
[www.asud.org](http://www.asud.org)

## Autres associations œuvrant dans le domaine de l'hépatite C (information, prévention, éducation pour la santé)

- ▶ **AFEF**  
Association française d'études  
du foie (société savante)  
Unité d'hépatologie  
Hôpital Henri Mondor  
51, avenue du Maréchal de Lattre  
de Tassigny  
94010 Créteil Cédex  
Tél. : 01 49 81 43 61  
Fax. : 01 49 81 23 52  
[www.meditis.net/groupes/afef/](http://www.meditis.net/groupes/afef/)  
[Accueil/accueil.asp](http://Accueil/accueil.asp)

- ▶ **Drogues info service**  
0 800 23 13 13  
(7j/7 appel anonyme et gratuit)
- ▶ **Ecoute alcool**  
0 811 91 30 30 (14 h-2 h, coût d'un appel local)
- ▶ **Tabac info service**  
0 825 309 310 (du lundi au samedi, 8 h-20 h, 0,15 euros/min)
- ▶ **FPRH**  
Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites  
Pavillon Abrami – Hôpital Beaujon  
100, boul. du Général-Leclerc  
92118 Clichy Cedex  
Tél. : 01 47 37 26 14
- ▶ **Hépatites Info Service (HIS)**  
Numéro vert : 0 800 845 800  
(appel anonyme et gratuit)  
[www.hepatites-info-service.org](http://www.hepatites-info-service.org)
- ▶ **Promotion de l'information scientifique, thérapeutique et épidémiologique sur le sida et l'hépatite C (Pistes)**  
Revue Transcriptases  
Tour Maine Montparnasse  
33, avenue du Maine  
BP 53 – 75755 Paris Cedex 15  
[contact@pistes.fr](mailto:contact@pistes.fr)  
[www.pistes.fr](http://www.pistes.fr)
- ▶ **SNFGE**  
Société nationale française de gastroentérologie (société savante)  
CHU Trousseau – 37044 Tours Cedex  
Tél.: 02 47 48 23 01  
Fax. : 02 47 48 23 02  
[secretariat.tours@snfge.org](mailto:secretariat.tours@snfge.org)

## Association de lutte contre l'alcoolisme

- ▶ **Association nationale de la prévention en alcoologie et addictologie**  
20, rue Saint-Fiacre – 75002 Paris  
Tél. : 01 42 33 51 04  
Fax : 01 45 08 17 02

## Associations nationales d'anciens malades alcooliques

- ▶ **Alcooliques anonymes**  
29, rue Campio Formio  
75013 Paris  
Tél. : 01 48 06 43 68  
Fax : 01 40 21 05 35
- ▶ **Société française de la Croix-Bleue**  
149, rue Belliard – 75018 Paris  
Tél. : 01 42 28 37 37  
[cbleue@club-internet.fr](mailto:cbleue@club-internet.fr)  
[www.croixbleue.fr](http://www.croixbleue.fr)
- ▶ **Alcool assistance la Croix d'Or**  
10, rue des Messageries  
75010 Paris  
Tél. : 01 47 70 34 18  
Fax : 01 42 46 26 09
- ▶ **Fédération nationale joie et santé**  
8, bd de l'Hôpital – 75005 Paris  
Tél. : 01 43 36 83 99
- ▶ **Vie libre**  
8, impasse Dumur – 92110 Clichy  
Tél. : 01 47 39 40 80  
Fax : 01 47 30 45 37

## Liste des pôles de référence/ réseaux hépatite C

### Pôles hépatite C

► **Alsace**

Strasbourg

### Chefs de service et médecins référents

Pr Michel Doffoel  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
Service d'hépatogastroentérologie  
CHU Strasbourg  
Hôpital Civil  
1 place de l'Hôpital  
67091 Strasbourg Cedex  
Tel. 03 88 11 62 49 Fax. 03 88 11 54 72  
michel.doffoel@chru-strasbourg.fr

► **Antilles**

Martinique

+ Guadeloupe

Dr. André Edouard  
(Chef de service – Responsable du pôle –  
Coordonnateur du réseau)  
Service de gastroentérologie  
CHU de Fort de France  
BP 632  
97261 Fort de France Cedex  
Martinique  
Tel : 05 96 55 22 31 (ou 32 ou 33)  
Fax : 00 596 75 84 56  
e-mail : A.EDOUARD@wanadoo.fr et  
hepatogastro@chu-fortdefrance.fr

Dr Eric Saillard – Guadeloupe  
Service de gastroentérologie  
CHU Pointe à Pitre  
Route de Chauvel  
97159 Pointe à Pitre-Abymes  
eric.saillard@chu-guadeloupe.fr

► **Aquitaine**

Bordeaux

Pr Patrice Couzigou (Chef de service)  
Juliette Foucher  
(Responsable du pôle et du réseau)  
Hôpital Haut-Lévêque  
Bât. USN

Av. de Magellan  
33600 Pessac  
Tel 05 57 65 64 39 Fax : 05 56 55 64 45  
patrice.couzigou@chu-bordeaux.fr  
juliette.foucher@chu-bordeaux.fr

► **Auvergne**  
Clermont-Ferrand

Dr. Armand Abergel  
(Chef de service et Coordonnateur du réseau)  
Hôtel-Dieu  
BP 69  
63003 Clermont Ferrand  
Tel : 04 73 75 05 04 Fax : 04 73 75 05 07  
aabergel@chu-clermontferrand.fr

► **Basse Normandie**  
Caen

Pr. Thong Dao  
(Chef de service et responsable du pôle)  
Dr. Catherine Guillemard  
(Responsable du réseau)  
CHU Caen Côte de Nacre  
Hépatogastroentérologie  
Av. de la Côte de Nacre  
Niveau 19  
14033 Caen Cedex  
Tel. 02 31 06 45 44 Fax : 02 31 06 45 45  
dao-t@chu-caen.fr  
Tél. 02 31 06 45 42  
guillemard-c@chu-caen.fr  
Tél. 02 31 06 45 37

► **Bourgogne**  
Dijon

Pr. Patrick Hillon  
(Chef de service et Responsable du pôle)  
Dr. Anne Minello (Responsable du réseau)  
Hôpital du Bocage  
Hépatogastroentérologie  
2 boul Maréchal de Lattre de Tassigny  
21034 Dijon Cedex  
Tel. 03 80 29 37 50 Fax : 03 80 29 37 22  
patrick.hillon@chu-dijon.fr  
anne.minello@chu-dijon.fr

► **Bretagne**  
Rennes

Pr. Dominique Guyader  
(Chef de service et responsable du pôle)  
Dr. H. Danielou (Responsable du réseau)

CHU Pont Chaillou  
Service des maladies du foie  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 Rennes Cedex 9  
Tel. 02 99 28 42 97 Fax : 02 99 28 41 12  
dominique.Guyader@univ-rennes1.fr  
helene.danielou@chu-rennes.fr

► **Centre**  
Tours

Dr Yannick Bacq  
(Responsable du pôle et Coordonnateur régional)  
Dr. Louis d'Alteroche (Animateur du réseau)  
Hôpital Trousseau  
37044 Tours Cedex 01  
Tél. : 02 47 47 59 65 Fax : 02 47 47 84 28  
bacq@med.univ-tours.fr  
l.dalteroche@chu-tours.fr

► **Champagne-Ardenne**  
Reims

Pr. Gérard Thieffin  
(chef de service et responsable du pôle)  
Dr Brigitte Bernard-Chabert  
(Secrétaire du réseau)  
Service d'hépatogastro (U72)  
CHU Reims Hôpital Robert Debré  
Rue Général Koening  
51092 Reims Cedex  
Tel : 03 26 78 88 48  
fax : 03 26 78 88 36  
gthieffin@chu-reims.fr  
bbernard-chabert@chu-reims.fr

► **Franche-Comté**  
Besançon

Pr Jean-Philippe Miguet (Chef de service –  
Responsable du pôle – Président du réseau)  
Estelle Collin (Chef de projet et réseau REVHOC)  
Hépatologie  
CHU Jean Minjoz  
3 boul. Aristide Fleming  
25030 Besançon  
Tel. 03 81 66 84 21  
Fax. 03 81 66 84 17  
hepatologie@chu-besancon.fr  
ecollin@chu-besancon.fr

► **Haute-Normandie**

Rouen

Pr E. Lerebours (Chef de service)  
Dr. Odile Gorla (Responsable du pôle)  
Département d'hépatogastroentérologie  
et de nutrition  
Pr Pierre Czernichow (Président du réseau)  
Département d'épidémiologie et de santé  
publique  
Hôpital Charles Nicolle  
1 rue Germont  
76031 Rouen Cedex  
Tel : 02 32 88 82 60 Fax : 02 3515 16 23  
eric.lerebours@chu-rouen.fr  
odile.gorla@chu-rouen.fr  
pierre.czernichow@chu-rouen.fr  
Tél.02 32 88 86 37

► **Languedoc-Roussillon**

Montpellier

Dominique Larrey  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
Dr Diane Peloux (Responsable du réseau)  
CHU – Hôpital St Eloi  
Hépatogastroentérologie  
80 rue Fliche  
34295 Montpellier Cedex 5  
Tél.04 66 68 31 83 Fax : 04 67 52 38 97  
dom-larrey@chu-montpellier.fr  
secr. M.rouzier@chu-montpellier.fr  
Tél. 04 67 33 70 62  
reseau-hepatites-lr@chu-montpellier.fr  
Tel. 04 67 33 78 46

► **Limousin**

Limoges

Pr Bernard Pillegand (Responsable du pôle)  
Dr. Véronique Loustaud-Ratti  
(Responsable du réseau)  
Service d'hépatogastroentérologie  
CHU Dupuytren  
2 avenue Martin Luther King  
87042 Limoges Cedex  
Tél. : 05 55 05 66 20 Fax : 05 55 05 66 30  
loustaud-ratti@unilim.fr

► **Lorraine**

Metz

Dr Jean-Jacques Raabe (Responsable du pôle)  
CHR Metz Thionville  
Hôpital Bon Secours

Consultations d'hépatologie  
BP 81065 – 57038 Metz Cedex  
Tél. LD 03 87 55 33 50  
jj.raabe@chr-metz-thionville.rss.fr

► **Lorraine**  
Nancy

Pr. Marc-André Bigard (Chef de service)  
Pr. Jean-Pierre Bronowicki  
(Responsable du pôle)  
CHU de Nancy – Hôpital Brabois  
Service d'hépatogastroentérologie  
Rue du Morvan  
54500 Vandoeuvre  
Tel. Std 03 83 15 30 30 Fax : 03 83 44 07 51  
ma.bigard@chu-nancy.fr  
jp.bronowicki@chu-nancy.fr  
Tel. Secr. 03 83 15 33 64

► **Midi-Pyrénées**  
Toulouse

Pr Laurent Alric  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
Dr Jean-Marc Combis (Président du réseau hep  
C 31 Hte Garonne)  
CHU Purpan  
Clinique Dieulafoy  
Service d'hépatogastroentérologie  
31059 Toulouse Cedex  
Tél. : 05 61 77 21 14 Fax : 05 61 77 90 15  
alric.l@chu-toulouse.fr  
Secr. Mme Colomer 05 61 77 95 14  
jean-marc.combis@wanadoo.fr

► **Nord-Pas de Calais**  
Lille

Dr. Valérie Canva-Delcambre  
(Responsable du pôle et Présidente du réseau)  
CHRU de Lille – Hôpital Claude Huriez  
Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition  
aile Est, 2<sup>e</sup> étage  
59037 Lille Cedex  
Tel : 03 20 44 55 97 Fax : 03 20 44 55 64  
vcanca@chru-lille.fr

► **PACA**  
Marseille

Pr Danièle Botta-Fridlund  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
Dr. Isabelle Portal  
(Responsable et coordonnatrice du réseau)

Hôpital de la Conception  
Hépatogastroentérologie  
147 boulevard Baille  
13385 Marseille Cedex 05  
Tel : 04 91 38 36 96 Fax : 04 91 38 36 92  
danielle.botta@ap-hm.fr  
isabelle.portal@ap-hm.fr

► **Provence-Alpes-Côte  
d'Azur**  
Nice

Pr. Albert Tran  
(Chef de service et responsable du pôle)  
Hôpital de l'Archet 2  
Hépatogastroentérologie  
151 route de St-Antoine de Ginestière  
BP 3079  
06202 Nice Cedex 03  
Tel. 04 92 03 59 43 Fax : 04 92 03 65 75  
tran@unice.fr  
Tel : 04 92 03 61 68

► **Pays de Loire**  
Angers

Pr Paul Cales (Chef de service – Responsable  
du pôle et du réseau VHC)  
Dr. Isabelle Hubert Fouchard  
(Coordonnatrice du réseau VHC)  
Hépatogastroentérologie  
CHU d'Angers  
49033 Angers Cedex 01  
Tel : 02 41 35 34 10 Fax : 02 41 35 41 19  
cales@med.univ-angers.fr  
isHubert-Fouchard@chu-angers.fr  
Tél. 02 41 35 55 22

► **Pays de Loire**  
Nantes

Pr. Jean-Paul Galmiche (Chef de service)  
Dr Jérôme Gournay (Responsable du pôle)  
Service d'hépatogastroentérologie  
Hôpital Laennec  
CHU Nantes  
BP1005  
44093 Nantes Cedex 1  
Tel. 02 40 08 30 28 Fax. 02 40 08 31 68  
jeanpaul.galmiche@chu-nantes.fr  
jerome.gournay@chu-nantes.fr

► **Picardie**

Amiens

Pr. (Mme) Dominique Capron  
(Chef de service et responsable du pôle  
et du réseau)  
CHU d'Amiens  
Hôpital Nord – Service d'hépatogastroentérologie  
Place Victor Pauchet  
80054 Amiens Cedex 01  
Tél. : 03 22 66 82 07 Fax : 03 22 66 82 18  
Capron.dominique@chu-amiens.fr

► **Poitou-Charente**

Poitiers

Pr. Christine Silvain  
(Chef du Service et responsable du pôle)  
Dr Alain Verneau (Président du réseau)  
CHU de Poitiers  
Service d'hépatogastroentérologie  
B.P. 577  
86021 Poitiers Cedex  
Fax : 05 49 44 38 35  
c.silvain@chu-poitiers.fr  
Tel. 05 49 44 38 47 ou 43 60  
rhpcp@chu-poitiers.fr  
Tél. 05 49 44 44 02 Fax : 05 49 44 38 35

► **Rhône Alpes**

Grenoble

Pr. Jean-Pierre Zarski  
(Chef du service et responsable du pôle)  
Dr. Marie-Noëlle Hilleret (Secr. Réseau)  
CHU de Grenoble  
Département HGE BP 217  
38043 Grenoble Cedex 9  
Tel : 04 76 76 54 41 Fax : 04 76 76 51 79  
JPZarski@chu-grenoble.fr  
Secr. Patricia Mancini 04 76 76 54 41  
MNHilleret@chu-grenoble.fr

► **Rhône Alpes**

Lyon

Pr Christian Trepo  
(Chef du service et responsable du pôle)  
Dr Anne-Marie Marion-Audibert  
(Actions en Réseau)  
Service d'hépatogastroentérologie  
CHU Lyon  
Hôtel Dieu  
1 Place de l'Hôpital – 62002 Lyon

Tél. : 04 72 41 30 90 Fax : 04 72 41 31 40  
christian.trepo@chu-lyon.fr  
mar.audibert@infonie.fr  
Tél. 04 72 41 31 90

## **Assistance Publique**

### ▶ **Beaujon** Clichy

## **Hôpitaux de Paris/Ile-de-France**

Pr Dominique Valla (Chef de service)  
Pr. P. Marcellin (Responsable du pôle)  
Dr. N. Boyer  
(Coordonnatrice du réseau Hauts-de-Seine)  
Hôpital Beaujon Pavillon Abrami Service  
d'hépatologie  
100 boul. du Gal. Leclerc  
92110 Clichy  
Tel. 01 40 87 53 38 Fax. 01 47 30 94 40  
dominique.valla@bjn.aphp.fr  
patrick.marcellin@bjn.aphp.fr  
nathalie.boyer@bjn.aphp.fr

### ▶ **Henri Mondor** Créteil

Pr Daniel Dhumeaux (Chef de service)  
Christophe Hezode (Responsable du pôle)  
CHU Henri Mondor  
Service d'hépatologie  
51, avenue de Lattre de Tassigny  
94010 Créteil  
Tel. 01 49 81 23 53 Fax : 01 49 81 23 52  
daniel.dhumeaux@hmn.aphp.fr  
christophe.hezode@hmn.aphp.fr

### ▶ **Necker**

Pr. Stanislas Pol (Chef de service et responsable  
du pôle et du réseau)  
Service d'hépatologie  
Hôpital Necker  
149 rue de Sèvres  
75747 Paris Cedex 15  
Tel. 01 44 49 44 38 Fax. 01 44 49 44 39 (ou 43 30)  
stanislas.pol@nck.aphp.fr

### ▶ **Pitié-Salpêtrière**

Pr Thierry Poynard (Chef de service  
et responsable du pôle et du réseau)  
Joseph Moussalli (Responsable du réseau)  
CH Pitié-Salpêtrière

Hépatogastroentérologie  
47-84 boul. de l'Hôpital  
75651 Paris Cedex 13  
Tél. : 01 42 16 10 02 Fax : 01 42 16 14 27  
tponnard@teaser.fr  
josephmoussalli@wanadoo.fr

► **Jean Verdier**

Pr. Michel Beaugrand (Chef de service)  
Dr. Véronique Grando  
(Responsable du pôle et du réseau)  
Hôpital Jean Verdier  
Service d'hépatogastroentérologie  
Avenue du 14 juillet  
93143 Bondy  
Tel. 01 48 02 62 80 Fax. 01 48 02 62 02  
michel.beaugrand@jvr.aphp.fr  
Tél. 01 48 02 62 96  
veronique.grando@jvr.aphp.fr

► **Saint-Antoine**

Pr. Raoul Poupon (Chef de service et  
responsable du pôle et du réseau)  
MR Dr. Lawrence Serfaty (Coordonnateur)  
Service d'hépatogastroentérologie  
Hôpital Saint-Antoine  
184 rue du Faubourg Saint-Antoine  
75571 Paris Cedex 12  
Tel. 01 49 28 29 23 Fax : 01 49 28 21 07  
raoul.poupon@sat.aphp.fr  
Sec. 01 49 28 23 78  
lawrence.serfaty@sat.aphp.fr



# Glossaire

**Activité :** L'activité d'une hépatite chronique se définit par l'importance de l'inflammation et de la nécrose. Elle est quantifiée, d'après l'aspect de la biopsie du foie, de A0 (absente), A1 (minime), A2 (modérée) à A3 (sévère). Elle est distincte de la fibrose.

**ALAT, alanine-aminotransférases :** Voir Transaminases.

**Anticorps :** Outils de défense immunitaire de l'organisme produits par les lymphocytes B sous forme de protéines sanguines appelées « immunoglobulines » (gammaglobulines). Les anticorps possèdent la propriété de se combiner à une substance étrangère indésirable (l'antigène) afin de la neutraliser. Il existe cinq classes d'immunoglobulines (Ig) : IgM, IgD, IgG, IgE et IgA. Des Ig de classes différentes peuvent être dirigées contre le même antigène, leur action étant complémentaire.

Les anticorps persistent presque définitivement dans le sang après un premier contact avec l'antigène. Les anticorps sont faciles à détecter dans une prise de sang. Ils peuvent donc être utilisés comme marqueurs d'un contact antérieur avec un antigène, par exemple le virus C. Ils restent présents, que l'antigène soit toujours présent dans l'organisme ou qu'il en ait été éliminé.

**Antigène :** Molécule propre à une substance, un organisme vivant et pouvant entraîner la fabrication d'anticorps si elle est introduite dans un organisme étranger.

