

# L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations  
« Hépatites B&C 2014 » - n°3 / Janvier 2016

## Editorial

### Hépatite C : vers un traitement pour tous les malades

L'arrivée des nouveaux agents antiviraux directs a conduit à une avancée majeure dans le traitement de l'hépatite C : guérison de 95 à 100% des malades, quel que soit leur profil (naïf ou non répondeur, cirrhotique ou non) ou les caractéristiques du virus, administration par la bouche, souvent unique, peu d'effets indésirables.

L'hépatite C cause des dommages sévères : cirrhoses et cancers du foie nécessitant des transplantations, décès. Elle est à l'origine d'importants désordres extra-hépatiques, dont le diabète, des complications cardiovasculaires, des atteintes rénales. Elle altère la qualité de vie des malades, de façon parfois majeure, et leur capacité à travailler. Tous ces dommages peuvent être aujourd'hui efficacement prévenus ou traités.

Notre pays a pris conscience parmi les premiers de ce problème de santé publique majeur : professionnels de santé, associations de patients et autorités de tutelle. Trois plans de lutte successifs contre les hépatites virales ont porté la France au 1<sup>er</sup> rang international de leur dépistage et de l'accès aux soins, jusqu'à récemment.

Dans tous les pays, les traitements ont d'abord été administrés en priorité aux patients les plus graves, conformément aux recommandations des instances nationales et internationales.

Au cours des derniers mois, les avancées thérapeutiques ont conduit différents pays à envisager d'élargir les indications de ces traitements du fait de : (a) efficacité et tolérance constantes des traitements actuels; (b) prévention ou contrôle de l'ensemble des dommages en cas de réponse; (c) réduction des nouveaux cas et contrôle plus efficace de l'épidémie par l'utilisation large d'agents d'efficacité proche de 100% (Cousien et al. Hepatology 2015).

Il reste que le coût élevé des nouveaux agents et l'organisation logistique d'une prise en charge de patients supplémentaires sont des préoccupations légitimes. Cependant, plusieurs pays d'Europe, dont l'Allemagne et le Portugal, ont déjà acté que l'ensemble des personnes infectées puissent bénéficier du traitement.

En France, il revient à nos autorités de tutelle de se déterminer sur ces choix, sans doute dans les mois qui viennent. Elles seront soutenues dans ce sens par les professionnels de santé et les patients et associations de patients concernés. Sans perte de chance pour les patients, une prise en charge étalée doit permettre de s'affranchir des difficultés logistiques. Quant au coût, nos partenaires de l'industrie, encore absents du débat, devraient consentir les efforts permettant l'aboutissement d'un projet voulu par tous.

Si nous sommes au commencement de la fin de l'hépatite C, 2016 sera bien alors une « bonne année ».

*D. Dhumeaux, président du comité de suivi des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou C*

### Comité de suivi pour les hépatites B&C

#### → Groupe de travail « tableau de bord »

Ce groupe, réuni le 16 septembre, a pris connaissance des expériences de tableau de bord de suivi d'un programme au niveau national (INPES) et de suivi des activités liées aux hépatites virales en région Rhône-Alpes. Les indicateurs susceptibles d'une déclinaison régionale et produits par l'INVS ont été présentés.

Un travail est prévu sur les modalités de suivi au niveau national des recommandations 2014 et un autre sur les recommandations susceptibles d'un suivi régional. Un projet de « maquette » de suivi des informations disponibles en région selon les parcours type des patients sera proposé.

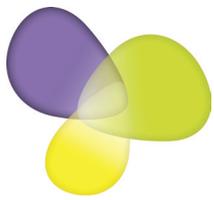


#### → Comité plénier du 14 octobre 2015

Cette réunion dense a permis :

- D'élire deux vice-présidents (M. L'Hénaff du CHV et F. Chaffraix de SOS Hépatites) ;
- De prendre la mesure du contexte européen de lutte contre les hépatites et de la place de la France (D. Dhumeaux) ;
- De prendre connaissance d'une initiative visant à formaliser des projets pour les services experts sous l'égide de la FNPRH (C. Silvain) ;
- De faire le point sur la mise en place des RCP (V. de Ledinghen, A.J. Rémy, B. Hanslik) ;
- D'entendre une importante contribution du Collège de Médecine Générale à la construction de parcours de santé pour les patients atteints d'hépatites B et C (MF. Huez-Robert) ;
- De suivre l'avancement de recommandations par l'ANRS (V. Petrov-Sanchez), l'InVS (C. Larsen) et la DGS (bureau RI2 - A. Colonnier).