**Arthralgie :** Douleur articulaire.

**Ascite :** Accumulation de liquide dans la cavité du péritoine (abdomen). L'ascite ne se développe que s'il existe à la fois une hypertension portale et une rétention hydrosodée.

**Asthénie :** Etat de fatigue, de faiblesse généralisée.

**Asymptomatique :** Qui ne présente aucun symptôme spécifique. Attention : dans certains cas, le terme peut prêter à confusion. Lorsqu'une hépatite ne se signale par aucune manifestation clinique particulière, on peut la dire « asymptomatique ». Cela ne signifie pas qu'elle n'est pas active.

**Auto-immun** : Réaction de l'organisme dirigée contre ses propres constituants, contre soi.

**Bêtabloquant** : Médicament qui inhibe les récepteurs bêta du système sympathique, utilisé notamment pour prévenir les hémorragies dues à l'hypertension portale.

**Bile** : Liquide sécrété par les cellules du foie et acheminé vers l'intestin par les voies biliaires. La bile a notamment pour fonctions la digestion des graisses et l'acheminement des déchets épurés par le foie.

**Bilirubine** : Pigment issu de la dégradation des globules rouges qui donne sa couleur à la bile. Quand un foie lésé ne réussit pas à évacuer la bile vers la vésicule biliaire, le taux de bilirubine dans le sang augmente et entraîne une coloration jaune de la peau et des tissus conjonctifs, appelée « ictère ».

**Biopsie** : La biopsie hépatique (PBH) est le prélèvement d'un fragment du foie afin de réaliser un examen de ses constituants au microscope. Le prélèvement se fait le plus souvent par ponction au moyen d'une aiguille montée sur une seringue à la façon d'un sondage.

**Cancer primitif du foie** : Cancer développé à partir des constituants normaux du foie. On le distingue du cancer secondaire du foie (ou métastase) provenant d'un cancer d'un autre organe.

**Carcinome hépatocellulaire** : Le plus fréquent des cancers primitifs du foie.

**Cathéter** : Fin tuyau flexible permettant de pénétrer et de progresser dans un canal (par exemple un vaisseau sanguin). Un cathéter peut être utilisé pour réaliser une biopsie hépatique en passant par la veine jugulaire, l'oreillette droite et les veines du foie.

**Charge virale** : Quantité de virus dans le sang (exprimée en nombre de particules virales par millilitre).

**Circulation veineuse collatérale** : Circulation de contournement qui se produit lorsqu'il existe un obstacle sur le vaisseau principal. Cet itinéraire bis permet au sang de contourner l'obstacle grâce au développement de vaisseaux normalement peu importants, voire en suscitant la création de nouveaux vaisseaux.

**Cirrhose** : Régénération anarchique du foie se produisant au sein d'un tissu cicatriciel fibreux (la fibrose) de disposition annulaire et constitué d'amas cellulaires formant de petits nodules. La cirrhose ne respecte pas l'architecture initiale du

foie. La cirrhose est la conséquence d'une inflammation prolongée du foie, généralement dirigée contre les hépatocytes. Quand elle vient compliquer une hépatite chronique active, on parle de « cirrhose post-hépatite ».

**Cirrhose biliaire primitive** : Affection rare (une centaine de cas par million d'habitants) des voies biliaires qui touche essentiellement les femmes. Dans sa phase terminale, cette maladie auto-immune peut provoquer une véritable cirrhose.

**Cirrhose décompensée** : On parle de cirrhose décompensée au stade où apparaissent des manifestations d'insuffisance hépatique sévère, d'hypertension portale ou d'ascite.

**Cirrhose micro- ou macronodulaire** : La cirrhose est micronodulaire lorsque les nodules de régénération sont inférieurs à 3 mm. Quand ils sont plus importants, on parle de « cirrhose macronodulaire ».

**Consommation d'alcool à risque** : Consommation régulière de boissons alcoolisées supérieure à deux ou trois verres par jour chez la femme et à trois ou quatre verres par jour chez l'homme, qui expose le consommateur entre autres à un risque de maladie du foie.

**Cytolyse** : Destruction des cellules. L'augmentation des transaminases est proportionnelle à l'intensité de la cytolysse des cellules du foie.

**Dyspepsie** : Digestion difficile.

**Encéphalopathie hépatique** : Ensemble de troubles du fonctionnement cérébral accompagnant une insuffisance hépatique grave, et pouvant entraîner un coma.

**Endémie** : Persistance d'une maladie particulière dans un territoire ou une région déterminé ou au sein d'une collectivité. Cette maladie pouvant être manifeste (patente) ou à l'état latent.

**Entéral** : Qui passe par l'appareil digestif.

**Érythème palmaire** : Rougeur sur la paume de la main disparaissant sous la pression. Comme l'angiome stellaire, l'érythème est un signe d'insuffisance de maladie chronique du foie.

**Espace porte** : Espace situé aux angles de chaque lobule du foie, à travers lequel arrivent une veinule issue de la veine porte et une artériole de l'artère hépatique et par lequel partent les rameaux initiaux des voies biliaires.

**Fibrose** : Tissu fibreux se développant au siège d'une inflammation chronique. Quand elle est minime, la fibrose n'est pas grave. Quand elle s'étend, elle peut aboutir au développement d'une cirrhose.

**Fractions coagulantes** : Protéines du sang indispensables à sa coagulation. Elles sont fabriquées sous forme de médicaments à partir de mélanges (lots) de plusieurs milliers de dons de sang ou de plasma. Le produit injecté au malade est fonction de ses besoins, par exemple : facteurs anti-hémophiliques, PPSB, fibrinogène. Depuis 1987, ces produits subissent des traitements d'inactivation et à partir de 1992, le dépistage des anticorps anti-VHC a été mis en place sur tous les dons de sang. Depuis juillet 2001, le dépistage du génome viral VHC est réalisé.

**Gamma GT** : Les gammaglutamyltransféritases sont des enzymes essentiellement produites par le foie. Les causes d'augmentation sont fréquentes, multiples, et pas toujours liées à une maladie du foie. Il n'y a pas de relation entre l'augmentation de la gamma GT et la sévérité de l'atteinte hépatique.

**Génome** : C'est l'ensemble des caractères génétiques caractérisant un organisme vivant donné. Chez l'homme, il est constitué d'acide désoxyribonucléique (ADN) composé de deux chaînes de molécules reliées l'une à l'autre. Le génome des virus comporte soit de l'ADN (virus de l'hépatite B et Delta), soit de l'ARN, ou acide ribonucléique (virus des hépatites A, C, D, E et VIH).

**Génotype** : Il est généralement exprimé par des chiffres et/ou des lettres. Il permet de classer des organismes vivants selon leur degré de parenté et leur ressemblance génétique.

**Gravidique** : Relatif à la grossesse. Par définition, l'ictère gravidique n'affecte donc que les femmes enceintes.

**Hémodialyse** : Technique d'épuration qui permet de suppléer le rein lorsqu'il est défaillant. Elle consiste à faire passer le sang sur un circuit permettant l'élimination des substances telles que l'urée.

**Hémorragie digestive** : Chez les personnes atteintes de cirrhose, il se produit une augmentation de la pression dans la veine arrivant au foie en provenance du tube digestif et de la rate. Cette hypertension portale peut provoquer le développement de varices de l'œsophage. Ces varices peuvent être la source d'un saignement. La plupart des hémorragies digestives survenant chez les personnes atteintes de cirrhose sont dues à la rupture des varices de l'œsophage. Pour prévenir ces hémorragies, qui peuvent être très graves, on a recours soit à des procédés médicaux (médicamenteux ou endoscopiques), soit, très rarement, à des interventions radiologiques ou chirurgicales.

**Hépatite :** Nom générique donné aux affections inflammatoires du foie.

**Hépatite chronique :** Il faut distinguer le portage chronique du virus C quand la recherche du virus C dans le sang par PCR reste positive plus de 6 mois après la contamination de l'inflammation du foie ou hépatite chronique.

**Hépatite chronique active :** L'hépatite chronique active associe une inflammation de degré variable, qui peut déborder de l'espace porte et affecter l'intérieur des lobules, une destruction des hépatocytes et une fibrose secondaire à l'inflammation. Elle peut conduire à une cirrhose, et parfois à un cancer. L'activité de l'hépatite chronique peut être minime, modérée ou forte.

**Hépatite chronique persistante :** Terme encore employé pour désigner les hépatites chroniques d'activité minime, où l'inflammation est limitée aux espaces portes et la destruction des cellules hépatiques est quasi nulle. On tend à ne plus employer ce terme au profit de celui d'hépatite d'activité minime.

**Hépatite fulminante :** Une hépatite aiguë est dite « fulminante » lorsqu'elle entraîne une diminution majeure des fonctions hépatiques. Cette forme peut être suivie de guérison totale, mais elle peut aussi entraîner le décès. Cette forme existe pour l'hépatite B mais non pour l'hépatite C.

**Hépatite minime :** L'hépatite chronique C est minime quand le virus de l'hépatite C persiste dans le sang mais que la maladie du foie se caractérise par une activité minime et une fibrose minime. Son évolution est généralement très lente. Elle concerne 50 % des malades.

**Hépatite post-transfusionnelle :** Hépatite contractée à l'occasion d'une transfusion sanguine, l'augmentation des transaminases débutant entre deux et vingt-six semaines après la transfusion. Ce mode de contamination est devenu exceptionnel.

**Hépatocyte :** Cellule du foie qui en assure les principales fonctions (production de bile, de protéines et d'autres constituants du sang ou des autres tissus de l'organisme, épuration du sang, etc.).

**Hépatomégalie :** Augmentation du volume du foie.

**Hypertension portale :** Augmentation de la pression dans la veine porte, en raison d'un obstacle provoquant un accroissement de la résistance vasculaire. Les modifications de l'architecture normale du foie par la cirrhose peuvent constituer un tel obstacle.

**Hypochondre** : Chacune des parties latérales de la région supérieure de l'abdomen.

**Ictère** : Coloration jaune de la peau et des muqueuses à cause de l'excès de bilirubine dans le sang. L'intensité de l'ictère est proportionnelle au taux de bilirubine dans le sang. Entre 25 et 50 micromoles par litre, on parle de « subictère ». Un ictère est visible au-dessus de 50 micromoles.

**Immunoglobulines** : Voir anticorps.

**Inflammation** : Réaction locale à une agression. En cas d'hépatite, l'inflammation se traduit par une infiltration de cellules (lymphocytes) dans les espaces portes et à l'intérieur des lobules.

**Insuffisance hépatocellulaire** : Diminution ou arrêt du fonctionnement des hépatocytes. La baisse du taux d'albumine dans le sang et la baisse des facteurs de coagulation synthétisés par le foie (prothrombine et proaccéléline) sont proportionnelles au degré d'insuffisance hépatocellulaire.

**Interféron** : Protéine de défense produite par l'organisme en réponse à une infection virale. Les interférons utilisés pour le traitement des hépatites chroniques sont obtenus par recombinaison génétique à partir de gènes d'interférons humains, les seuls qui soient efficaces chez l'homme.

**Knodell** : Caractérisant à la fois le degré d'activité de l'hépatite et son retentissement sur les tissus du foie, le score de Knodell est gradué de 0 à 22. En dessous de 6, l'hépatite est considérée comme minime ; de 6 à 10, elle est dite « modérée » ; on commence à parler d'activité forte au-delà de 10.

**Lobule** : Unité de structure du foie de forme plus ou moins hexagonale, à l'intérieur de laquelle les hépatocytes sont disposés en rangées convergeant vers une veine centrale. Un réseau de fins vaisseaux met chaque hépatocyte en contact avec le sang qui circule dans l'organisme.

**Lymphocyte** : Globule blanc jouant un rôle important dans le système immunitaire.

**Métabolisme** : Ensemble des transformations chimiques et physico-chimiques qui s'accomplissent dans les tissus d'un organisme. Le métabolisme comprend les processus de catabolisme (dégradation des substances) et d'anabolisme (assimilation des substances).

**Métavir** : Comme le score de Knodell, la classification Métavir est employée pour évaluer la gravité de l'hépatite. Elle associe deux chiffres. Le premier, repéré par la lettre A, est échelonné de 0 à 3. Il traduit l'activité de l'hépatite, et donc son évolutivité. Le second, repéré par la lettre F, caractérise la fibrose, le

retentissement de l'hépatite sur les tissus du foie. Il est gradué de 0 (pas de fibrose) à 4 (présence d'une cirrhose).

**Nécrose** : Altération d'un tissu consécutive à la mort de ses cellules.

**Nodule** : Amas de cellules de régénération ne respectant pas l'organisation d'un lobule hépatique sain. Les nodules sont, avec la fibrose annulaire, un des constituants de la cirrhose.

**Parentéral** : Qui traverse la peau, la paroi. Une injection sous-cutanée, intraveineuse ou intramusculaire est parentérale.

**PBH (ponction biopsie hépatique)** : Voir Biopsie.

**PCR** : La Polymerase Chain Reaction est une technique d'amplification du génome (génomique) utilisée pour détecter l'ADN ou l'ARN d'un virus. Elle permet de déceler directement la présence des virus. Au cours de l'infection par le virus C, elle se positive cinquante jours environ avant le test de dépistage, ou sérologie virale. La persistance de sa positivité après l'apparition des anticorps indique que l'infection devient chronique.

**Périportal** : Situé près de l'espace porte, dans la partie périphérique du lobule hépatique.

**Phosphatases alcalines** : Enzymes dont l'augmentation dans le sang peut traduire une cholestase.

**Rejet** : Phénomène d'incompatibilité immunitaire par lequel l'organisme refuse un greffon.

**Réplication** : Mécanisme d'auto-reproduction. La réplication de l'ARN du virus de l'hépatite C correspond à la multiplication du virus.

**Ribavirine** : Molécule antivirale active sur plusieurs sortes de virus. Elle est utilisée dans le traitement des hépatites chroniques C, en association avec l'interféron.

**Séroconversion** : Apparition d'un anticorps donné jusqu'alors indétectable. Une séroconversion anti-VHC témoigne d'un contact récent avec le virus C.

**Stéatose hépatique** : Accumulation de graisses dans les cellules du foie.

**Subictère** : Voir Ictère.

**Syndrome** : Ensemble de symptômes observables dans plusieurs maladies différentes.

**Transaminases (ALAT/SGPT ; ASAT/SGOT) :** Les transaminases, et plus particulièrement les alanine-aminotransférases désignées par l'abréviation ALAT ou SGPT, sont des enzymes abondantes dans les cellules du foie (hépatocyte). Quand celles-ci sont lésées, le foie libère une partie de son contenu, ce qui provoque une augmentation des transaminases dans le sang.

**Veine cave :** Veine conduisant le sang vers l'oreillette droite du cœur.

**Veine porte :** Veine conduisant le sang provenant des organes digestifs vers le foie.

**Virémie :** Présence d'un virus dans le sang.

**Virus et marqueurs viraux :**

- VHA ..... virus de l'hépatite A.
- VHB ..... virus de l'hépatite B.
- VHC ..... virus de l'hépatite C.
- VHD ..... virus de l'hépatite D, ou Delta.
- VHE ..... virus de l'hépatite E.
- Ag HBc ..... antigène central du virus de l'hépatite B.
- Ag HBe ..... antigène de l'enveloppe du virus de l'hépatite B, signe de répllication virale.
- Ag HBs ..... antigène de surface du virus de l'hépatite B.
- Anti-HBc ..... anticorps dirigé contre l'antigène central du virus de l'hépatite B.
- Anti-HBe ..... anticorps dirigé contre l'antigène e de l'hépatite B.
- Anti-HBs ..... anticorps protecteurs dirigés contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B.
- Anti-VHA ..... anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite A.
- Anti-VHC ..... anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite C.
- Anti-VHD ..... anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite D.
- Anti-VHE ..... anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite E.

## Ont participé à l'actualisation 2007 (troisième édition) :

Cynthia Benkhoucha (Aides Fédération), Michel Bonjour (SOS Hépatites), Patrice Couzigou (CHU Bordeaux), Anne Degodet (SOS Hépatites), Christine Jestin (INPES), Maxime Journiac (Collectif hépatites virales), Jean-Philippe Lang (psychiatre, Strasbourg), Christine Larsen (INVS), Alain Marraud (Transhépate), Etienne Matter (ASUD), Arame Mbodge (Hépatites Info Service), Laurent Michel (Hôpital E. Roux Limeil-Brévannes), Michelle Sizorn (SOS Hépatites), Nathalie Morgensztejn (AFSSAPS), Stanislas Pol (Hôpital Necker, Paris).

Coordination éditoriale : Nadine Gautier (INPES)

### ► Avaient participé à la mise à jour de 2001 (deuxième édition) :

- François Bailly, Georges Bonnemaïson, Nathalie Boyer, Jean-Pierre Bronowicki, Philippe Chossegros, Pascal Melin, Michel Rosenheim, Dominique Valla, Jean-Pierre Zarski
- L'Association française pour l'étude du foie, dont Paul Calès et Isabelle Hubert-Fouchard
- La Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites, dont Patrice Couzigou et Patrick Marcellin
- Des associations de patients : Association régionale d'entraide des victimes des hépatites (AVEHC), SOS Hépatites, Hépatites écoute et Soutien (HES)
- Arame Mbodge, d'Hépatites Info Service
- Michel Dépinoy, du Comité français d'éducation pour la santé
- Nicole Bertin, de la CNAMTS
- Anne Catrou, Anne-Marie Jullien, Angélique Khaled de la Direction générale de la santé

### ► Avaient contribué à la première édition du livret Questions et réponses :

- Les membres suivants de la Fédération française des pôles de référence et réseaux hépatite C et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) :  
F. Bailly (Lyon), K. Barange (Toulouse), Y. Benhamou (Paris Pitié-Salpêtrière), O. Bernard (Kremlin-Bicêtre), N. Boyer (Clichy), P. Brissot (Rennes), P. Calès (Angers), B. Filoche (Lomme), J.-D. Grangé (Paris-Tenon), I. Hubert-Fouchard (Angers), D. Lucidarme (Lomme), S. Pol (Paris Necker).
- Les membres suivants de la Direction générale de la santé :  
M. Lequellec-Nathan, B. Sachs, T. Troussier.
- Avec la collaboration : de patients atteints par le VHC ; des associations, notamment : Actions Traitements, ANIHC, SOS Hépatites ; de A. Mignonac, diététicienne.

---

Mise en page : Desk  
53940 St-Berthevin - Tél. 02 43 01 22 11  
Couverture : Olivier Mayer (INPES)  
Achévé d'imprimé en août 2007  
par Fabrègue (87500 Saint-Yrieix-la-Perche)

Également disponible :

L'hépatite C

Dépistage, clinique, prise en charge  
et conseils aux patients

Document à l'usage des **médecins**

Document édité et diffusé par

l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

42, boulevard de la Libération

93203 Saint-Denis Cedex



# Hépatite C

**Dépistage, clinique,  
prise en charge et  
conseils aux patients**

**Document  
à l'usage des **médecins****

# Table des matières

3  
page 3

## Indications du dépistage de l'hépatite C

Selon les recommandations de l'Anaes (janvier 2001)

6  
page 6

## Présentation clinique de l'hépatite C

13  
page 13

## Prise en charge des malades atteints d'hépatite C

D'après les conclusions des conférences de consensus de février 1999 (Europe) et février 2002 (France, sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

25  
page 25

## Quelles sont les précautions à prendre en cas d'hépatite C ? Conseils aux patients

36  
page 36

Liste des pôles de référence hépatite C

45  
page 45

Sites Internet et numéros Verts relatifs à l'hépatite C

46  
page 46

Liste d'associations de lutte contre l'hépatite C



## ► Indications du dépistage de l'hépatite C

Depuis la découverte du virus en 1989 et la mise à disposition des tests de dépistage des anticorps anti-VHC en 1990, les différentes campagnes d'incitation au dépistage ont permis à un nombre croissant de personnes d'être dépistées et prises en charge pour leur hépatite C.