# L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations  
« Hépatites B&C 2014 » - n°3 / Janvier 2016

## Des recommandations qui se déploient

### → Alternatives au dépistage par prélèvement veineux

Le « buvard », support de sang capillaire, est une méthode alternative au prélèvement veineux, notamment dans des populations précarisées, permettant d'élargir l'offre de dépistage quel que soit le lieu.

Dans les CSAPA, CAARUD, CeGIDD et Unités sanitaires, les personnes des populations « réservoir » de virus de l'hépatite C, comme les usagers de drogues, ont souvent un état veineux peu accessible au prélèvement sanguin. Le buvard permet de réaliser ces dépistages.

Les avantages du buvard sont liés à sa facilité de réalisation, à la possibilité de multi-dépistage (VHC, VHB, VIH, syphilis, etc.), à l'équivalence à des résultats en laboratoire et à la traçabilité de ces résultats.

Cette alternative au prélèvement veineux a permis, en région Languedoc-Roussillon et au-delà, le dépistage et la proposition de prise en charge de l'hépatite C de 521 des 2236 usagers de drogues testés (prévalence 23,3%).

*F. Méroueh, APSEP - J. Ducos, virologie Montpellier*

### → Le travailleur social et la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou C

Selon la recommandation XV-4, « favoriser une prise en charge globale des patients et l'accompagnement des patients vivant avec une hépatite virale par la formation continue des professionnels de santé, par la mise en place de consultations d'observation ou d'éducation thérapeutique, et aussi par l'implication de travailleurs sociaux ou de psychologues ».

Cette recommandation donne au travailleur social une place dans l'éducation thérapeutique, à la période pré-thérapeutique, notamment pour une évaluation sociale et pour l'accès aux droits sociaux. Sa présence est également justifiée dans la RCP même si elle est encore faible (1,2% dans une enquête interne de l'ANGH). L'implication des travailleurs sociaux est d'ailleurs essentielle à tous les temps du traitement : avant (lors de la RCP), pendant (mise à jour des droits sociaux : CMU, AME, hébergement en ACT, en coordination avec le médecin traitant pour l'ALD) et après (nouvel hébergement, lien avec Pôle Emploi, fin de l'AAH, plus avantageuse que le RSA).

Le score EPICES (14 questions en oui/non) est un outil simple de recherche de la précarité, validé en français, qui peut être réalisé par l'infirmier(e) lors du bilan éducatif partagé. Son résultat permet d'identifier les patients à orienter vers le travailleur social pour une prise en charge précoce et personnalisée.

*AJ. Rémy, ANGH*

### → Usagers de drogues : dépister et traiter !

Le traitement le plus précoce possible des usagers de drogues (UD), associant une prise en charge multidisciplinaire médicale et médico-sociale (recommandation IV-4), permet de réduire la transmission. Au-delà des seuls patients présentant des scores de fibrose  $\geq 2$ , il devient nécessaire et urgent d'avancer vers le traitement de tous les UD infectés, quel que soit leur stade de fibrose : les études de modélisation prédisent en effet une chute de la prévalence de l'hépatite C en généralisant le traitement des UD infectés (treatment as prevention).

Les UD constituent en effet le principal « réservoir » de contamination en France ; en généralisant leur dépistage (l'usage des TROD VHC devrait être autorisé par la nouvelle Loi de santé) et leur traitement, le contrôle de l'épidémie puis l'éradication du VHC devient possible. Cette perspective est déjà celle d'autres pays européens. Pour être efficace, cette action doit s'inscrire dans une prise en charge globale de ces personnes y compris la réduction des risques de recontamination. Les CSAPA et les CAARUD s'inscrivent dans cette nouvelle dynamique internationale.

*JM. Delile, Fédération Addiction*

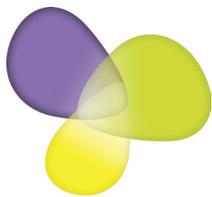
### → Vacciner contre le virus de l'hépatite B (VHB) : les nouveaux atouts apportés par la loi santé

Le vote récent de la loi de modernisation de notre système de santé par l'Assemblée Nationale apporte de nouveaux éléments au chapitre 3 des recommandations de 2014, consacré à la vaccination contre le VHB, en particulier la recommandation 6 (« renforcer l'accès à la vaccination des personnes à risque d'hépatite B, avec notamment la mise à disposition gratuite du vaccin dans les lieux de dépistage ou de soins fréquentés par ces personnes »).