Une enquête nationale de prévalence, réalisée en 2003-2004 auprès d'assurés sociaux du régime général\* a permis d'estimer la prévalence des anticorps anti-VHC+ à 0,84 % pour la population de France métropolitaine âgée de 18 à 80 ans. Dans cette enquête, 57,4 % des personnes ayant des anticorps anti-VHC+ connaissaient leur séropositivité VHC. Cette proportion variait en fonction du mode d'exposition possible au VHC : si 93,2 % des usagers de drogues et 66,5 % des personnes transfusées avant 1992 connaissaient leur séropositivité au VHC, seuls 25,6 % des sujets contaminés par d'autres sources que l'usage de drogues ou la transfusion en avaient connaissance. Ce constat justifie d'insister sur le dépistage de personnes ayant utilisé par voie transcutanée un matériel médical ou non médical mal stérilisé et réutilisé quel qu'il soit (lors d'acupuncture, tatouage, piercing, scléroses, mésothérapie, vaccination, injections intramusculaires sous-cutanées, etc.).

L'actualisation des recommandations de dépistage faite en 2001 sous l'égide de l'Anaes n'a pas été remise en cause. Il n'est pas recommandé de pratiquer un dépistage généralisé de la population, et le principe d'un dépistage ciblé est maintenu à l'égard des groupes à risque déjà définis.

Les deux pages suivantes résument les situations à risque et précisent à quels patients proposer systématiquement un test de dépistage.

\* Meffre C. *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C in France, 2004. 12<sup>th</sup> International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease. Poster 440. Paris, July 1-5 2006.

# ► Dépistage de l'hépatite C

## Aborder le problème de l'hépatite C avec tous vos patients

### Les situations à risques

#### De nombreux actes médicaux ou comportements sont à risque élevé d'infection VHC

**Avant 1990 :** administration de fractions coagulantes dérivées du sang (facteurs anti-hémophiliques, PPSB, Willebrand, fibrinogène, plasma sec, cryoprécipités, anti-thrombine III).

**Avant 1992 :** transfusion de sang, « culots » globulaires, concentrés plaquettaires, plasma, greffe de tissus, cellules, organes.

**Avant 1997 :** exposition nosocomiale lors d'actes invasifs (par exemple : endoscopie avec biopsie), compte tenu des risques résiduels encore incomplètement maîtrisés.

**Quelle que soit la date :** hémodialyse.

#### Quelle que soit la date :

- partage ou mise en commun du matériel utilisé pour la préparation et l'injection (seringue, cuillère, eau, coton, citron) d'héroïne, de cocaïne ou de médicaments détournés ;
- partage de paille pour la prise de drogue par voie nasale.

**Quelle que soit la date :** transmission materno-fœtale.

#### On doit tenir compte d'autres situations

Des actes avec effraction cutanée, le partage d'objets pouvant être souillés par du sang peuvent comporter un risque de transmission du VHC. Il faut donc proposer un dépistage, même si ce risque n'est pas, actuellement, totalement mesuré.

# atients et notamment avec les femmes enceintes

## À quels patients proposer systématiquement un test de dépistage de l'hépatite C ?

### À toute personne qui a reçu ou eu avant 1992 :

- une intervention chirurgicale lourde (cardiaque, vasculaire, cérébrale, digestive, pulmonaire, gynéco-obstétricale, rachidienne, prothèse de hanche ou genou...);
- un séjour en réanimation ;
- un accouchement difficile ;
- une hémorragie digestive ;
- des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie (grand prématuré, pathologie néonatale grave, exsanguino-transfusion) ;
- une greffe de tissus, cellules ou organes ;
- et, bien entendu, une transfusion.

### Aux patients hémodialysés.

### À toute personne ayant utilisé même une fois dans sa vie, même s'il y a longtemps, une drogue par voie intraveineuse ou pernasale.

### Aux enfants nés de mère séropositive pour le VHC.

- Aux partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite C.
- Aux membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite C.
- Aux personnes incarcérées ou ayant été incarcérées (du fait de partage d'objets coupants, de pratiques addictives).
- Aux personnes ayant eu un tatouage, piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel.
- Aux personnes ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud).

**Enfin, n'oubliez pas de proposer un test de dépistage aux patients :** présentant une asthénie importante prolongée et inexpliquée • devant un antécédent d'ictère non expliqué.

# ► Présentation clinique de l'hépatite C

## [ 1 ] Introduction

---

L'hépatite C est une maladie relativement fréquente. On estime que 3 % de la population mondiale a une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) et que le VHC est responsable d'environ 20 % des cas d'hépatites aiguës et de 70 % des cas d'hépatites chroniques [1-3]\*. L'hépatite chronique C est une cause majeure de cirrhose et de cancer primitif du foie (carcinome hépato-cellulaire). En 2001, la cirrhose décompensée liée à l'hépatite C est la première cause de transplantation hépatique en Europe. En France, le nombre de décès imputables à l'hépatite C est estimé à 2650.

L'évolution silencieuse de la maladie et la fréquence élevée de passage à la chronicité expliquent l'existence d'un grand réservoir de sujets infectés. Ainsi, bien que le VHC ne soit pas très contagieux, il est transmis largement, essentiellement par voie parentérale.

L'hépatite aiguë C est habituellement asymptomatique, ce qui explique que le diagnostic soit rarement fait au stade aigu de la maladie. L'hépatite chronique est également généralement asymptomatique et son diagnostic est fortuit dans la plupart des cas, parfois à un stade tardif de la maladie. La sévérité de la maladie hépatique liée au VHC est très variable mais peut, dans certains cas, être responsable d'une cirrhose puis d'un carcinome hépato-cellulaire, dans un délai qui varie de quelques années à plusieurs décennies. Cette évolution retardée de la maladie hépatique ainsi que la disponibilité de traitements plus efficaces justifient une prise en charge médicale aussi précoce que possible.

## [ 2 ] Hépatite aiguë

---

Le VHC est essentiellement transmis par le sang. L'hépatite aiguë C post-transfusionnelle est devenue extrêmement rare et la plupart des sujets sont aujourd'hui infectés par usage de drogues par voie intraveineuse (UDIV). Le tableau clinique de l'hépatite aiguë C a surtout été décrit chez les patients transfusés [4]. Aussi, les caractéristiques de l'hépatite aiguë C liée à d'autres modes d'infection, comme l'UDIV ou l'exposition nosocomiale ou professionnelle, sont mal connues.

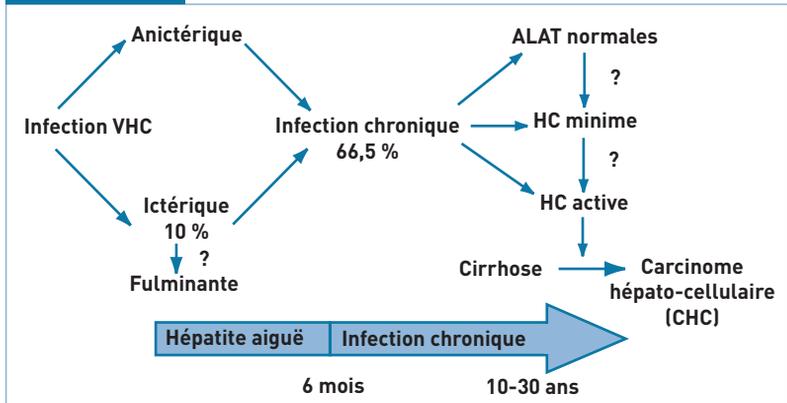
La période d'incubation et la sévérité de l'hépatite aiguë pourraient être liées à l'importance de l'inoculum. L'incubation moyenne, d'après les études

\* Les références se trouvent en page 32.

prospectives post-transfusionnelles, est de 7 semaines, mais elle peut être très variable (2 à 12 semaines). La phase prodromique est rare. L'hépatite aiguë C n'est ictérique que dans une minorité de cas (10 %) et est anictérique avec absence ou peu de symptômes dans la plupart des cas (*figure 1*). L'ictère semble encore moins fréquent chez les sujets infectés par UDIV.

Figure 1

## Histoire naturelle de l'infection VHC



Les symptômes ne sont pas spécifiques : fatigue, nausées, douleurs de l'hypochondre droit, suivies par l'apparition d'urines foncées et d'un ictère. Ils sont semblables à ceux observés au cours d'autres hépatites virales. Ainsi le diagnostic clinique de l'hépatite aiguë C est rarement fait. Le diagnostic de l'hépatite C est fondé sur la sérologie virale.

L'hépatite aiguë sévère est rare et la réalité de l'hépatite fulminante est controversée [5]. Dans les formes symptomatiques, la maladie dure généralement de 2 à 12 semaines.

Le premier marqueur de l'infection par le VHC est l'apparition d'ARN viral détectable dans le sérum par PCR dès la première semaine après la contamination [6-8] (*figure 2*). Les anticorps anti-VHC sont détectables au stade aigu de l'hépatite dans 50 à 70 % des cas, mais il arrive que la séroconversion survienne tardivement, 3 à 6 semaines après le pic des transaminases. Les transaminases s'élèvent avant l'apparition des symptômes. Le pic des transaminases est le plus souvent supérieur à dix fois la normale, même si des valeurs plus basses peuvent être observées.

En cas de guérison de l'hépatite aiguë C, les transaminases se normalisent et l'ARN viral devient indétectable ; les anticorps anti-VHC diminuent très progressivement, mais restent détectables pendant de nombreuses années. En cas de passage à la chronicité, les transaminases peuvent se normaliser ou

rester discrètement ou modérément élevées (figure 3). Cependant l'ARN viral reste détectable, malgré une négativation transitoire dans certains cas.

La guérison spontanée de l'hépatite aiguë C est observée dans 15 à 40 % des cas selon les études. La fréquence du passage à la chronicité varie de 50 % à 90 % en fonction des études [4, 9, 10]. La grande fréquence du passage à la chronicité est liée à la forte variabilité génomique du VHC. La multiplication du virus, dont le génome est un ARN, entraîne des mutations permanentes qui lui permettent d'échapper à la réponse immunitaire [11].

Figure 2

### Hépatite aiguë C évoluant vers la guérison

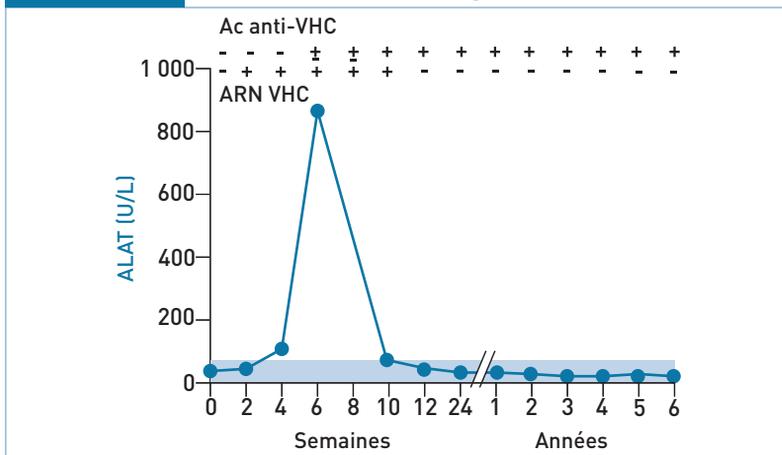
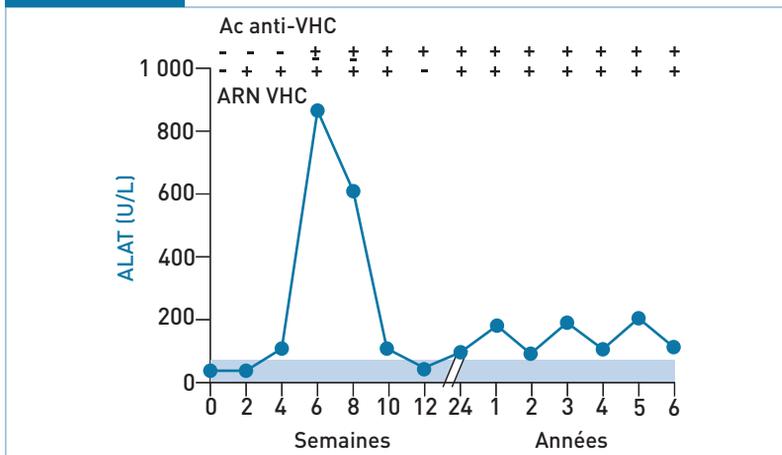


Figure 3

### Hépatite aiguë C évoluant vers la chronicité



## [ 3 ] Hépatite chronique

On peut distinguer trois tableaux d'hépatite chronique C :

- l'hépatite chronique avec transaminases normales ;
- l'hépatite chronique minime ;
- l'hépatite chronique modérée ou sévère.

### 3.1 – Hépatite chronique avec transaminases normales

Un certain nombre de patients ayant une infection chronique par le VHC ont des transaminases normales en permanence, malgré la présence d'une virémie détectable (ARN viral détectable par PCR dans le sérum). Ces patients sont souvent identifiés lors d'un dépistage. Ce groupe représente environ 25 % des patients porteurs chroniques du VHC (10 % à 40 %, en fonction des études) [12-18]. La définition de ce groupe de patients doit être stricte : positivité des anticorps anti-VHC, positivité de l'ARN VHC par PCR et transaminases strictement normales. Cela nécessite au moins trois dosages des transaminases sur une période d'au moins 6 mois.

Ces patients n'ont habituellement aucun symptôme, mais environ 90 % d'entre eux ont des lésions d'hépatite chronique à la biopsie hépatique [12-19]. Cependant les lésions histologiques hépatiques sont généralement minimes et les lésions sévères, en particulier la cirrhose, sont rares en l'absence d'autres facteurs hépato-toxiques (antécédents de consommation excessive d'alcool, co-infection VIH). Les caractéristiques virologiques de ces patients (génotype et charge virale) ne semblent pas différentes de celles observées chez les patients atteints d'hépatite chronique C avec transaminases élevées [19-21]. L'évolution à long terme de ce groupe de patients n'est pas connue et une surveillance régulière des transaminases (deux fois par an) est recommandée, bien que le pronostic paraisse *a priori* tout à fait favorable.

### 3.2 – Hépatite chronique minime

Un autre groupe de patients atteints d'hépatite chronique C est caractérisé par une maladie du foie minime avec de l'ARN viral détectable dans le sérum par PCR et des transaminases très modérément élevées, parfois fluctuantes et transitoirement normales. La biopsie hépatique montre des lésions d'activité et de fibrose minimes. Ce groupe de patients représente actuellement environ 50 % des patients atteints d'hépatite chronique C.

Ces patients sont généralement asymptomatiques, mais peuvent se plaindre, dans certains cas, d'une fatigue anormale. Ce type d'hépatite chronique C évolue généralement très lentement et le risque, à long terme, de développer une cirrhose est faible. L'hépatite chronique minime est la forme la plus fréquente d'hépatite chronique C chez les patients jeunes. Cependant une minorité de ces patients peut éventuellement développer, surtout après 50 ans, une maladie plus évolutive. Ils doivent donc être régulièrement surveillés [22].

### 3.3 – Hépatite chronique modérée ou sévère

Le troisième groupe de patients concerne ceux atteints d'une hépatite chronique modérée ou sévère et représente environ 25 % des patients atteints d'hépatite chronique C. Ces patients sont difficiles à distinguer de ceux atteints d'une hépatite chronique minime. Cliniquement, bien que la maladie hépatique soit plus sévère, la plupart des patients sont asymptomatiques et, s'il existe une fatigue, l'intensité de celle-ci n'est pas corrélée à la sévérité de la maladie.

L'examen clinique est généralement normal. En outre, bien que ces patients aient tendance à avoir des transaminases plus élevées que les patients atteints d'hépatite chronique minime, le taux des transaminases n'est pas un facteur pronostique pour un malade donné. Une augmentation des gamma GT, de la ferritine ou des immunoglobulines, ou une thrombopénie sont les indices d'une maladie plus sévère, mais ils ne sont pas toujours présents. L'échographie hépatique peut apporter des informations utiles, mais elle est le plus souvent normale. Aussi, la biopsie hépatique est l'examen le plus fiable pour distinguer l'hépatite chronique modérée ou sévère de l'hépatite chronique minime. Elle permet d'établir le pronostic et l'indication du traitement (voir chapitre Prise en charge). Lorsqu'elle n'est pas possible (troubles de la coagulation, refus du malade) ou difficile à proposer (sujet âgé), on peut demander un marqueur sérique de fibrose et/ou, si disponible, une étude par élastométrie qui permet de distinguer relativement aisément les malades ayant une hépatite chronique minime de ceux ayant une hépatite chronique sévère.

La biopsie hépatique montre des lésions plus marquées d'activité et une fibrose plus ou moins extensive. Cette forme d'hépatite chronique C est plus fréquente et progresse plus vite chez les patients âgés, chez les hommes et chez les patients ayant un co-facteur, tel que l'alcool ou un déficit immunitaire [23-25]. En particulier, chez les patients ayant une co-infection VIH-VHC, la fibrose progresse plus rapidement [26]. On estime qu'environ 20 % des malades atteints d'hépatite chronique développeront une cirrhose en 20 ans [27]. Dans certains cas, la biopsie faite lors du premier bilan met déjà en évidence l'existence d'une cirrhose.

## [ 4 ] Cirrhose et carcinome hépato-cellulaire

La cirrhose induite par l'hépatite chronique C peut rester silencieuse pendant de nombreuses années. Les signes d'hypertension portale ou d'insuffisance hépato-cellulaire apparaissent tardivement. Ainsi la cirrhose, habituellement asymptomatique, est le plus souvent découverte lors de la biopsie hépatique. Dans d'autres cas, la cirrhose est diagnostiquée à l'occasion d'une complication (hémorragie par rupture de varices œsophagiennes, ascite, ictère, encéphalopathie). Dans certains cas, le diagnostic de cirrhose est fait au stade de carcinome hépato-cellulaire. L'examen clinique, l'échographie et les tests hépatiques peuvent suggérer l'existence d'une cirrhose.

Chez les patients ayant une cirrhose liée à une hépatite chronique C, la mortalité due à l'hypertension portale, l'insuffisance hépato-cellulaire ou le carcinome hépato-cellulaire est de l'ordre de 2 % à 5 % par an [28]. La cirrhose décompensée résultant de l'hépatite chronique C est la deuxième cause de transplantation hépatique en France (après la cirrhose alcoolique) et la première cause en Europe. En cas de cirrhose, l'incidence du carcinome hépato-cellulaire est élevée (3 % à 10 % par an) et justifie un dépistage systématique par échographie et dosage de l'alpha-fœtoprotéine tous les 6 mois [29-31]. Le carcinome hépato-cellulaire est exceptionnel en l'absence de cirrhose ; il survient habituellement sur une cirrhose compensée et reste asymptomatique longtemps.

## [ 5 ] Manifestations extra-hépatiques

De nombreuses manifestations extra-hépatiques ont été décrites en association avec l'infection par le VHC [32, 33]. Certaines sont bien démontrées alors que d'autres pourraient être fortuites (*tableau*). La maladie la plus clairement liée au VHC est la cryoglobulinémie mixte [34, 35]. Bien qu'une cryoglobulinémie détectable soit fréquente chez les patients atteints d'hépatite chronique C (30 % à 50 % des cas), celle-ci est habituellement asymptomatique. Le syndrome clinique de cryoglobulinémie avec arthralgies, syndrome de Raynaud et purpura (jambes) est rare (1 % à 5 % des cas). La glomérulonéphrite et la neuropathie sont rares et peuvent être sévères. L'infection par le VHC favorise l'expression clinique de la porphyrie cutanée tardive. Le VHC pourrait également jouer un rôle dans certains lymphomes non hodgkiniens de bas grade de malignité. Pour d'autres associations, comme la thyroïdite auto-immune et le lichen plan, le lien de cause à effet avec le VHC n'a pas été prouvé.