La possibilité nouvelle pour les médecins et sages-femmes de « se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure » (article 7) élargit le champ de la vaccination des jeunes mineurs (sans accord de leurs parents).

Les missions des Centres de Planification ou d'Éducation Familiale ou CPEF (article 79) et des centres d'examen de santé ou CES (de l'assurance maladie) (article 80) sont élargies aux vaccinations, dont le vaccin contre l'hépatite B. Ces nouvelles possibilités devraient notamment bénéficier aux jeunes (CPEF) et aux personnes en difficulté sociale (CES).

L'extension de l'obligation de vaccination contre l'hépatite B aux thanatopracteurs (article 214) les apparente de ce point de vue aux professions de santé, même s'il s'agit d'une population restreinte.



# L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations  
« Hépatites B&C 2014 » - n°3 / Janvier 2016

## Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez l'enfant scolarisé en grande section de maternelle en France : évolution entre 2005-2006 et 2012-2013

### → Méthodologie et population d'étude

- Couverture vaccinale (CV) estimée à partir d'enquêtes triennales en milieu scolaire réalisées alternativement, en grande section de maternelle (GSM, 6 ans), cours moyen 2<sup>e</sup> année (CM2, 11 ans) et classe de 3<sup>e</sup> (15 ans) ;
- Enquêtes par sondage à deux degrés sélectionnant d'abord des écoles publiques et privées, puis des élèves au sein de l'école sélectionnée ;
- Recueil de données effectué par les infirmières et médecins scolaires, à partir du carnet de vaccination des élèves sélectionnés dans chaque classe par tirage au sort.

### → Points essentiels

La CV hépatite B trois doses chez les enfants scolarisés en GSM en 2012-2013 en France :

- est estimée à **50,9 % (IC95 % : 50,1 - 51,6)** ;
- s'améliore depuis l'année 2006, année pour laquelle elle était estimée à 37,9 % (IC95 % : 37,0 - 38,7) ;
- est disponible dans 22 régions et estimée :
  - ◊ entre 30 % et ≤ 50 % dans 11 régions ;
  - ◊ > 50 % et ≤ 60 % dans 8 régions ;
  - ◊ au-delà de 65 % en Île-de-France, Haute-Normandie, La Réunion et Antilles-Guyane

### → En conclusion

La couverture vaccinale des enfants âgés de six ans en France, si elle s'améliore depuis 2006, restait encore très insuffisante en 2013.

Cette situation est préoccupante car ce sont ces enfants qui, atteignant l'âge adulte, sont susceptibles de faire partie des populations à risque d'infection par le VHB.

Un renforcement des actions de promotion de la vaccination contre l'hépatite B devrait contribuer à augmenter la couverture vaccinale dans ce groupe.

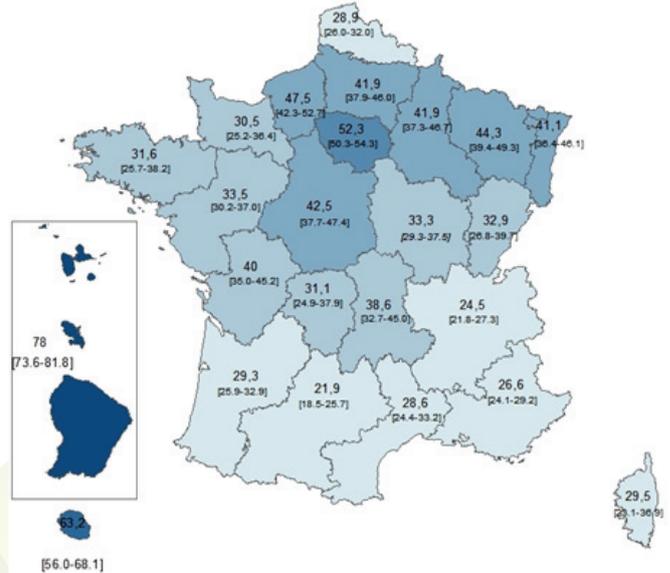
*Institut de veille sanitaire, département des maladies infectieuses*