Tableau

### Manifestations extra-hépatiques de l'hépatite C

#### Niveau de preuve en faveur de l'association

Cryoglobulinémie mixte	+++
Glomérulonéphrite	+++
Porphyrie cutanée tardive	+
Lymphome de faible malignité	+
Thyroïte auto-immune	±
Péri-artérite noueuse	±
Lichen plan	±
Syndrome de Gougerot-Sjôgren	-
Aplasie	-
Érythème noueux	-
Fibrose pulmonaire idopathique	-

## 5.1 – Manifestations cognitives et affectives associées à l'hépatite C

Les manifestations psychiatriques et psycho-comportementales sont fréquentes au cours de l'hépatite C. Elles sont observées dans au moins 6 % des cas. Parmi ces manifestations, la plus fréquente est la dépression puis viennent les manifestations anxieuses, voire une psychose ou des troubles bipolaires. La prévalence de ces maladies dépend en fait de plusieurs éléments qui sont : 1°) la pertinence et la sensibilité des outils utilisés pour le diagnostic – 2°) l'hétérogénéité très grande des populations de malades étudiés – 3°) l'existence de troubles cognitifs infra-cliniques qui pourraient être liés au virus lui-même, en particulier des pertes de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Ces anomalies pourraient avoir un impact dans les actes de la vie quotidienne et professionnelle et être source d'anxiété voire de symptômes dépressifs. Le virus de l'hépatite C pourrait infecter directement le système nerveux central et entraîner des perturbations du métabolisme cérébral. La connaissance de la maladie intervient probablement dans le risque de survenue de ces manifestations cognitives. Certaines études ont ainsi montré l'impact négatif de la connaissance du diagnostic d'infection par le VHC sur la qualité de vie [36].

## [ 6 ] Le vécu de l'hépatite C et des traitements

---

Il est important d'intégrer le vécu de la maladie dans le soin, et ce dès l'annonce du diagnostic, car le suivi du soin par le patient est en partie dépendant de la manière dont il s'ajuste à sa maladie.

Une étude française sur le retentissement psychologique de l'infection par le VHC montre que : 1) l'annonce du diagnostic d'hépatite C est un événement anxiogène majeur, plus stressant chez les femmes ; 2) l'hépatite C est perçue comme une maladie grave, même en l'absence de lésions histologiques hépatiques significatives ; 3) la gravité perçue est liée à plusieurs facteurs dont les stratégies d'ajustements et les représentations sociales [37]. Le diagnostic d'hépatite C est souvent considéré comme un événement anxiogène majeur et l'infection par le VHC est souvent perçue par les malades comme une infection grave, après le sida et le cancer mais avant le diabète et l'hypertension artérielle.

À chaque phase de la maladie (annonce du diagnostic, apparition des premiers symptômes, indication puis initiation de traitement, arrêt du traitement, etc.), le patient développe des attitudes adaptatives ou auto-protectrices ou au contraire des attitudes de rejet ou d'évitement. Il est donc important d'évaluer où il en est afin de développer des réponses appropriées en termes de soin et de prise en charge. Le plus important est d'adopter une position d'écoute et, bien souvent, le fait de valider ce qu'il ressent l'aidera à passer les étapes qui lui permettront d'intégrer ce qui se passe pour lui dans sa vie.

# ► Prise en charge des malades atteints d'hépatite C

## [ 1 ] Introduction

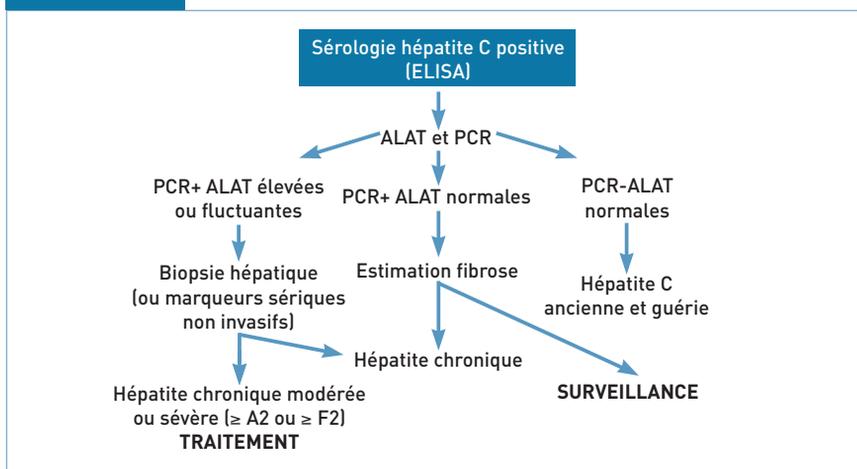
Chez un sujet ayant une sérologie de l'hépatite C positive (anticorps anti-VHC détectables par ELISA), il convient, dans un premier temps, d'effectuer un test simple (la PCR qualitative qui permet la détection de l'ARN VHC) afin de distinguer les sujets guéris des sujets ayant une hépatite chronique. Si la PCR est négative et les ALAT normales, il s'agit probablement d'une hépatite C ancienne et guérie. Si la PCR est positive, il faut alors identifier le génotype, réaliser un bilan hépatique (asat, alat, gamma GT, échographie abdominale). L'état du foie sera évalué soit par une biopsie hépatique, soit par d'autres techniques non invasives comme les marqueurs biologiques de fibrose ou le FibroScan® qui viennent d'être validées. De cette évaluation dépend l'indication du traitement par une bithérapie qui associe l'interféron pégylé et la ribavirine. Ce traitement permet d'obtenir une guérison dans 60 % des cas, tous génotypes confondus.

## [ 2 ] Premier bilan

Un test ÉliSa positif doit être confirmé par un deuxième test.

Figure 1

### Les examens et le suivi médical



Devant un sujet ayant une sérologie positive, le premier examen à effectuer est la recherche de l'ARN viral (généralement effectuée par un test de PCR qualitative).

- Une PCR négative signifie que l'infection est ancienne et que le sujet est guéri.
- Une PCR positive signifie que l'infection est chronique. Il faut alors élargir le bilan par le génotype, les transaminases, les gamma GT et l'échographie abdominale.

Faire un questionnaire systématique d'évaluation de l'usage de substances psychoactives, y compris l'alcool.

### [ 3 ] Qui faut-il traiter ?

Le traitement s'adresse aux malades adultes atteints d'une infection chronique par le VHC, authentifiée par la présence d'ARN VHC dans le sérum (PCR+).

En cas d'hépatite C aiguë, le traitement doit être prescrit le plus rapidement possible, la guérison étant de 80 %.

En cas d'hépatite C chronique, les indications du traitement reposent principalement sur l'évolution des lésions histologiques du foie, évaluées par la PBH ou désormais par d'autres techniques comme les marqueurs biologiques de fibrose ou le FibroScan® qui mesure l'élasticité du foie.

Le traitement est indiqué lorsque les lésions de fibrose sont modérées ou sévères (score Métavir au moins F2 ou si l'activité est modérée ou sévère (score Métavir au moins A2).

Tableau 1

### Score Métavir simplifié

(d'après Bedossa *et al.* [38])

**L'activité (A0 à A3) et la fibrose (F0 à F4) sont quantifiées séparément.**

	Activité (nécrose et inflammation)	Fibrose
Absente	A0	F0
Minime	A1	F1
Modérée	A2	F2
Sévère	A3	F3
Cirrhose		F4

Chez les patients atteints d'hépatite chronique minime (score Métavir F0 ou F1), sans facteur aggravant (obésité, co-infection VIH-VHC, consommation excessive d'alcool ou de drogue, etc.), une simple surveillance tous les 6 mois sans traitement est recommandée.

Lorsque la décision ne dépend pas du résultat de l'histologie et que le but est l'éradication virale, il est alors possible de traiter sans pratiquer la PBH. On peut toutefois évaluer la fibrose en prescrivant un test indirect de fibrose sanguin ou un FibroScan® dans les cas suivants :

- infection par le génotype 2 ou 3 en l'absence de comorbidité (insuffisance rénale, consommation excessive d'alcool) ;
- femmes ayant un projet de grossesse ;
- cryoglobulinémie symptomatique ;
- co-infection par le VIH si la priorité est donnée au traitement de l'hépatite C ;
- hémophilie, etc.

## [ 4 ] Facteurs de bonne réponse aux traitements

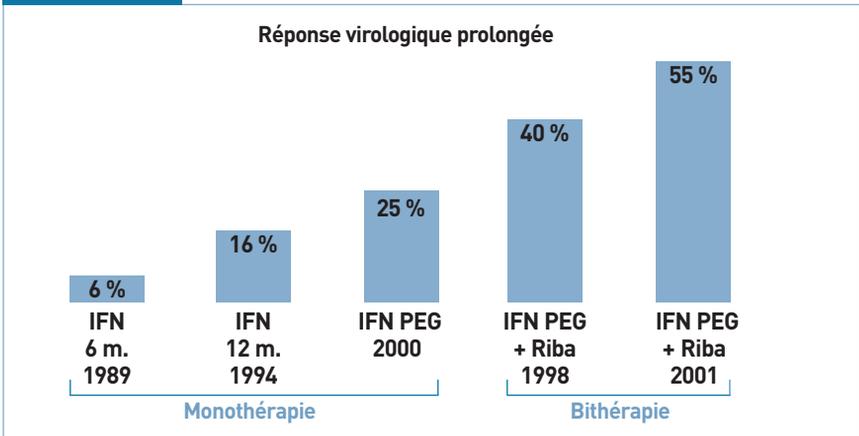
La condition principale pour avoir une réponse virologique prolongée (ce qui signifie une guérison dans la plupart des cas) est l'observance du traitement. Il faut que le patient soit accompagné et soutenu pendant son traitement : par son entourage et une équipe multidisciplinaire (médecin généraliste, hépatologue, psychiatre, infirmière, pharmacien, assistante sociale).

Il existe des facteurs prédictifs de bonne réponse : une charge virale faible (inférieure à 2 000 000 de copies/ml), une fibrose peu sévère (F0-F1-F2) et surtout les génotypes 2 et 3 pour lesquels le taux de guérison avoisine 80 %.

Figure 2

### Réponse aux traitements

(d'après [39-44])



## [ 5 ] Comment traiter ?

Les progrès thérapeutiques ont été considérables ces dernières années.

Les personnes malades contaminées par les génotypes 2, 3 et 5 ont 80 % de chance d'obtenir une réponse virologique prolongée avec un traitement de 24 semaines. Ce taux est ramené à 40 % pour les patients contaminés par les génotypes 1, 4 et 6 avec un traitement de 48 semaines.

L'observance doit être optimale, ce qui suppose un suivi et un accompagnement de proximité.

Le traitement de référence associe l'interféron pégylé à la ribavirine (tableau 2). En cas de contre-indication à la ribavirine, une monothérapie avec l'interféron pégylé peut être proposée. Les indications du traitement doivent aussi tenir compte de l'âge, d'éventuelles pathologies associées et du risque d'effets secondaires.

Tableau 2

### Traitement par bithérapie pégylée

(actuellement le traitement de référence [45])

**IFN PEG alpha-2a** (180 microgrammes par semaine) + **ribavirine** (800 mg/j pour les génotypes 2 et 3, 1 000 mg/j en dessous de 75 kg et 1 200 mg/j au-dessus de 75 kg pour les génotypes 1 et 4)

**OU**

**IFN PEG alpha-2b** (1,5 microgrammes/kg/semaine) + **ribavirine** (800 mg/j en dessous de 65 kg, 1 000 mg/j entre 65 et 85 kg et 1 200 mg/j au-delà de 85 kg)

Le traitement doit être initié par un médecin spécialiste et peut être renouvelé par un médecin généraliste. Le suivi peut être assuré par le médecin traitant en collaboration avec le spécialiste.

### 5.1 – Le traitement

L'interféron pégylé (IFNPEG) existe sous deux formes : l'IFNPEG alpha-2a et l'IFNPEG alpha-2b. L'administration a lieu une fois par semaine en injection sous-cutanée.

La ribavirine est administrée quotidiennement par voie orale en deux prises (matin et soir), au moment des repas, la dose est fonction du poids et/ou du génotype.

Le bénéfice/risque du traitement est à évaluer au cas par cas. Des contre-indications existent notamment en cas d'affection cardiaque sévère préexistante, d'hépatite auto-immune ou d'hypersensibilité connue à l'interféron.

Pour la liste exhaustive des contre-indications, mises en garde et précautions particulières d'emploi, se reporter aux recommandations de l'AMM.

## 5.2 – La durée du traitement dépend du génotype

Pour les génotypes 2, 3 et 5 un traitement de 24 semaines est recommandé.

Pour les génotypes 1, 4 ou 6, la durée de traitement dépend de la réponse virologique précoce à la 12<sup>e</sup> semaine (définie par une diminution de 2 log de la charge virale). En cas de réponse favorable, la poursuite du traitement est recommandée jusqu'à 48 semaines au total.

Une réduction de la durée de traitement en fonction de la réponse est en cours d'évaluation chez les patients infectés par les génotypes 2 et 3 ainsi que chez les patients infectés par le génotype 1 et ayant une faible charge virale.

## 5.3 – Cas de l'enfant

Les résultats du traitement par l'association ribavirine et interféron alfa-2b chez les enfants porteurs chroniques du virus C sont proches de ceux obtenus chez les adultes. Dans la mesure où l'hépatite C chez l'enfant est dans la majorité des cas une maladie sans gravité et que le profil de tolérance du traitement est problématique (incertitudes concernant l'impact sur la croissance et importance des troubles psychiatriques), son utilisation doit être pesée au cas par cas dans cette population.

## 5.4 – Cas de la co-infection VIH-VHC (patients atteints à la fois d'hépatite chronique C et d'infection par le VIH)

En France, l'infection par le VHC est associée dans 24,3 % des cas au VIH [46]. Elle est désormais la première cause de mortalité des patients atteints par le VIH et traités par les antirétroviraux.

L'infection par le VIH accélère l'évolution des lésions hépatiques dues à l'hépatite C, ce qui expose les malades à une survenue plus précoce de la cirrhose et de ses complications dont le carcinome hépato-cellulaire.

L'IFN PEG alpha-2a associé à la ribavirine a reçu une indication (AMM) pour cette population de patients.

Les règles de prescription du traitement de l'hépatite C chez les personnes co-infectées par le VIH sont les mêmes que chez les patients non infectés par le VIH, mais les associations IFN pégylé/ribavirine avec l'AZT, le d4T et le ddi sont contre-indiquées [47]. L'association de la ribavirine à l'AZT semble provoquer des anémies et des neutropénies plus importantes et plus fréquentes. La co-administration de ribavirine avec le ddi ou le d4T peut majorer le risque d'acidose lactique ou de toxicité mitochondriale ou une décompensation chez les cirrhotiques.

La charge virale du VIH n'est pas modifiée par le traitement anti-VHC qui entraîne en revanche une diminution du chiffre absolu des lymphocytes CD4 (mais pas du pourcentage) due à la neutropénie.

Le taux de réponse au traitement est d'environ 20 à 60 % selon les génotypes et inférieur à celui obtenu chez les patients VIH négatifs.

## 5.5 – Cas de l’infection chez les patients présentant un abus ou une dépendance aux substance psychoactives

L’usage de drogues par voie intraveineuse est devenue la première cause de contamination par le VHC. En France, en 2004, la séroprévalence du VHC chez les usagers de drogue ayant injecté ou/et sniffé au moins une fois dans leur vie est estimée à 59,8 %, la prévalence chez les usagers de moins de 30 ans étant de 28 % [48].

Les programmes d’échange de seringues ont beaucoup diminué la transmission du VIH mais ont été moins efficaces pour celle du VHC. En effet, le virus du VHC est plus résistant que le virus du VIH et le risque de contamination par le VHC est 150 à 800 fois plus élevé. Le facteur de risque principal est actuellement le partage des filtres et des récipients de préparation qui est bien plus fréquent que le partage des seringues.

Certaines particularités épidémiologiques favorables caractérisent l’infection par le VHC acquise par toxicomanie IV ou per nasale : le diagnostic et la prise en charge se font en général à un âge plus jeune, la durée de l’infection est plus courte, l’atteinte histologique est le plus souvent minime et la prévalence du génotype 3 est forte.

En règle générale, le traitement est indiqué, comme chez les non-usagers de substances psychoactives. Les indications thérapeutiques doivent être larges chez les usagers de drogue du fait de la plus grande fréquence des facteurs de réponse virologique favorable.

Une évaluation précise des usages doit être effectuée en ce qui concerne l’alcool et les drogues illicites. Le sevrage est souhaitable mais lorsque l’abstinence paraît impossible, une information adaptée et des aménagements ou une consommation contrôlée peuvent rendre possible l’initiation d’un traitement antiviral. Un traitement de substitution doit être systématiquement envisagé en cas de dépendance majeure aux opiacés. Le traitement de substitution par méthadone peut être prescrit dans un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) ou par tout praticien des établissements publics de santé, avec relais possible en ville. Le traitement de substitution par Subutex® peut être prescrit par tout médecin.

Le traitement de l’hépatite C par interféron et ribavirine est compatible avec un traitement de substitution.

Il est indispensable que le patient soit accompagné par une équipe multidisciplinaire pendant le traitement : généraliste, hépatologue, psychiatre, infirmière, assistante sociale, éducateur, etc.

Cet accompagnement permettra d’évaluer la stabilité psychologique, relationnelle et sociale et la nécessité d’une surveillance psychologique, de s’enquérir de l’usage ou non de psychotropes et d’informer le patient et son entourage.

Chez une personne stabilisée, l’usage ponctuel de drogues ne s’oppose pas à un traitement.

## 5.6 – Cas de l’infection chez les personnes incarcérées

Au cours de l’incarcération, il conviendra de proposer un dépistage systématique de l’hépatite C compte tenu de la population particulièrement exposée et fréquemment en marge du système de soins. Dans de nombreux établissements pénitentiaires, la proximité avec divers intervenants sanitaires (généralistes, hépatologues, psychiatres, etc.) sensibilisés aux problématiques des détenus constitue une réelle opportunité d’initier une prise en charge dans un contexte d’atténuation des conduites à risques (arrêt ou au moins réduction de la consommation de substances psychoactives, prise en charge sanitaire d’une dépendance, substitution, traitement des comorbidités psychiatriques...). L’usage des marqueurs biologiques de fibrose doit être privilégié. Le relais postpénal doit être envisagé dès l’initiation du traitement afin d’éviter toute rupture thérapeutique. Une consultation psychiatrique devrait être, au moins initialement, systématiquement proposée en raison de la fréquence des effets secondaires psychiatriques.

## [ 6 ] Traitement et troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques stabilisés ne constituent pas une contre-indication au traitement.

Ils sont néanmoins la première cause de mauvaise observance, de rupture thérapeutique et de non-initiation d’un traitement antiviral.

### 6.1 – Risque d’effets secondaires psychiatriques sous interféron

Il existe un risque d’apparition d’effets secondaires psychiatriques sous interféron (sans qu’aucun facteur prédictif significatif ne soit actuellement établi) : près d’un patient sur deux va présenter une manifestation psychiatrique pathologique à type d’anxiété, insomnie, irritabilité, impulsivité, voire dépression. La prise en charge de ces effets secondaires comprendra un soutien psychothérapeutique et, si nécessaire, un traitement psychotrope adapté.

### 6.2 – Nécessité d’une évaluation psychiatrique préalable au traitement

Une évaluation préalable au traitement, effectuée par un psychiatre est fortement recommandée. Elle comprend une prise de contact précoce favorisant une intervention rapide et sécurisante en cas de difficulté, une information sur les effets secondaires psychiques du traitement, une éducation favorisant le repérage par le patient et son entourage de symptômes d’alerte, ainsi qu’une présentation des recours possibles.

Si un traitement est jugé nécessaire chez un patient présentant des troubles psychiatriques sévères préexistants ou avérés, il ne doit être initié qu’après s’être assuré d’un diagnostic spécialisé et de l’existence d’un suivi de l’état psychiatrique.

## [ 7 ] Traitement et procréation

---

Si le traitement fait appel à la ribavirine, toute conception est contre-indiquée. Une contraception efficace est nécessaire chez la femme traitée et chez l'homme traité ainsi que sa partenaire. Cette contraception devra être maintenue durant le traitement et plusieurs mois après l'arrêt de celui-ci (se référer au RCP des spécialités concernées (REBETOL et COPEGUS) et au protocole d'accords de soins).

## [ 8 ] Tolérance et effets secondaires

---

La gestion des effets secondaires est l'une des conditions à une bonne observance.

### Tolérance et effets indésirables

Le profil de tolérance de l'association ribavirine + interféron pégylé est principalement caractérisé par :

- un syndrome pseudo-grippal répondant habituellement au paracétamol,
- des anomalies hématologiques (anémie, neutropénie, thrombopénie), pouvant justifier des adaptations posologiques.

Et surtout des troubles comportementaux apparaissent qui vont de la simple fatigue et irritabilité à l'anxiété, voire la dépression avec des cas rapportés d'idées suicidaires et de suicides. Le patient sera informé de ces risques en amont du traitement. La gravité de certains états impose d'être vigilant sur l'apparition de troubles de l'humeur des patients traités et une orientation rapide vers une consultation spécialisée dès lors que des signes de gravité sont présents (apparition ou verbalisation d'idées suicidaires, retrait majeur, rupture brutale avec le fonctionnement habituel, altération rapide de l'état général...). La place du médecin généraliste qui a une connaissance ancienne du patient permet de déceler l'aggravation et la dimension évolutive de ces troubles par rapport à l'état antérieur.

Par ailleurs, des troubles ophtalmologiques (rétinopathie) ou cardiaques ont été décrits de façon plus rare.

Enfin, des réactions cutanées au point d'injection de l'interféron sont fréquentes. Prurit et toux sèche ont été rapportés avec la prise de ribavirine.

## [ 9 ] L'accompagnement et le soutien thérapeutique

---

Le soutien thérapeutique des patients, dès l'indication de traitement, est essentiel pour optimiser l'atteinte d'un degré d'observance suffisant pour une efficacité thérapeutique. Il peut intervenir en amont de la prise effective du traitement (préparation), à l'initiation du traitement (primo-observance), et au cours du suivi (maintien de l'observance et prévention de la rupture d'observance).

Les dispositifs à mettre en place peuvent prendre la forme de consultations individuelles de soutien thérapeutique ou de programmes spécifiques (groupe d'éducation thérapeutique).

Les interventions les plus efficaces sont multi-factorielles et combinent un travail sur plusieurs composantes : sociales, cognitives, comportementales, et émotionnelles [49, 50].

## 9.1 – Explorer le degré de préparation du patient à la prise d'un traitement

Il est important de savoir à quel stade de préparation au traitement le patient se trouve. Pour ce faire, l'utilisation d'échelles analogiques visuelles peut être intéressante. Nous vous proposons l'échelle suivante :

### Par rapport à votre traitement, vous diriez :

(entourer sur l'échelle allant de 1 à 10 le chiffre le plus proche de ce que vous ressentez)

**0**   1   2   3   4   **5**   6   7   8   9   **10**

**Je ne  
me sens  
pas prêt(e)  
à le commencer**

**Je me sens  
tout à fait  
prêt(e)  
à le commencer**

## 9.2 – Optimiser l'observance thérapeutique

Dans les traitements par interféron, on admet que le taux d'observance requis correspond à la prise de 80 % du traitement 80 % du temps. Ainsi, les patients qui peuvent atteindre un degré d'observance équivalent ou supérieur à 80 % de leur traitement par interféron, Peginterféron alpha-2b et ribavarine présentent de meilleures réponses virologiques. Le maintien d'un tel degré d'observance est particulièrement « avantageux » au-delà de 12 à 24 semaines pour les patients qui ont bénéficié d'une réponse virologique précoce [51].

Le soutien des patients en termes d'observance thérapeutique participe et vise à l'amélioration de leur qualité de vie. Le soutien doit être privilégié par rapport au contrôle. Il est inutile par exemple de demander au patient s'il prend bien son traitement. Cette question appelle une réponse de type « oui » ou « non » qui renseignera essentiellement sur sa perception par rapport à « bien prendre son traitement » et non sur son degré d'observance par rapport au degré d'observance requis. Par ailleurs, cette question peut amener le patient à s'obliger à répondre « oui » par peur de déplaire ou de décevoir son médecin.

Il est préférable d'ouvrir un dialogue avec le patient sur les difficultés qu'il rencontre dans la prise de son traitement et de tenter de résoudre avec lui les

obstacles qui auront ainsi été identifiés (au niveau social, cognitif, comportemental et émotionnel) en s'appuyant sur ses propres ressources, celles de son environnement et/ou de structures de soin.

## [ 10 ] Comment surveiller un malade traité ?

### 10.1 – Surveillance biologique

- Numération formule sanguine et numération plaquettaire :

Vérifier que le patient a bien eu ses contrôles aux semaines 2 et 4 et réaliser un suivi régulier tous les mois.

Un suivi mensuel des transaminases devra également être assuré.

En cas de survenue d'anomalie du bilan sanguin, le spécialiste qui a initié le traitement anti-hépatite C devra envisager des modifications de posologie.

Votre vigilance sur la détection de ces anomalies et la concertation avec le spécialiste, qui suit également votre patient, permettront de rapidement ajuster la posologie du traitement, voire de décider d'un arrêt de traitement en cas d'anomalie sévère :

Tableau 3

### Indications d'interruption du traitement

taux d'hémoglobine	< 8,5 g/dL
taux de leucocytes	< 1 giga/L (1X10 <sup>9</sup> /L)
taux de neutrophiles	< 0,5 giga/L (0,5X10 <sup>9</sup> /L)
taux de plaquettes	< 25 giga/L (25X10 <sup>9</sup> /L)
bilirubine (directe)	> 2,5X LNS*
bilirubine (indirecte)	> 4 mg/dL
créatininémie	> 2 mg/dL
transaminases	> 2 fois les valeurs initiales ou au-delà de 10 X LNS*.

\*LNS : limite normale supérieure

Toute aggravation du bilan hépatique doit faire l'objet d'une discussion avec le spécialiste.

- En raison de l'hémolyse induite par la ribavirine, l'acide urique devra être régulièrement dosé (tous les trois mois) pour prévenir l'apparition d'une crise de goutte.
- En cas de signes compatibles avec un dysfonctionnement thyroïdien, la TSH devra être dosée tous les trois mois.

Chez la femme, il convient de vérifier tous les mois l'absence de grossesse.

## 10.2 – Surveillance clinique

Il est important d'être vigilant sur l'apparition de troubles de l'humeur chez vos patients. S'ils peuvent parfois être pris en charge au travers d'une écoute attentive lors de votre consultation ou par la prescription d'anxiolytiques et/ou d'anti-dépresseurs, il est important d'orienter rapidement vers une consultation spécialisée dès lors que des signes de gravité sont présents (apparition ou verbalisation d'idées suicidaires, retrait majeur, rupture brutale avec le fonctionnement habituel, altération rapide de l'état général, etc.).

Par ailleurs, si au cours de l'examen clinique régulier de votre patient, celui-ci se plaint de troubles visuels, il sera nécessaire d'envisager un examen ophtalmologique complet.

Enfin, les patients ayant des antécédents de troubles cardiovasculaires devront être étroitement surveillés, l'arrêt du traitement devant être envisagé au moindre signe de détérioration.

## 10.3 – Accompagnement et soutien thérapeutique :

Il peut être systématisé dès l'indication d'un traitement et de son initiation et être proposé à tout moment au cours du suivi :

- préparation au traitement,
- éducation et soutien thérapeutique à l'initiation du traitement (primo-observance) et au cours du suivi (amélioration/maintien de l'observance et de la qualité de vie).

## 10.4 – Le cas des non-répondeurs

Les non-répondeurs à un traitement précédent peuvent être de vrais non-répondeurs du fait d'une résistance thérapeutique. Dans ce cas, se pose la question d'un traitement d'entretien par de faibles doses d'interféron pégylé pour des durées prolongées. Ils peuvent aussi être des « faux » non-répondeurs du fait d'un traitement précédent insuffisant et il est alors légitime de leur proposer le traitement recommandé actuellement.

Dans tous les cas, le traitement a souvent permis d'améliorer la fibrose hépatique.

# [ 11 ] Suivre un patient non traité

---

## 11.1 – Patient sans cirrhose

Réaliser un bilan 1 ou 2 fois par an, avec examen clinique et dosage des transaminases. Une nouvelle ponction biopsie hépatique est indiquée 3 à 5 ans après la première en cas d'anomalie des transaminases.

## 11.2 – Patient avec cirrhose

Les experts recommandent de réaliser, tous les 6 mois, un bilan : examen clinique, bilan biologique hépatique, dosage de l'alpha-fœtoprotéine et échographie hépatique. Les experts recommandent de pratiquer, tous les 2 à 3 ans, une fibroscopie œsogastro-duodénale à la recherche de varices œsophagiennes ou cardio-tubérositaires.

En cas d'apparition de signes de gravité cliniques (décompensation) ou biologiques (TP < 50 %), une transplantation du foie doit être discutée.

Pour tous les patients présentant un abus ou une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour ceux présentant des troubles psychiques, il convient d'initier une prise en charge adaptée. Celle-ci doit faciliter un accès ultérieur au traitement ou permettre une amélioration de la qualité de vie ainsi que du pronostic sans traitement. Il convient en particulier de prendre en charge ou de prévenir une consommation d'alcool qui est un facteur aggravant de l'évolution de la maladie, un facteur causal de troubles anxieux et dépressifs ainsi qu'un facteur facilitant des passages à l'acte impulsifs.

## 11.3 – Suivi psychosocial

Il consiste à évaluer les besoins psychologiques et sociaux des patients. Cette évaluation, réalisée par un professionnel de santé au travers d'un entretien centré sur le patient, peut donner lieu à une ou des orientations vers des professionnels (psychologue, assistante sociale) et/ou des associations de personnes vivant avec le VHC.

Les besoins psychologiques peuvent être évalués en demandant au patient de décrire ses inquiétudes, ses attentes, ses principales difficultés et ses projets. Il est important à cette occasion d'explorer le degré d'isolement du patient ainsi que les capacités de soutien de son entourage.

Les besoins sociaux peuvent être évalués en invitant le patient à décrire ses conditions de logement, son statut face à l'activité, et en évoquant avec lui les ressources à mobiliser pour lui faciliter l'accès aux dispositifs sociaux visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites.

# ► **Quelles sont les précautions à prendre en cas d'hépatite C ?**

## **Conseils aux patients**

### **[ 1 ] Conseils aux patients atteints d'hépatite C**

Il est essentiel que le médecin explique la notion de fibrose et de cirrhose et son importance pour une bonne compréhension du choix thérapeutique proposé : simple surveillance ou traitement ; il est important qu'il explique que l'évaluation de la fibrose peut se faire non seulement par la biopsie hépatique mais aussi par les marqueurs sériques et le fibroscanner. Le médecin a aussi à informer sur l'intérêt et les limites des transaminases et des examens virologiques utilisés dans le suivi (inutilité de la quantification virale en dehors de la période thérapeutique), sur les possibilités thérapeutiques selon le génotype, de même que sur les effets secondaires, leur caractère variable selon les personnes, sur leur retentissement possible mais non constant au niveau professionnel.

Il est indispensable d'informer le malade et son entourage du retentissement du traitement de l'infection par le VHC sur la qualité de vie : vie personnelle, familiale, sociale, professionnelle. Des conseils d'hygiène de vie seront donnés régulièrement (hydratation suffisante, activité physique, conseils diététiques, etc.). Une surveillance des symptômes psychiatriques et de la fatigue est recommandée par une écoute active de la part de tous les intervenants. Le médecin spécialiste prescrivant le traitement antiviral doit faire comprendre à la personne malade l'importance des rencontres régulières (et rapprochées en début de traitement) avec son médecin généraliste pour le dépistage et le suivi éventuel des effets indésirables non seulement hématologiques mais aussi cliniques (et en particulier psychiatriques). Les troubles de l'humeur ou de la libido peuvent faire l'objet de consultations impliquant les proches. Les réseaux de soins et les associations de malades doivent jouer un rôle important dans le soutien des patients traités (Conférence de consensus « Traitement de l'hépatite C » de 2002).

#### **1.1 – Régime alimentaire**

Une perte de poids est conseillée en cas d'excès pondéral : en dehors de son intérêt sur le plan général, elle peut permettre d'améliorer la réponse thérapeutique antivirale. Elle pourra aussi améliorer une éventuelle stéatose hépatique ou stéatohépatite non alcoolique associée qui peut en elle-même contribuer au développement d'une fibrose ou d'une cirrhose.

## 1.2 – Consommation d'alcool

Une consommation d'alcool régulière et importante est un facteur indépendant démontré de progression de la maladie vers une cirrhose. Elle augmente la réplication virale, les lésions nécrotico-inflammatoires de la maladie.

Il doit être conseillé au malade atteint d'hépatite chronique C de ne pas consommer d'alcool ou, tout au moins, de façon occasionnelle et très modérée, c'est-à-dire moins d'un verre de boisson alcoolisée par jour. Les études actuellement disponibles n'ont pas permis de déterminer une consommation sans risque. Les malades atteints d'une cirrhose ou d'une fibrose sévère (score Métavir F  $\geq$  3), doivent arrêter toute consommation d'alcool. Il est raisonnable de recommander un arrêt total de l'alcool pendant la période thérapeutique, l'alcool pouvant diminuer l'efficacité du traitement

En cas d'alcool-dépendance, le traitement antiviral peut être proposé s'il existe une prise en charge globale de celle-ci.

## 1.3 – Consommation de tabac et de cannabis

Des études nécessitant confirmation ont mis en évidence un rôle fibrosant possible du tabac au niveau du foie. Le conseil de sevrage est cependant surtout à proposer dans le cadre d'une prise en charge globale de sa santé par la personne malade.

Quant au rôle fibrosant du cannabis, les données scientifiques sont de plus en plus fortes.

## 1.4 – Médicaments

Parmi les médicaments, les traitements immunosuppresseurs sont à éviter car ils augmentent la réplication virale et peuvent être associés à une aggravation des lésions histologiques. Après transplantation d'organe, il est souhaitable de diminuer, dès que possible, la posologie des traitements immunosuppresseurs. La vaccination contre l'hépatite A doit être envisagée chez les sujets exposés au risque d'hépatite A. Un risque de survenue d'hépatite A fulminante a été exceptionnellement décrit en cas d'hépatite C préexistante, mais n'a pas été confirmé. La vaccination contre l'hépatite B doit être envisagée chez les sujets exposés au risque d'hépatite B. De nombreux médicaments sont potentiellement hépatotoxiques. Leur prescription éventuelle doit tenir compte du rapport bénéfice/risque au niveau individuel.

## 1.5 – Relations sexuelles

Le risque de transmission du VHC par voie sexuelle est très faible, qu'il s'agisse de rapports hétérosexuels ou homosexuels. Elle est toutefois possible, en particulier à l'occasion de rapports pendant les règles ou en cas d'infections génitales (herpès...), ou de lésions des organes sexuels. Le risque est plus élevé en cas de contamination VIH associée.

En raison de ce très faible risque, en cas de contamination VHC isolée, il n'est pas nécessaire de recommander l'utilisation de préservatifs entre partenaires sexuels stables. En revanche, l'utilisation de préservatifs doit être conseillée en cas de partenaires sexuels multiples, en période menstruelle si la femme est contaminée, en cas de lésions génitales, en cas de contamination VIH associée. Enfin, il est nécessaire de réaliser une sérologie VHC chez le partenaire sexuel d'un sujet atteint d'hépatite chronique C. Il convient d'informer le partenaire sexuel que, en l'absence de facteurs de risques personnels, la sérologie C sera très probablement négative et qu'il sera inutile de la renouveler régulièrement.

## 1.6 – Grossesse et hépatite C

- La prévalence du VHC chez la femme enceinte est identique à celle de la population générale adulte. Le risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant n'existe que si la mère est virémique. Il est inférieur à 5 %. Les mères co-infectées par le VHC et le VIH ont un risque accru de transmission du VHC au nouveau-né (au moins 20 %).
- La transmission a lieu très probablement lors de l'accouchement. Elle pourrait survenir *in utero* au moment du travail ou dans les premiers jours de la vie. L'ARN du VHC a été retrouvé dans le liquide puerpéral, le sang du cordon et, plus rarement, dans le liquide amniotique. Une amniocentèse est possible en centre spécialisé.

En dehors de la période thérapeutique, la grossesse n'est pas contre-indiquée chez la femme atteinte d'hépatite C chronique. L'existence d'une infection par le VHC ne contre-indique pas l'accouchement par voie naturelle ni l'allaitement.

Le diagnostic de l'infection par le virus C chez l'enfant né de mère séropositive pour le VHC repose sur la recherche du virus dans le sang (PCR). Ce test peut être proposé entre l'âge de 3 mois et 12 mois, ou plutôt entre 12 et 18 mois en recherchant la disparition de anticorps anti-VHC. Si un test de dépistage est pratiqué chez l'enfant avant l'âge de 12 mois, il est en effet très souvent positif sans que l'enfant soit pour autant atteint par le virus C. Il témoigne seulement de la présence d'anticorps de la mère transmis à l'enfant. La disparition des anticorps dont la présence est régulièrement observée à la naissance ne se fait qu'après 12 à 18 mois.

Si la recherche d'ARN viral est positive, l'enfant est infecté. Une surveillance est nécessaire. L'évolution de l'hépatite C semble généralement bénigne chez l'enfant, ne nécessitant le plus souvent pas de traitement.

La procréation médicalement assistée chez un couple dont l'un des partenaires est atteint d'hépatite C chronique pose le problème de l'éventuelle transmission du parent à l'enfant et de la possible contamination d'autres prélèvements dans le laboratoire. Avant procréation médicalement assistée, il est obligatoire de réaliser une sérologie VHC chez le père et la mère. L'assistance médicale à la procréation (AMP) chez les couples virémiques peut être mise en œuvre dans les centres autorisés prenant en charge des patients à risque viral

(voir Agence de biomédecine). Ces centres doivent se conformer aux règles de bonnes pratiques spécifiques définies par l'arrêté du 10 mai 2001 (publié au JO du 15 mai 2001, page 7735).

*Les experts de l'Anaes recommandent de proposer systématiquement un test de dépistage à tout enfant né de mère séropositive pour le VHC, s'il n'a pas déjà été testé.*

## **1.7 – Troubles psychiques et hépatite C**

Ces troubles surviennent fréquemment et constituent des effets collatéraux bien identifiés du traitement. Néanmoins, ils peuvent être extrêmement douloureux et doivent être pris en charge de la même façon qu'un épisode psychopathologique non iatrogène.

Des symptômes fréquents tels qu'une irritabilité, des troubles du caractère ou du sommeil, ainsi qu'une labilité émotionnelle doivent être surveillés, évalués et pris en charge. Ils peuvent être les signes sentinelles de troubles plus graves.