### En savoir plus :

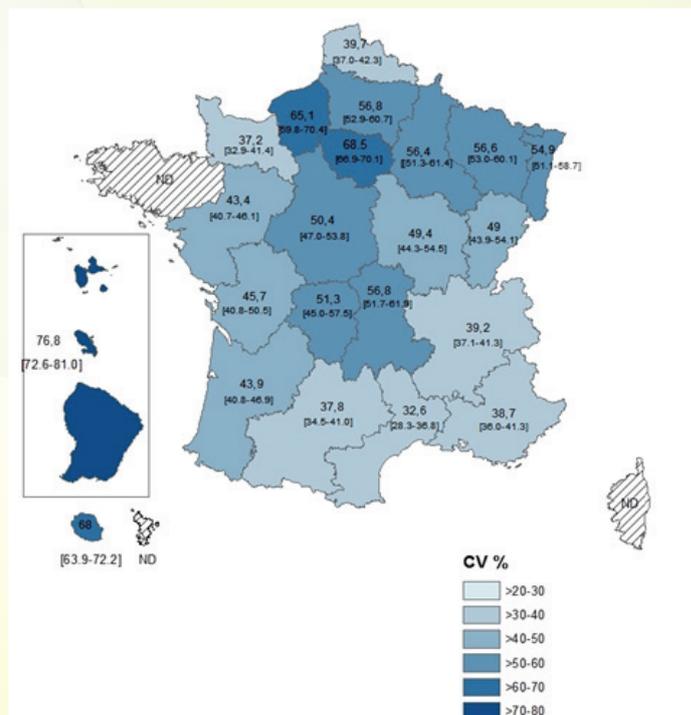
Guthmann JP et al.  
Bull Epidémiol Hebd. 2015;(26-27):499-504

Couverture vaccinale (CV, en %) hépatite B trois doses chez l'enfant de grande section de maternelle (6 ans) en France par région

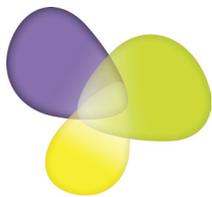
a) en 2005-2006



b) en 2012-2013



Source : Drees-DGESCO, enquêtes nationales de santé auprès des élèves scolarisés en grande section de maternelle (GSM). Traitement InVS. \* ND=non disponible ; [IC95%] : intervalle de confiance à 95%



# L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations  
« Hépatites B&C 2014 » - n°3 / Janvier 2016

## Actualité des hépatites B&C

### → Hépatites B&C : surveiller la situation des usagers de drogues

La lutte contre les hépatites B et C fait toujours débat : pour suivre une surveillance et des interventions ciblées sur des groupes très exposés, plus efficaces mais dont la progression peine, ou des interventions plus universelles, mais peut-être moins productives ?

Les usagers de drogues (UD) font partie des principaux groupes cibles des hépatites B et C ; une récente contribution de l'Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) à un groupe de travail du comité de suivi (cf. p. 1) a été l'occasion d'une vue d'ensemble des informations permettant d'éclairer et de suivre la situation des UD vis à vis des hépatites B et C.

Six indicateurs sont disponibles à ce sujet :

- Prévalence biologique du VHC chez les UD « injecteurs » ou « sniffeurs » (enquête ANRS-Coquelicot de 2004 et 2011 de l'InVS et l'INSERM) ;
- Prévalence du VHC déclarée (donc connue de la personne) chez les UD fréquentant les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour UD) : tous les 2 ans depuis 2006 (enquête ENa-CAARUD de l'OFDT) ;
- Prévalence déclarée du VHC (connue de la personne) chez les UD fréquentant les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : annuelle depuis 2005 (dispositif RECAP OFDT) ;
- Dépistage et ancienneté du dernier test VHC chez les UD fréquentant les CAARUD : tous les 2 ans depuis 2006 (enquête ENa-CAARUD de l'OFDT) ;
- Vaccination contre le VHB chez les UD fréquentant les CAARUD : connue tous les 2 ans depuis 2006 (enquête ENa-CAARUD de l'OFDT) ;
- Vaccination contre le VHB chez les UD fréquentant les CSAPA : annuelle depuis 2005 (dispositif RECAP OFDT).