## **[ 2 ] Conseils aux patients atteints d'hépatite C par rapport à autrui**

---

### **2.1 – Entourage vivant avec une personne atteinte**

Une séroprévalence accrue du VHC a été retrouvée dans l'entourage familial des sujets atteints d'hépatite C chronique. La contamination n'était pas due à un contact de personne à personne, mais à une situation à risque commune aux deux personnes. En l'absence de plaie ou de partage d'objets en contact avec du sang, le risque semble donc pratiquement nul.

Il doit être conseillé aux personnes atteintes d'hépatite chronique C de ne pas partager les objets de toilette pouvant être en contact avec du sang : rasoir, ciseaux à ongles, brosse à dents et matériel d'épilation. En revanche, les objets usuels, tels que les couverts ou les verres, ne nécessitent pas de désinfection particulière. En cas de coupure ou de plaie cutanée, il faut effectuer immédiatement un pansement couvrant après désinfection. Il n'y a pas de risque de transmission par le simple baiser, malgré la présence du virus dans la salive à de très faibles concentrations.

*Les experts de l'Anaes recommandent de proposer systématiquement une sérologie virale C aux personnes vivant ou ayant vécu avec une personne atteinte d'hépatite C, sans avoir à procéder à l'anamnèse d'un partage d'objets, et tout en expliquant que seul le partage d'objets de toilette est source de transmission.*

Une fois que la sérologie a été faite au niveau familial et par les partenaires sexuels, il ne sera pas utile de la répéter chez ces personnes en l'absence d'autres facteurs de risque de contamination personnels.

## 2.2 – Vie sociale

La vie en collectivité n'est pas un facteur de risque de transmission de l'hépatite C. De ce fait, l'isolement est inutile, en particulier en crèche ou à l'école pour les enfants, de même que dans la vie professionnelle. Les activités sportives sont autorisées. En cas de plaie ou de coupure, un pansement couvrant est obligatoire avant de permettre au sujet de reprendre son activité sportive.

Le don du sang doit être proscrit et, si la personne a donné son sang, il doit lui être demandé de faire part de la positivité de sa sérologie à l'établissement de transfusion sanguine où elle a été prélevée pour permettre une enquête chez les personnes ayant reçu le sang de la personne contaminée. Le don d'organes et le don de sperme, sauf dans des circonstances particulières, ne peuvent pas être envisagés.

## 2.3 – Soins médicaux

En cas d'hépatite C, il convient de conseiller au patient d'informer les soignants de sa contamination, en particulier à l'occasion de prélèvements sanguins, de soins dentaires, d'actes endoscopiques ou d'autres actes invasifs diagnostiques, d'interventions chirurgicales ou d'hémodialyse.

# [ 3 ] Conseils aux usagers de drogues

---

## 3.1 – Réduction des risques chez les usagers de drogues

Les usagers de drogues constituent le groupe le plus touché par l'infection à VHC et restent très exposés, malgré des modifications de comportement. La prévalence de la séropositivité dans cette population de 100 000 à 160 000 personnes est actuellement de près de 60 %.

Le partage de seringues et d'aiguilles est le mode de contamination prépondérant faisant suite à une utilisation, en groupe ou en couple, de matériel rangé dans un lieu commun (squatt, cave...). Ces partages ont souvent lieu à l'insu du propriétaire (emprunt, mélange...). Le message «une seringue, un shoot» se justifie à la fois par le risque de transmission du VHC à d'autres usagers et par celui de se surinfecter soi-même par le VIH ou le VHB. Le partage avec utilisation du matériel en dernière position par les usagers qui se savent porteurs d'une infection est à proscrire pour les mêmes raisons. La contamination peut aussi survenir par faute d'asepsie, commise par un tiers pratiquant l'injection à plusieurs usagers ayant leur matériel personnel.

Il est donc important que chaque professionnel diffuse des informations sur les programmes d'échange de seringues, leur distribution et leur récupération.

L'objectif est d'éviter le partage de matériel (aiguilles, seringues, mais aussi cupules et cotons, etc.) avec une autre personne, d'obtenir l'utilisation du matériel personnel (seringues et matériel de préparation de l'injection) et

d'éviter les erreurs d'asepsie, en particulier en cas d'injection par un tiers. Il est donc essentiel d'inciter à l'utilisation des kits type Stéribox 2<sup>®</sup> mis à disposition dans des automates sur la voie publique (emplacements disponibles auprès des DRASS) et à la consultation des documents associés.

Le Stéribox 2<sup>®</sup> contient deux seringues jetables (seringues à usage unique), le matériel stérile pour la préparation des injections et un préservatif.

Certaines associations distribuent gratuitement des trousse de prévention (Kit +) ayant le même contenu que le Stéribox 2<sup>®</sup>.

Si, exceptionnellement, la personne ne peut se procurer du matériel d'injection neuf, le nettoyage avec de l'eau de Javel peut limiter mais n'exclue absolument pas les risques de transmission des virus des hépatites B et C et du sida, à condition de respecter strictement le mode d'emploi suivant :

- 1 – remplir la seringue d'eau courante. Vider la seringue. Effectuer l'opération deux fois ;
- 2 – remplir la seringue d'eau de Javel. Attendre 30 secondes. Vider la seringue. Effectuer l'opération deux fois ;
- 3 – remplir la seringue d'eau courante. Vider la seringue. Effectuer l'opération deux fois.

Le partage des pailles chez les « sniffeurs » de cocaïne apparaît comme un risque indépendant de transmission du VHC. La transmission pourrait se faire à travers la muqueuse nasale. Comme pour le petit matériel, ces données sont suffisantes pour inciter les sujets infectés à détruire leurs pailles après usage.

### **3.2 – Conseils aux usagers de drogues pour l'accès aux soins spécialisés**

Il est important de conseiller de prendre contact avec un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) pour envisager le sevrage ou un traitement de substitution ainsi que l'évaluation médicale et le traitement, si nécessaire, de l'hépatite C. L'accès à un CSST ou à un réseau ville-hôpital toxicomanie permet une prise en charge pluridisciplinaire.

## **[ 4 ] Pratique professionnelle**

---

### **4.1 – Prévention du risque nosocomial**

La transmission du virus de l'hépatite C (VHC) se produit principalement lorsque le sang d'une personne infectée par le VHC entre en contact avec le sang d'une personne indemne, mais également par l'intermédiaire d'instruments ou d'aiguilles souillés de sang infecté et insuffisamment désinfectés. La contamination par le VHC peut donc se faire à l'occasion de soins médicaux diagnostiques ou thérapeutiques, en cas de faute d'asepsie ou de procédure de désinfection insuffisante. Des transmissions du VHC ont été rapportées

dans des unités d'hématologie, lors d'hémodialyses, d'endoscopies avec biopsies, et dans des procédures d'anesthésie. Cependant les études récentes ont montré que le renforcement des précautions universelles permet de prévenir la transmission du VHC. La contamination lors de soins dentaires non chirurgicaux (extractions dentaires, chirurgie stomatologique...) est plausible, mais n'a jamais été démontrée.

Si le risque de transmission par les produits sanguins est devenu exceptionnel depuis la mise en œuvre du dépistage du génome du VHC sur les dons de sang au 1<sup>er</sup> juillet 2001, le risque nosocomial doit encore être maîtrisé.

Il est donc essentiel de respecter la réglementation spécifique et les recommandations en matière de désinfection/décontamination/stérilisation du matériel médical (des dispositifs médicaux) et d'usage de matériel à usage unique, de même que les règles de bonnes pratiques diffusées depuis 1996\*. Les mesures supplémentaires récentes sur le renforcement des procédures de stérilisation et de désinfection, le développement de l'utilisation de matériel à usage unique (circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n°138 du 14 mars 2001) et l'interdiction de l'utilisation des pinces à biopsie réutilisables concourent également à la réduction du risque de transmission du VHC.

## 4.2 – Exercice professionnel

Le risque de transmission du VHC par piqûre accidentelle à partir d'une personne infectée (ARN viral positif) est estimé à 3 %. La transmission peut se produire d'un patient infecté à un professionnel de santé.

Plusieurs études ont montré également la transmission possible du VHC d'un professionnel de santé à un patient. Cette transmission semble toutefois rare. Des cas ont été exceptionnellement décrits, essentiellement lors d'interventions chirurgicales.

Ces données ne conduisent pas, en général, à envisager de modification dans le mode d'exercice professionnel, mais amènent à souligner l'importance du respect strict des règles d'hygiène et de désinfection/décontamination.

*À noter qu'un livret à l'usage des patients et de leur entourage, rédigé sous forme de questions-réponses, est disponible et peut contribuer à l'information de vos patients.*

\* 1. *Guide des matériels de sécurité, GERES, INRS, 2000.*

2. *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, Comité technique national des infections nosocomiales, 1999.*

3. *Désinfection des dispositifs médicaux – Guide de bonnes pratiques, Comité technique national des infections nosocomiales, 1998.*

4. *Recommandation pour la prévention des infections nosocomiales en réanimation, Comité technique national des infections nosocomiales, groupe REANIS, numéro spécial BEH, janvier 1995.*

5. *Décret n° 99-1 034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.*

## [ • ] Références

---

1. Hépatite C : prévalence mondiale. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 1997; 72 : 341-348.
2. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C in the West. *Semin Liver Dis* 1995; 15 : 5-14.
3. EASL International consensus conference on hepatitis C. Consensus statement. *J Hepatol* 1999; 30 : 956-61.
4. Dienstag JL. NANB hepatitis I. Recognition, epidemiology and clinical features. *Gastroenterology* 1993; 85 : 439-462.
5. Hoofnagle JH, Carithers RL, Shapiro C, Ascher N. Fulminant hepatic failure : summary of a workshop. *Hepatology* 1995; 21 : 240-52.
6. Farci P, Alter HJ, Wong D, Miller RH, Shih JW, Jett B, Purcell RH. A long-term study of hepatitis C virus replication in non-A, non-B hepatitis. *N Engl J Med* 1991; 325 : 98-104.
7. Puoti M, Zonaro A, Ravaggi A, Marin MG, Castelnovo F, Cariani E. Hepatitis C virus RNA and antibody response in the clinical course of acute hepatitis C infection. *Hepatology* 1992; 16 : 877-81.
8. Hino K, Sainokami S, Shimoda K, Niwa H, Iino S. Clinical course of acute hepatitis C and changes in HCV markers. *Dig Dis Sci* 1994; 39 : 19-27.
9. Seeff LB *et al.* Natural history of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36 : S35-46.
10. Jauncey M *et al.* Clearance of hepatitis C virus after newly acquired infection in injection drug users. *J Infect Dis* 2004; 190 : 1270-1274.
11. Asselah T, Martinot M, Boyer N, Marcellin P. Variabilité génétique du virus de l'hépatite C : implications cliniques. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 : 24 : 175-84.
12. Esteban JL, Lopez-Talavera JC, Genesca J, Madoz P, Viladomiu L, Muniz E, Martin-Vega C, *et al.* High rate of infectivity and liver disease in blood donors with antibodies to hepatitis C virus. *Ann Intern Med* 1991; 115 : 443-9.
13. Alberti A, Morsica G, Chemello L, Cavalletto D, Noventa F, Pontisso P, Ruol A. Hepatitis C viremia and liver disease in symptom-free individuals with anti-HCV. *Lancet* 1992; 340 : 697-8.
14. Prieto M, Olaso V, Verdu C, Cordoba J, Gisbert C, Rayon M, Carrasco D, *et al.* Does the healthy hepatitis C virus carriers state really exist ? An analysis using polymerase chain reaction. *Hepatology* 1995; 22 : 413-7.
15. Shakil AO, Conry-Cantilena C, Alter HJ, Hayashi P, Kleiner DE, Tedeschi V, Krawczynski K, *et al.* Volunteer blood donors with antibody to hepatitis C virus : clinical, biochemical, virologic and histologic features. *Ann Intern Med* 1995 : 123 : 330-7.
16. Serfaty L, Nousbaum JB, Elghouzzi MH, Giral P, Legendre C, Poupon R. Prevalence, severity and risk factors of liver disease in blood donors positive in a second-generation anti-hepatitis C virus screening test. *Hepatology* 1995; 21 : 725-9.
17. Conry-Cantilena C, Van Raden M, Gibble J, Melpolder J, Shakil AO, Viladomiu L, Cheung L, *et al.* Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C infection. *N Engl J Med* 1996; 334 : 1691-6.
18. Persico M, Persico E, Suozzo R, Conte S, De Seta M, Coppola L, Palmentieri B, Sasso FC, Torella R. Natural history of hepatitis C virus carriers with persistently normal aminotransferase levels. *Gastroenterology* 2000; 118 : 760-4.
19. Marcellin P, Lévy S, Erlinger S. Therapy of hepatitis C : patients with normal aminotransferase levels. *Hepatology* 1997; 26 (suppl. 1) : 133S-7S.

20. Martinot-Peignoux M, Marcellin P, Gournay J, Gabriel F, Courtois F, Branger M, Wild AM, Erlinger S, Benhamou JP. Detection and quantitation of serum hepatitis C virus (HCV) RNA by branched DNA amplification in anti-HCV positive blood donors. *J Hepatol* 1994; 20: 676-8.
21. Silini E, Bono F, Cividini A, Cerino A, Bruno S, Rossi S, Belloni G, *et al*. Differential distribution of hepatitis C virus genotypes in patients with and without liver function abnormalities. *Hepatology* 1995; 21: 285-90.
22. Takahashi M, Yamada G, Miyamoto R, Doi T, Endo H, Tsuji T. Natural course of chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 1993; 14: 969-74.
23. Roudot-Thoraval F, Bastié A, Pawlotsky JM, Dhumeaux D and the study group for the prevalence and the epidemiology of hepatitis C Virus. Epidemiological factors affecting the severity of hepatitis C virus-related liver disease: a French survey of 6 664 patients. *Hepatology* 1997; 26: 485-90.
24. Poynard T, Bedossa P, Opolon P for the Obsvirc, Metavir, Clinivir, and Dosvirc groups. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. *Lancet* 1997; 349: 825-32.
25. Boyer N, Marcellin P. Pathogenesis, diagnosis and management of hepatitis. *J Hepatol* 2000; 32 [suppl. 1]: 98-112.
26. Thélot B, Pialoux G, Delhommeau A, Piroth L, Salmon-Ceron D et l'APPIIT. Epidémiologie hospitalière des patients co-infectés par le VIH et le VHC. *BEH* 2000; 39: 171-3.
27. Alter HJ, Seeff LB. Recovery, persistence and sequelae in hepatitis C virus infection: a perspective on long-term outcome. *Semin Liver Dis* 2000; 30: 1735.
28. Fattovich G, Giustina G, Degos F, Tremolada F, Diodati G, Almasio P, Nevens E, Solinas A, Mura D, Brouwer JT, Thomas H, Njapoum C, Casarin C, Bonetti P, Fuschi P, Basho J, Tocco A, Bhalla A, Galassini R, Noventa F, Schalm SW, Realdi G. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: a retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology* 1997; 112: 463-72.
29. Rosmorduc O, Paterlini P, Poupon R, Bréchet C. Virus des hépatites et carcinome hépatocellulaire. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 23: 363-75.
30. Deuffic S, Buffat L, Poynard T, Valleron AJ. Modeling the hepatitis C virus epidemic in France. *Hepatology* 1999; 29: 1596-601.
31. Degos F, Christidis C, Ganne-Carrie N, Farmachidi JP, Degott C, Guettier C, Trinchet JC, Beaugrand M, Chevret S. Hepatitis C virus related cirrhosis: time to occurrence of hepatocellular carcinoma and death. *Gut* 2000; 47: 131-6.
32. Marcellin P, Benhamou JP. Autoimmune disorders associated with hepatitis C. In: Boyer JL, Ockner RK, Ed. *Progress in Liver Diseases* (Volume XIII). WB Saunders Company; 1995: 247-67.
33. Koff RS, Dienstag JL. Extrahepatic manifestations of hepatitis C and the association with alcohol liver disease. *Semin Liver Dis* 1995; 15: 101-9.
34. Pawlotsky JM, Ben Hayia M, André C, Voisin MC, Intrator L, Roudot-Thoraval F, Dhumeaux D. Immunological disorders in C virus chronic active hepatitis: a prospective case-control study. *Hepatology* 1994; 19: 841-8.
35. Lunel F, Musset L, Franjeul L, Cacoub P, Manns M, Perrin M, Gripon P, Hoang C, Piette JC, Huraux JM, Opolon M. Cryoglobulinemia in chronic liver diseases: role of hepatitis C virus and liver damage. *Gastroenterology* 1994; 106: 1291-300.

36. Rodger AJ, Jolley D, Thompson SG, Lanigan A, Crofts S. The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology* 1999; 30: 1299-301.
37. Castera L, Foucher J, de Lédighen V, Couzigou P, Constant A, Quintars B, Bernard P. Étude prospective du retentissement psychologique de l'infection par le VHC. *Gastro-entérologie clinique & biologique* 2003; 27, HS1: 0399-8320. [poster]
38. Bedossa P, Poynard T. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. The Metavir Cooperative Group. *Hepatology* 1996; 24: 289-93
39. McHutchison JG, Gordon SC, Schiff ER, Shiffman ML, Lee WM, Rustgi VK, Goodman ZD, Ling MH, Cort S, Albrecht JK, for the Hepatitis Interventional Therapy Group. Interferon a2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 1998; 339: 1485-92.
40. Poynard T, Marcellin P, Lee SS, Niederau C, Minuk GS, Ideo G, Bain V, Heathcote J, Zeuzem S, Trépo C, Albrecht J, for the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Randomised trial of interferon a2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon a2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. *Lancet* 1998; 352: 1426-32.
41. Zeuzem S, Feinman SV, Rasenack J, Heathcote EJ, Lai MY, Gane E, O'Grady J, Reichen J, Diago M, Lin A, Hoffman J, Brunda MJ. Peginterferon a2a in patients with chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 2000; 343: 1666-72.
42. Lindsay KL, Trépo C, Heintges T, Shiffman ML, Gordon SC, Schiff ER, Goddman ZD, Laughlinn M, Yao R, Albrecht JK for the Hepatitis Interventional Therapy Group. A randomized, double-blind trial comparing pegylated interferon a2b to interferon a2b as initial treatment for chronic hepatitis C. *Hepatology* 2001; 34: 395-403.
43. Manns MP, McHutchison JG, Gordon S, Rustgi V, Shiffman ML, Reindollar R, Goodman ZD, Koury K, Ling MH, Albrecht JK, and the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Peginterferon a2b plus ribavirin compared with interferon a2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001; 358: 958-65.
44. Boyer N, Marcellin P. L'interféron pegylé: nouveau progrès dans le traitement de l'hépatite chronique C. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24: 767-9.
45. L'hépatite C. Diagnostic, prise en charge et traitement. CDrom. Le Vésinet : L'Écran médical, 2004.
46. Larsen C *et al.* Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France 2004. *BEH* 2005; 23.
47. Première conférence européenne de consensus sur les traitements des hépatites chroniques B et C chez les patients co-infectés VIH. *J Hepatol* 2006; 44: S44-S48.
48. Jauffret-Roustide M *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Étude INVS-ANRS Coquelicot 2004. *BEH* 2006; 33.
49. Tourette-Turgis C, Rébillon M. *Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral*. Paris: Comment Dire, 2000.
50. Tourette-Turgis C, Rébillon M. *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida – De la théorie à la pratique*. Paris: Comment Dire, 2002.
51. McHutchison JG, Manns M, Patel K, Poynard T, Lindsay KL, Trepo C, Dienstag J, Lee WM, Mak C, Garaud JJ, Albrecht JK and the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Adherence to combination therapy enhances sustained response in genotype-1-infected patients with chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 2002; 123 (4): 1061-9 [abstract]

## [ • ] Bibliographie (précautions et conseils)

---

Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology* 1997; 26 : 62S-5S.

Circulaire DGS. DH n° 236 du 2 avril 1996 relative à la désinfection des endoscopes.

Conférence internationale de consensus sur l'hépatite C. Conclusions. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 23 : 730-5.

Couzigou P. What are the recommendations in hepatitis C? *Gastroenterol Clin Biol* 1997; 20 : S117-S20.

Dienstag JL. Sexual and perinatal transmission of hepatitis C. *Hepatology* 1997; 26 (suppl. 1) : 66S-70S.

Guide des bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Paris : ministère de la Santé, CTIN; 1998.

Guide de prévention de la transmission des maladies infectieuses en stomatologie odontologie. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1997.

Hezode C, Lonjon I, Roudot-Thoraval F, Mavrier JP, Pawlowsky JM. Impact of smoking on histological liver lesions in chronic hepatitis C. *Gut* 2003; 52 : 126-9.

Kumar RM, Shahul S. Role of breast-feeding in transmission of hepatitis C virus to infant of HCV-infected mothers. *J Hepatol* 1998; 29 : 191-7.

Mallat A, Hezode C, Grenard P, Julien B, Roudot-Thoraval F, Zafrani ES, Dhumeaux D, Lotersztajn S. Le cannabis et le foie. Journée d'hépatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil, décembre 2004.

National Institutes of Health consensus development conference panel statement: management of hepatitis C. *Hepatology* 1997; 26 (suppl. 1) : 2S-10S.

Ohto H, Terazawa S, Sasaki N, Hino K, Ishiwata C, et al. Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. *N Engl J Med* 1994; 330 : 744-50.

Pessione F, Degos F, Marcellin P, Duchatelle V, Njadoum C, Martinot-Peignoux M, et al. Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C. *Hepatology* 1998; 27 : 1717-22.

Pessione F, Ramond MJ, Njapoum C, Duchatelle V, Degott C et al. Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2001; 34 : 121-5.

Poynard T, Ratziv V, Charlotte F, Goodman Z, McHutchinson J, Albrecht J. Rates and risk factors of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2001; 34 : 730-9.

Yeung LTF et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Hepatology*. 2001; 34 : 223-9.

## [ • ] Liste des pôles de référence/réseaux hépatite C

### Pôles hépatite C

#### ▶ Alsace

Strasbourg

### Chefs de service et médecins référents

Pr Michel Doffoel  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
Service d'hépatogastroentérologie  
CHU Strasbourg  
Hôpital Civil  
1, place de l'Hôpital  
67091 Strasbourg Cedex  
Tél. : 03 88 11 62 49 Fax : 03 88 11 54 72  
michel.doffoel@chru-strasbourg.fr

#### ▶ Antilles

Martinique

Dr André Edouard  
(Chef de service – Responsable du pôle –  
Coordonnateur du réseau)  
Service de gastroentérologie  
CHU de Fort de France  
BP 632  
97261 Fort de France Cedex  
Martinique  
Tél. : 05 96 55 22 31 (ou 32 ou 33) Fax : 00 596 75 84 56  
e-mail : A.EDOUARD@wanadoo.fr et  
hepato-gastro@chu-fortdefrance.fr

Guadeloupe

Dr Eric Saillard  
Service de gastroentérologie  
CHU Pointe à Pitre  
Route de Chauvel  
97159 Pointe à Pitre-Abymes  
eric.saillard@chu-guadeloupe.fr

#### ▶ Aquitaine

Bordeaux

Pr Patrice Couzigou (Chef de service)  
Juliette Foucher  
(Responsable du pôle et du réseau)  
Hôpital Haut-Lévêque  
Bât. USN  
Av. de Magellan  
33600 Pessac  
Tél. : 05 57 65 64 39 Fax : 05 56 55 64 45  
patrice.couzigou@chu-bordeaux.fr  
juliette.foucher@chu-bordeaux.fr

► **Auvergne**  
Clermont-Ferrand

D<sup>r</sup> Armand Abergel  
(Chef de service et Coordonnateur du réseau)  
Hôtel-Dieu  
BP 69  
63003 Clermont Ferrand  
Tel. : 04 73 75 05 04 Fax : 04 73 75 05 07  
aabergel@chu-clermontferrand.fr

► **Basse Normandie**  
Caen

P<sup>r</sup> Thong Dao  
(Chef de service et responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Catherine Guillemard  
(Responsable du réseau)  
CHU Caen Côte de Nacre  
Hépatogastroentérologie  
Av. de la Côte de Nacre  
Niveau 19  
14033 Caen Cedex  
Tél. : 02 31 06 45 44 Fax : 02 31 06 45 45  
dao-t@chu-caen.fr  
Tél. : 02 31 06 45 42  
guillemard-c@chu-caen.fr  
Tél. : 02 31 06 45 37

► **Bourgogne**  
Dijon

P<sup>r</sup> Patrick Hillon  
(Chef de service et Responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Anne Minello (Responsable du réseau)  
Hôpital du Bocage  
Hépatogastroentérologie  
2, bd Maréchal de Lattre de Tassigny  
21034 Dijon Cedex  
Tél. : 03 80 29 37 50 Fax : 03 80 29 37 22  
patrick.hillon@chu-dijon.fr  
anne.minello@chu-dijon.fr

► **Bretagne**  
Rennes

P<sup>r</sup> Dominique Guyader  
(Chef de service et responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> H. Danielou (Responsable du réseau)  
CHU Pont Chaillou  
Service des maladies du foie  
2, rue Henri Le Guilloux  
35033 Rennes Cedex 9  
Tél. : 02 99 28 42 97 Fax : 02 99 28 41 12  
dominique.Guyader@univ-rennes1.fr  
helene.danielou@chu-rennes.fr

► **Centre**  
Tours

---

D<sup>r</sup> Yannick Bacq  
(Responsable du pôle et Coordonnateur régional)  
D<sup>r</sup> Louis d'Alteroche (Animateur du réseau)  
Hôpital Trousseau  
37044 Tours Cedex 01  
Tél. : 02 47 47 59 65 Fax : 02 47 47 84 28  
bacq@med.univ-tours.fr  
l.dalteroche@chu-tours.fr

► **Champagne-Ardenne**  
Reims

---

P<sup>r</sup> Gérard Thieffin  
(Chef de service et responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Brigitte Bernard-Chabert  
(Secrétaire du réseau)  
Service d'hépatogastro (U72)  
CHU Reims Hôpital Robert Debré  
Rue Général Koening  
51092 Reims Cedex  
Tél. : 03 26 78 88 48  
Fax : 03 26 78 88 36  
gthieffin@chu-reims.fr  
bbernard-chabert@chu-reims.fr

► **Franche-Comté**  
Besançon

---

P<sup>r</sup> Jean-Philippe Miguet (Chef de service —  
Responsable du pôle – Président du réseau)  
Estelle Collin (Chef de projet et réseau REVHOC)  
Hépatologie  
CHU Jean Minjoz  
3, bd Aristide Fleming  
25030 Besançon  
Tél. : 03 81 66 84 21  
Fax. 03 81 66 84 17  
hepatologie@chu-besancon.fr  
ecollin@chu-besancon.fr

► **Haute-Normandie**  
Rouen

P<sup>r</sup> E. Lerebours (Chef de service)  
D<sup>r</sup> Odile Gorla (Responsable du pôle)  
Département d'hépatogastroentérologie  
et de nutrition  
P<sup>r</sup> Pierre Czernichow (Président du réseau)  
Département d'épidémiologie et de santé publique  
Hôpital Charles Nicolle  
1, rue Germont  
76031 Rouen Cedex  
Tél. : 0232888260 Fax : 02 3515 16 23  
eric.lerebours@chu-rouen.fr  
odile.gorla@chu-rouen.fr  
pierre.czernichow@chu-rouen.fr  
Tél. : 0232888637

► **Languedoc-Roussillon**  
Montpellier

Dominique Larrey  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Diane Peloux (Responsable du réseau)  
CHU – Hôpital St Éloi  
Hépatogastroentérologie  
80, rue Fliche  
34295 Montpellier Cedex 5  
Tél. : 04 66 68 31 83 Fax : 04 67 52 38 97  
dom-larrey@chu-montpellier.fr  
secr. M.rouzier@chu-montpellier.fr  
Tél. : 04 67 33 70 62  
reseau-hepatites-lr@chu-montpellier.fr  
Tél. : 04 67 33 78 46

► **Limousin**  
Limoges

P<sup>r</sup> Bernard Pillegand (Responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Véronique Loustaud-Ratti  
(Responsable du réseau)  
Service d'hépatogastroentérologie  
CHU Dupuytren  
2, avenue Martin Luther King  
87042 Limoges Cedex  
Tél. : 05 55 05 66 20 Fax : 05 55 05 66 30  
loustaud-ratti@unilim.fr

► **Lorraine**  
Metz

D<sup>r</sup> Jean-Jacques Raabe (Responsable du pôle)  
CHR Metz Thionville  
Hôpital Bon Secours  
Consultations d'hépatologie  
BP 81 065  
57038 Metz Cedex  
Tél. : LD 0387553350  
jj.raabe@chr-metz-thionville.rss.fr

Nancy

P<sup>r</sup> Marc-André Bigard (Chef de service)  
P<sup>r</sup> Jean-Pierre Bronowicki (Responsable du pôle)  
CHU de Nancy – Hôpital Brabois  
Service d'hépatogastroentérologie  
Rue du Morvan  
54500 Vandœuvre  
Tél. : Std 0383 153030 Fax : 0383 440751  
ma.bigard@chu-nancy.fr  
jp.bronowicki@chu-nancy.fr  
Tél. Secr. : 0383 153364

► **Midi-Pyrénées**  
Toulouse

P<sup>r</sup> Laurent Alric (Chef de service –  
Responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Jean-Marc Combis  
(Président du réseau hep C 31 Hte Garonne)  
CHU Purpan  
Clinique Dieulafoy  
Service d'hépatogastroentérologie  
31059 Toulouse Cedex  
Tél. : 05 61 77 21 14 Fax : 05 61 77 90 15  
alric.l@chu-toulouse.fr  
Secr. Mme Colomer 05 61 77 95 14  
jean-marc.combis@wanadoo.fr

► **Nord-Pas-de-Calais**  
Lille

D<sup>r</sup> Valérie Canva-Delcambre  
(Responsable du pôle et présidente du réseau)  
CHRU de Lille – Hôpital Claude Huriez  
Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition  
aile Est, 2<sup>e</sup> étage  
59037 Lille Cedex  
Tél. : 03 20 44 55 97 Fax : 03 20 44 55 64  
vcanca@chru-lille.fr

► **PACA**  
Marseille

P<sup>r</sup> Danièle Botta-Fridlund  
(Chef de service – Responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Isabelle Portal  
(Responsable et coordonnatrice du réseau)  
Hôpital de la Conception  
Hépatogastroentérologie  
147, boulevard Baille  
13385 Marseille Cedex 05  
Tél. : 04 91 38 36 96 Fax : 04 91 38 36 92  
danielle.botta@ap-hm.fr  
isabelle.portal@ap-hm.fr

► **Provence-Alpes-  
Côte d'Azur**  
Nice

P<sup>r</sup> Albert Tran  
(Chef de service et responsable du pôle)  
Hôpital de l'Archet 2  
Hépatogastroentérologie  
151, route de St-Antoine de Ginestière  
BP 3079  
06202 Nice Cedex 03  
Tél. : 04 92 03 59 43 Fax : 04 92 03 65 75  
tran@unice.fr  
Tél. : 04 92 03 61 68

► **Pays-de-Loire**  
Angers

P<sup>r</sup> Paul Cales  
(Chef de service – Responsable du pôle  
et du réseau VHC)  
D<sup>r</sup> Isabelle Hubert Fouchard  
(Coordonnatrice du réseau VHC)  
Hépatogastroentérologie  
CHU d'Angers  
49033 Angers Cedex 01  
Tél. : 02 41 35 34 10 Fax : 02 41 35 41 19  
cales@med.univ-angers.fr  
isHubert-Fouchard@chu-angers.fr  
Tél. : 02 41 35 55 22

Nantes

P<sup>r</sup> Jean-Paul Galmiche (Chef de service)  
D<sup>r</sup> Jérôme Gournay (Responsable du pôle)  
Service d'hépatogastroentérologie  
Hôpital Laennec  
CHU Nantes  
BP1005  
44093 Nantes Cedex 1  
Tél. : 02 40 08 30 28 Fax. 02 40 08 31 68  
jeanpaul.galmiche@chu-nantes.fr  
jerome.gournay@chu-nantes.fr

► **Picardie**  
Amiens

P<sup>r</sup> (Mme) Dominique Capron  
(Chef de service et responsable du pôle  
et du réseau)  
CHU d'Amiens  
Hôpital Nord – Service d'hépatogastroentérologie  
Place Victor Pauchet  
80054 Amiens Cedex 01  
Tél. : 03 22 66 82 07 Fax : 03 22 66 82 18  
Capron.dominique@chu-amiens.fr

► **Poitou-Charente**  
Poitiers

P<sup>r</sup> Christine Silvain (Chef du Service  
et responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Alain Verneau (Président du réseau)  
CHU de Poitiers  
Service d'hépatogastroentérologie  
B.P. 577  
86021 Poitiers Cedex  
Fax : 05 49 44 38 35  
c.silvain@chu-poitiers.fr  
Tél. : 05 49 44 38 47 ou 43 60  
rhcp@chu-poitiers.fr  
Tél. : 05 49 44 44 02 Fax : 05 49 44 38 35

► **Rhône-Alpes**  
Grenoble

P<sup>r</sup> Jean-Pierre Zarski  
(Chef du service et responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Marie-Noëlle Hilleret (Secr. Réseau)  
CHU de Grenoble  
Département HGE BP 217  
38043 Grenoble Cedex 9  
Tél. : 04 76 76 54 41 Fax : 04 76 76 51 79  
JPZarski@chu-grenoble.fr  
Secr. Patricia Mancini 04 76 76 54 41  
MNHilleret@chu-grenoble.fr

Lyon

P<sup>r</sup> Christian Trepo  
(Chef du service et responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> Anne-Marie Marion-Audibert  
(Actions en Réseau)  
Service d'hépatogastroentérologie  
CHU Lyon  
Hôtel Dieu  
1, place de l'Hôpital  
62002 Lyon  
Tél. : 04 72 41 30 90 Fax : 04 72 41 31 40  
christian.trepo@chu-lyon.fr  
mar.audibert@infonie.fr  
Tél. : 04 72 41 31 90

## Assistance Publique

### ► Beaujon

P<sup>r</sup> Dominique Valla (Chef de service)  
P<sup>r</sup> P. Marcellin (Responsable du pôle)  
D<sup>r</sup> N. Boyer  
(Coordonnatrice du réseau Hauts-de-Seine)  
Hôpital Beaujon Pavillon Abrami  
Service d'hépatologie  
100, bd du Gal. Leclerc  
92110 Clichy  
Tél. : 01 40 87 53 38 Fax. 01 47 30 94 40  
dominique.valla@bjn.aphp.fr  
patrick.marcellin@bjn.aphp.fr  
nathalie.boyer@bjn.aphp.fr

### ► Henri Mondor

P<sup>r</sup> Daniel Dhumeaux (Chef de service)  
Christophe Hezode (Responsable du pôle)  
CHU Henri Mondor  
Service d'hépatologie  
51, avenue de Lattre de Tassigny  
94010 Créteil  
Tél. : 01 49 81 23 53 Fax: 01 49 81 23 52  
daniel.dhumeaux@hmn.aphp.fr  
christophe.hezode@hmn.aphp.fr

### ► Necker

P<sup>r</sup> Stanislas Pol (Chef de service  
et responsable du pôle et du réseau)  
Service d'hépatologie  
Hôpital Necker  
149 rue de Sèvres  
75747 Paris Cedex 15  
Tél. : 01 44 49 44 38 Fax. 01 44 49 44 39 (ou 43 30)  
stanislas.pol@nck.aphp.fr

### ► Pitié-Salpêtrière

P<sup>r</sup> Thierry Poynard (Chef de service  
et responsable du pôle et du réseau)  
Joseph Moussalli (Responsable du réseau)  
CH Pitié-Salpêtrière  
Hépatogastroentérologie  
47-84, bd de l'Hôpital  
75651 Paris Cedex 13  
Tél. : 01 42 16 10 02 Fax: 01 42 16 14 27  
tpoynard@teaser.fr  
josephmoussalli@wanadoo.fr

► **Jean Verdier**

P<sup>r</sup> Michel Beaugrand (Chef de service)  
D<sup>r</sup> Véronique Grando  
(Responsable du pôle et du réseau)  
Hôpital Jean Verdier  
Service d'hépatogastroentérologie  
Avenue du 14 juillet  
93143 Bondy  
Tél. : 01 48 02 62 80 Fax. 01 48 02 62 02  
michel.beaugrand@jvr.aphp.fr  
Tél. : 01 48 02 62 96  
Veronique.grando@jvr.aphp.fr

► **Saint-Antoine**

P<sup>r</sup> Raoul Poupon (Chef de service  
et responsable du pôle et du réseau)  
MR D<sup>r</sup> Lawrence Serfaty (Coordonnateur)  
Service d'hépatogastroentérologie  
Hôpital Saint-Antoine  
184, rue du Faubourg Saint-Antoine  
75571 Paris Cedex 12  
Tél. : 01 49 28 29 23 Fax : 01 49 28 21 07  
raoul.poupon@sat.aphp.fr  
Sec. 01 49 28 23 78  
lawrence.serfaty@sat.aphp.fr

## [ • ] Sélection de sites Internet et numeros Verts relatifs à l'hépatite C

ORGANISMES	ADRESSES	COMMENTAIRES
<b>Sites français</b>		
<b>Ministère de la Santé</b>		
Ministère délégué à la Santé	<a href="http://www.sante.gouv.fr">http://www.sante.gouv.fr</a> Rubrique « les dossiers », sélectionner « les hépatites virales »	Dossier actualisé régulièrement
Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)	<a href="http://www.hepatites-info-service.org">www.hepatites-info-service.org</a> Rubrique « s'orienter » ou Minitel 3611 code hépatites + nom ou numéro du département	
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	<a href="http://www.inpes.sante.fr">http://www.inpes.sante.fr</a>	Pour commander ou télécharger les documents d'information disponibles sur l'hépatite C
Haute autorité de santé	<a href="http://www.has-sante.fr">http://www.has-sante.fr</a>	Recommandations sur le traitement, le dépistage de l'hépatite C et l'ALD
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)	<a href="http://www.drogues.gouv.fr">http://www.drogues.gouv.fr</a>	Informations sur les drogues et les toxicomanies
<b>Numéros verts</b>		
Drogues Info Service	0 800 23 13 13 (7j/7 appel anonyme et gratuit)	
Droits des Malades Info	0 810 51 51 51 (appel anonyme et confidentiel prix d'une communication locale, de 14 h à 20 h du lundi au vendredi)	
Écoute alcool	0 811 91 30 30 (7j/7 prix d'une communication locale)	
Hépatites Info Service (HIS)	0 800 845 800	
<b>Associations françaises d'aide aux patients</b>		
Hépatites Écoute et Soutien	<a href="http://www.hes-rhone-alpes.com">http://www.hes-rhone-alpes.com</a>	Information sur les hépatites
Hépatites info service (HIS)	<a href="http://www.hepatites-info-service.org">http://www.hepatites-info-service.org</a>	Information sur les hépatites
SOS Hépatites	<a href="http://soshepatites.org">http://soshepatites.org</a>	Information sur les hépatites
Transhépate	<a href="http://pagesperso.aol.fr/transhepate">http://pagesperso.aol.fr/transhepate</a>	Information sur les hépatites et la transplantation hépatique
<b>Sociétés savantes et fédération</b>		
Association française d'études du foie (AFEF)	<a href="http://www.meditis.net/groupe/afef/Accueil/accueil.asp">http://www.meditis.net/groupe/afef/Accueil/accueil.asp</a>	Société savante qui regroupe des spécialistes des maladies du foie et œuvre pour le développement de l'hépatologie
Fédération nationale des pôles de référence et réseaux Hépatites	<a href="http://www.fnprrh.com/">http://www.fnprrh.com/</a> <a href="http://www.hepatites-info.com">http://www.hepatites-info.com</a>	Pour les professionnels de santé Pour les patients et les associations

## [ • ] Liste d'associations de lutte contre l'hépatite C (liste non exhaustive)

---

### Associations (cellules d'écoute, soutien et accueil des personnes atteintes)

#### ► **Actions Traitements**

190, boulevard de Charonne  
75020 Paris  
Tél. : 01 43 67 00 00  
(ligne info traitements de 15 h à  
18 h)  
[www.actions-traitements.org](http://www.actions-traitements.org)

#### ► **Act up Paris**

BP 287 – 45, rue Sedaine  
75525 Paris Cedex 11  
Tél. : 01 48 06 13 89  
Fax : 01 48 06 16 64  
[www.actupp.org](http://www.actupp.org)

#### ► **Aides – Fédération nationale**

14, rue Scandicci  
93500 Pantin  
Tél. : 0820 160 120  
Fax : 01 41 83 46 49  
[www.aides.org](http://www.aides.org)

#### ► **Anihc**

Association nationale  
information hépatite C  
14 bis, Côte-de-Goumetx  
31800 Saint-Gaudens  
Tél. et Fax : 05 61 89 74 83  
e-mail : [anihc@wanadoo.fr](mailto:anihc@wanadoo.fr)  
Se renseigner pour connaître  
les coordonnées des antennes  
locales et des permanences  
téléphoniques.