La plupart des résultats nationaux correspondants sont disponibles sur le site de l'OFDT ([www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)). Une partie pourrait faire l'objet d'une analyse régionale que nous espérons pouvoir présenter aux lecteurs des « Echos » des premiers résultats à ce sujet dans notre prochain numéro à paraître pour la prochaine Journée Nationale de lutte contre les hépatites B & C (cf. Agenda).

### → Hépatites B&C : élargir les indications

Certaines associations accompagnant les personnes vivant avec le VHC ou le VHB, comme Médecins du Monde, SOS hépatites, le Comede, Aides, Arcat et l'AFEF ont souligné l'intérêt d'un accès plus facile pour toutes les personnes infectées aux nouveaux antiviraux directs, quel que soit le degré de fibrose pour améliorer la prévention et le soin chez ces personnes, mais aussi diminuer la transmission du virus donc l'incidence de l'infection. Ceci encourage aussi le travail en réseau des professionnels de santé sur la base d'expériences probantes (Rapport d'experts 2014, recommandation 18-20). Un autre bénéfice est enfin attendu : la lutte contre les discriminations, donc le respect de l'égalité d'accès aux traitements.

P. Revaut (Comede)

## Patients & associés : des recommandations aussi

### → En attendant l'accès pour tous, il faut traiter tous les patients co-infectés

Depuis 18 mois, les personnes co-infectées VIH-VHC peuvent accéder au traitement du VHC par les nouveaux antiviraux directs (AVD), quel que soit le stade de fibrose, suite à l'avis de la HAS<sup>1</sup>, repris dans les arrêtés ministériels<sup>2</sup>. Elles devraient déjà être une « espèce en voie de disparition » ! Mais ce n'est pas le cas, beaucoup de patients co-infectés reste à traiter, environ la moitié, et pas tous au stade F0-F1 : c'est donc plutôt une « espèce protégée »... Dans beaucoup de centres, les patients co-infectés sont toujours traités selon les indications des mono-infectés. Pourquoi ? Qu'attendent leurs médecins ? Les centres agréés de RCP se sont multipliés : l'engorgement n'est plus une excuse. De nouvelles preuves d'efficacité en co-infection ? Toutes les études ont montré la même efficacité et la même tolérance dans la mono ou la co-infection. Une baisse des prix ? Mauvais calcul car le prix baisse avec le volume des prescriptions... L'accès au traitement pour tous est demandé, par les médecins, les associatifs, les malades et ce n'est pas au moment où nous l'obtiendrons qu'il faudra traiter les co-infectés ! Traitez-les maintenant, pour faire de la place aux mono-infectés qui attendent l'accès aux AVD à leur tour...

M. L'Hénaff (Collectif Hépatites Virales-Arcat)

1 - [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/hepatite\\_c\\_prise\\_en\\_charge\\_anti\\_viraux\\_aad.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/hepatite_c_prise_en_charge_anti_viraux_aad.pdf)

2 - <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/4/29/AFSS1502408A/jo>

## Références

C Brouard, Y Le Strat C Larsen et coll. The Undiagnosed Chronically-Infected HCV Population in France. Implications for Expanded Testing Recommendations in 2014 PLoS ONE 10(5): e0126920. doi:10.1371/journal.pone.0126920. Cette étude de modélisation suggère une baisse de l'effectif des personnes de 18 à 80 ans ayant une infection chronique à VHC non diagnostiquée en France entre 2004 et 2014 de 101 000 à 74 000.

## Agenda 2016

**11-12 janvier** : 9<sup>th</sup> Paris Hepatitis Conference (PHC), Palais des Congrès, Paris, France

**3-4 février** : 16<sup>e</sup> réunion du réseau national Hépatites, Paris, France - [www.anrs-hepatites2016.com](http://www.anrs-hepatites2016.com)

**17 février** : 1<sup>st</sup> high-level European Policy Summit on the elimination of the Hepatitis C Virus (HCV) in Europe, Bruxelles - Belgique

**13-17 avril** : The International Liver Congress™ 2016 (ASL), Barcelone - Espagne

**25 mai** : Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C, ministère chargé de la santé, Paris, France

**Comité de rédaction** : P. Czernichow, JM. Delile, M. L'Hénaff, C. Larsen, F. Meroueh, AJ. Rémy et P. Revault.

**Contact** : [dgs-recos-hepatites@sante.gouv.fr](mailto:dgs-recos-hepatites@sante.gouv.fr)