#### ► **APHC**

Association pour la prise en  
charge des malades atteints  
d'hépatite chronique  
176, rue Legendre  
75017 Paris  
Tél. : 01 40 87 50 95  
Fax : 01 47 30 94 40

#### ► **Arcat**

Association de recherche,  
de communication et d'action  
pour le traitement du sida  
et des pathologies associées  
94-102, rue de Buzenval  
75020 Paris  
Tél. : 01 44 93 29 29  
Fax : 01 44 93 29 30  
[www.arcatsante.org](http://www.arcatsante.org)  
Téléphoner pour obtenir  
un rendez-vous avec  
un professionnel (assistante  
sociale, juriste, psychologue...).

#### ► **HES**

Hépatites écoute et soutien  
(pour les personnes préoccu-  
pées par la transmission  
des hépatites virales)  
26, rue du Château  
69200 Venissieux  
Tél. et fax : 04 72 51 39 36  
e-mail : [hes@libertysurf.fr](mailto:hes@libertysurf.fr)  
Permanence juridique et sociale  
téléphonique : 04 72 19 81 81  
(les 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> mardis du mois,  
de 9 heures à 12 heures)

► **SOS Hépatites fédération**

43, rue du Docteur Mougeot  
52100 Saint-Dizier  
Tél. : 03 25 06 12 12  
ou 03 25 56 86 58  
contact@sos.hepatites.org  
www.soshepatites.org

► **Antennes SOS hépatites**

*Alsace*

Tél. : 06 62 80 53 74 et 03 88 61  
98 04 de 14 h à 19 h

*Auvergne*

Tél. : 04 73 36 63 78

*Bourgogne*

3-5, rue Étienne-Baudinet  
21000 Dijon  
Tél. : 03 80 42 97 39

*Centre Val-de-Loire*

Tél. : 02 47 51 08 89

*Champagne-Ardenne*

5, rue Jean-Jacques Rousseau  
08000 Charleville-Mézières  
Tél. : 03 26 59 26 82

*Franche-Comté*

4, rue de la Préfecture  
25000 Besançon  
Tél. : 03 84 52 04 15

*Guadeloupe*

Tél. : 05 90 94 39 62

*Languedoc-Roussillon*

4 bis, avenue de la Font neuve  
34500 Béziers  
Tel. : 04 67 30 28 89

*Limousin*

Tél. : 05 55 77 99 38

*Nord-Pas-de-Calais*

241 bis, rue Emile Zola  
62800 Liévin  
Tél. : 03 21 72 35 28

Berrabah6@hotmail.fr

*Paris et Île-de-France*

190, boulevard de Charonne  
75020 Paris

Tél. : 01 43 67 26 40 (lundi au  
vendredi, de 10 h à 13 h et de 14 h  
à 18 h.)

– groupe de paroles (1<sup>er</sup> samedi  
du mois, de 14 h à 17 h)

*Pays de la Loire*

Numéro vert : 0 825 096 696  
Écoute Angers : 02 41 93 90 00

*Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca)*

Cité des associations

93, la Canebière

13001 Marseille

Tél. : 04 91 78 48 90

sos.hepatites.paca@wanadoo.fr

(vendredi de 14 h à 17 h ; 2<sup>e</sup> samedi  
de chaque mois, de 10 h à 12 h)

*Rhône-Alpes*

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux

38000 Grenoble

Tél. : 04 76 37 04 42

soshepatites.alpes@wanadoo.fr

*Permanences :*

– Grenoble,

maison des associations

[2<sup>e</sup> lundi du mois,  
de 17 h 30 à 19 h 30]

CHU Grenoble,

(vendredi, de 10 h à 12 h)

– Valence, maison des sociétés

[4<sup>e</sup> vendredi du mois,  
de 17 h 30 à 19 h 30]

(mercredi de 14 h à 16 h 30)

– Annonay,

maison des associations

[3<sup>e</sup> mercredi du mois,  
de 17 h 30 à 19 h 30]

– Saint-Étienne, locaux Actis,

(rue Michel-Servet)

[2<sup>e</sup> mercredi du mois,

de 17 h 30 à 19 h 30]

CHU Nord Saint-Étienne,

service gastroentérologie

[1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> mercredi du mois,  
de 14 h à 16 h 30]

► **Transhépate**

Association nationale des déficients  
et transplantés hépatiques

6, rue de l'Aubrac

75012 Paris

Tél. et Fax : 01 40 19 07 60

transhepat@aol.com

## Associations d'aide et de défense des malades

### ► **Aavac**

Association d'aide aux victimes  
d'accidents corporels  
Maison des victimes  
136, avenue Louis-Barthou  
BP 125  
33020 Bordeaux  
Tél. : 05 56 42 63 63  
Fax : 05 56 17 23 87  
www.aavac.asso.fr  
e-mail : contact@aavac.asso.fr

### ► **ADUA**

Association de défense  
des usagers de l'administration  
Maison des associations  
4, rue Amélie 75007 Paris  
Tél. : 06 50 57 59 45

### ► **AFT**

Association française  
des transfusés  
12, rue de l'Abbé-de-l'Épée  
75005 Paris  
Tél. : 01 44 07 00 50  
(permanence le lundi de 14h  
à 18h, les mardi et vendredi  
de 10h à 18h)

### ► **AFH**

Association française  
des hémophiles  
6, rue Alexandre Cabanel  
75739 Paris Cedex 15  
Tél. : 01 45 67 77 67  
www.afh.asso.fr

### ► **Aviam**

Association de secours  
et de sauvegarde des victimes  
des actes médicaux  
15, rue Emile Savigner  
49240 Avrille

Tél./Fax : 02 41 45 18 45  
e-mail :  
aviamfrance@fraternet.org  
www.aviamfrance.org

### **Pourquoi ?**

Regroupement des contaminés  
par le VHC post-transfusionnel  
110, avenue de la Libération  
33700 Mérignac  
Tél./Fax : 05 56 97 53 73  
www.association - pourquoi.com

## Associations d'autosupport d'usagers de drogues

### ► **ASUD National**

Auto support d'usagers  
de drogues  
206, rue de Belleville  
75020 Paris  
Tél. : 01 43 15 00 66  
Fax : 01 43 15 01 11  
e-mail :  
secretariat.asud@club-  
internet.fr  
www.asud.org

## Autres institutions associations œuvrant dans le domaine de l'hépatite C (information, prévention, éducation pour la santé)

### ► **Association française d'études du foie (AFEF)**

(société savante)  
Unité d'hépatologie  
Hôpital Henri Mondor  
51, avenue du Maréchal  
de Lattre de Tassigny  
94010 Créteil Cédex  
Tél. : 01 49 81 43 61  
Fax : 01 49 81 23 52  
www.meditis.net/  
groupes/afef/Accueil/accueil.asp

- ▶ **Drogues info service**  
0 800 23 13 13  
(7 j/7 appel anonyme et gratuit)
- ▶ **Écoute alcool**  
0 811 91 30 30  
(14h-2h, coût d'un appel local)
- ▶ **Tabac info service**  
0 825 309 310 (du lundi au  
samedi, 8h-20h, 0,15 euros/min)
- ▶ **FPRH**  
Fédération nationale des pôles  
de référence et réseaux hépatites  
Pavillon Abrami – Hôpital Beaujon  
100, boul. du Général-Leclerc  
92118 Clichy Cedex  
Tél. : 01 47 37 26 14
- ▶ **Hépatites Info Service (HIS)**  
Numéro vert : 0 800 845 800  
(appel anonyme et gratuit)
- ▶ **Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique  
et épidémiologique sur le sida  
et l'hépatite C (Pistes)**  
Revue Transcriptases  
Tour Maine Montparnasse  
33, avenue du Maine  
BP 53 – 75755 Paris Cedex 15  
contact@pistes.fr  
www.pistes.fr
- ▶ **SNFGE**  
Société nationale française  
de gastroentérologie  
(société savante)  
CHU Trousseau  
37044 Tours Cedex  
Tél. : 02 47 48 23 01  
Fax : 02 47 48 23 02  
secretariat.tours@snfge.org

## Association de lutte contre l'alcoolisme

- ▶ **Association nationale  
de la prévention en alcoologie  
et addictologie**  
20, rue Saint-Fiacre  
75002 Paris  
Tél. : 01 42 33 51 04  
Fax : 01 45 08 17 02

## Associations nationales d'anciens malades alcooliques

- ▶ **Alcooliques anonymes**  
29, rue Campo Formio  
75013 Paris  
Tél. : 01 48 06 43 68  
Fax : 01 40 21 05 35
- ▶ **Société française  
de la Croix-Bleue**  
149, rue Belliard  
75018 Paris  
Tél. : 01 42 28 37 37  
cbleue@club-internet.fr  
www.croixbleue.fr
- ▶ **Alcool assistance la Croix d'Or**  
10, rue des Messageries  
75010 Paris  
Tél. : 01 47 70 34 18  
Fax : 01 42 46 26 09
- ▶ **Fédération nationale joie  
et santé**  
8, boulevard de l'Hôpital  
75005 Paris  
Tél. : 01 43 36 83 99
- ▶ **Vie libre**  
8, impasse Dumour  
92110 Clichy  
Tél. : 01 47 39 40 80  
Fax : 01 47 30 45 37

## [•] Notes

---





## [ • ] Mise à jour 2007 (deuxième édition)

---

Michel Bonjour (SOS Hépatites), Jean-Louis Boujenah (ANGREHC), Patrice Couzigou (CHU Bordeaux), Anne Degodet (SOS Hépatites), Christine Jestin (INPES), Jean-Philippe Lang (psychiatre, Strasbourg), Christine Larsen (INVS), Patrick Marcellin (Fédération nationale des pôles de référence), Arame Mbodge (Hépatites Info Service), Laurent Michel (Hôp. E. Roux, Limeil-Brévannes), Olivier Middleton (MILDT), Nathalie Morgensztejn (AFSSAPS), Stanislas Pol (Hôpital Necker, Paris), Maryline Rébillon (Comment dire), Françoise Roudot-Thoraval (CHU Créteil), Jean-Pierre Zarski (CHU Grenoble).

**Coordination éditoriale :** Nadine Gautier (INPES)

## [ • ] Première édition-2001

---

### **Coordination :**

Fédération nationale des pôles de référence et des réseaux hépatites (FNPRH), professeurs Patrice Couzigou [président] et Patrick Marcellin [secrétaire].

### **Comité de rédaction :**

- Présentation clinique de l'hépatite C, prise en charge des malades atteints d'hépatite C : Professeur Patrick Marcellin, service d'hépatologie, hôpital Beaujon, Clichy.
- Les précautions à prendre en cas d'hépatite C, les conseils aux patients : Professeur Jean-Pierre Zarski, service d'hépatogastroentérologie, CHU de Grenoble, Professeur Patrice Couzigou, service d'hépatogastroentérologie, CHU de Bordeaux, Docteur Philippe Chossegros, services d'hépatogastroentérologie et de médecine pénitentiaire, Hospices civils de Lyon.

### **Comité de lecture :**

- Professeurs Jean-Pierre Bronowicki, Paul Cales (AFEF), Michel Rosenheim, Christian Trepo et Dominique Valla.
- Docteurs Georges Bonnemaïson, Nathalie Boyer, Isabelle Hubert-Fouchard et Pascal Melin.

et :

- Comité français d'éducation pour la santé (CFES) : docteur Michel Dépinoy.
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : docteur Nicole Bertin.
- Direction générale de la santé (DGS) : docteurs Martine Le Quellec-Nathan, Juliette Bloch et Anne-Marie Jullien-Depradeux, et Anne Catrou.

## [ • ] Documents d'information sur les hépatites diffusés par l'Inpes

### Hépatite C Dépistage

- ▶ **Hépatite C : se faire dépister, c'est pouvoir se soigner** (affiche)

Réf : 312-05190-A

- ▶ **Hépatite C : se faire dépister c'est pouvoir se soigner** (dépliant)

Réf : 130-4575-DE

- ▶ **Hépatite C. Un dépistage positif, que faire ?** (dépliant)

Réf : 312-06160-DE

### Hépatite C Professionnels de santé

- ▶ **Dépistage Hépatite C. Mémo à l'usage des médecins** (dépliant)

Réf : 130-4523-DE

- ▶ **Hépatite C : dépistage, clinique, prise en charge et conseils aux patients. Document à l'usage des médecins** (brochure)

Réf : 312-07332-B

### Hépatite C Traitement

- ▶ **Hépatite C : du dépistage au traitement. Document à l'usage des patients** (brochure)

Réf : 312-07331-L

### Hépatite C Prévention des populations à risque

- ▶ **Piercing tatouage. Risques d'infections, mesures élémentaires de prévention** (dépliant)

Réf : 312-05186-DE

- ▶ **Ce soir tu risques de coucher avec l'hépatite C** (affiche)

Réf : 3112-05032-A

- ▶ **Hépatite C et usage de drogues** (carte)

Réf : 312-05189-C

- ▶ **Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse. Document à l'usage des professionnels de santé.** (brochure) [Disponible fin 2007]

Réf : 240-07328-B

### Hépatites B et C Généralités

- ▶ **Hépatites B et C. Pour répondre à vos questions** (carte)

Réf : 312-05188-C

- ▶ **16 questions-réponses Hépatites virales en arabe dialectal maghrébin** (K7 audio)

Réf : 13-04869-CA

- ▶ **16 questions-réponses  
Hépatites virales en arabe  
dialectal maghrébin**  
(CD audio)

Réf : 13-04870-CD

## Hépatite B Prévention des populations à risque

- ▶ **Ce soir tu risques de coucher  
avec l'hépatite B**  
(affiche)

Réf : 3112-05028-A

- ▶ **Le petit livre des infections  
sexuellement transmissibles**  
(brochure)

Réf : 3111-07063-B

## Hépatite B Professionnels de santé

- ▶ **Prévention de l'hépatite B  
auprès des personnes  
les plus exposées.  
Repère pour votre pratique**  
(dépliant)

Réf : 135-06005-DE

### Pour commander l'un de ces documents :

INPES Service Diffusion  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex

Fax : 01 49 33 23 91

---

Mise en page : Desk  
53940 St-Berthevin – Tél. 02 43 01 22 11  
Couverture : Olivier Mayer (INPES)

Achévé d'imprimé en août 2007  
par Fabrègue (87500 Saint-Yrieix-la-Perche)

Également disponible :

L'hépatite C  
du dépistage au traitement  
Questions et réponses  
à l'usage des patients

Document édité et diffusé par  
l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex



Dépistage de l'hépatite C

# Hépatite

**Mémo** à l'usage des médecins

# Dépistage de l'hépatite C

## Aborder le problème de l'hépatite C avec vos patients : patients et notamment à l'occasion d'une grossesse

### Les situations à risques

#### De nombreux actes médicaux ou comportements sont à risque élevé d'infection VHC

**Avant 1990 :** administration de fractions coagulantes dérivées du sang (facteurs anti-hémophiliques, PPSB, Willebrand, fibrinogène, plasma sec, cryoprécipités, anti-thrombine III).

**Avant 1992 :** transfusion de sang, «culots» globulaires, concentrés plaquettaires, plasma, greffe de tissus, cellules, organes.

**Avant 1997 :** exposition nosocomiale lors d'actes invasifs (par exemple : endoscopie avec biopsie...), compte tenu des risques résiduels encore incomplètement maîtrisés.

**Quelle que soit la date :** hémodialyse.

#### Quelle que soit la date :

- ▶ partage ou mise en commun du matériel utilisé pour la préparation et l'injection (seringue, cuillère, eau, coton, citron) d'héroïne, de cocaïne ou de médicaments détournés ;
- ▶ partage de paille pour la prise de drogue par voie nasale.

**Quelle que soit la date :** transmission materno-fœtale.

### Il faut également tenir compte d'autres situations

Des actes avec effraction cutanée, le partage d'objets pouvant être souillés par du sang peuvent comporter un risque de transmission du VHC.

Il faut donc proposer un dépistage, même si ce risque n'est pas, actuellement, totalement mesuré.

# avec les nouveaux mais également avec les anciens

## À quels patients proposer systématiquement un test de dépistage de l'hépatite C ?

### À toute personne qui a reçu ou eu avant 1992 :

- ▶ une intervention chirurgicale lourde (cardiaque, vasculaire, cérébrale, digestive, pulmonaire, gynéco-obstétricale, rachidienne, prothèse de hanche ou genou...);
- ▶ un séjour en réanimation ;
- ▶ un accouchement difficile ;
- ▶ une hémorragie digestive ;
- ▶ des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie (grand prématuré, pathologie néonatale grave, exsanguino-transfusion) ;
- ▶ une greffe de tissu, cellules ou organes ;
- ▶ et, bien entendu, une transfusion.

### Aux patients hémodialysés.

### À toute personne ayant utilisé même une fois dans sa vie, même s'il y a longtemps, une drogue par voie intraveineuse ou pernasale.

### Aux enfants nés de mère séropositive pour le VHC.

- ▶ Aux partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite C.
- ▶ Aux membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite C.
- ▶ Aux personnes incarcérées ou ayant été incarcérées (partage d'objets coupants, pratiques addictives).
- ▶ Aux personnes ayant eu un tatouage, piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel.
- ▶ Aux personnes ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud).

**Enfin, n'oubliez pas de proposer un test de dépistage aux patients :**

- présentant une élévation même minime (supérieure à la valeur normale en fonction du sexe) du dosage des transaminases ALAT/SGPT
- découverts séropositifs pour le VIH ou porteurs du VHB
- présentant une asthénie importante prolongée et inexpliquée
- et devant un antécédent d'ictère non expliqué.

Un numéro utile : **Hépatites Info Service**  
**0 800 845 800**

(N° Vert : appel anonyme et gratuit depuis un poste fixe)

L'hépatite C sur Internet :

**[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)**

Rubrique «les dossiers», sélectionner «Hépatite C»

**[www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)**

Adresses des centres de dépistage  
anonyme et gratuit :

**[www.hepatites-info-service.org](http://www.hepatites-info-service.org)**

