

hépatant

3^e trimestre 2010

Journal d'information sur les hépatites

Dossier
non-repondeur.com

48

Rencontres nationales VHC
Programme d'échange de seringues en prison
La mutuelle santé en pratique
EASL 2010 : ce qu'il faut retenir
Effets secondaires
FibroMètre
ONIAM



Édito

Qui se souviendra du 22 juin 2010 ? Aux yeux de l'histoire, on retiendra probablement que c'est le jour où l'équipe de France de football a perdu son dernier match de pool et s'est donc vu éliminer de la coupe du monde. Et pourtant, si on a rendez vous avec les dates, il faudrait se souvenir que le 22 juin 2010 était la journée mondiale du don d'organes. La France a acquis une technicité exemplaire tant dans les techniques de greffe (avec les greffes dominos que dans les traitements anti-rejets ou dans les stratégies de prélèvements d'organes. Malheureusement, une personne sur trois en état de mort cérébrale n'aboutit pas au prélèvement. La France a encore d'énormes progrès à faire. Tout malade atteint d'hépatite virale, tout hépatant est un ambassadeur du don d'organes car il aura potentiellement besoin d'une greffe dans les années à venir. En

2009, la France a réalisé 1 047 greffes de foie mais quelques centaines de personnes chaque année meurent sur les listes d'attente, faute de greffons. Nous devons faire mieux.

Qui se souviendra également du 19 mai, journée nationale des hépatites étaient mobilisées, tous les intervenants en hépatologie nous nous félicitons de ces progrès, la cause est encore la Direction générale de la santé une journée de conférences et de débats. Les hépatites faisaient partis des intervenants (voir page 20), ce qui témoigne de notre place incontournable aujourd'hui. Madame la Ministre de la santé et des sports, Roselyne Bachelot-Narquin, était présente et a pris des engagements. Nous veillerons à lui rappeler, notamment sur le dépistage, l'accès au traitement, la prévention et la vaccination. On se souviendra aussi que des foies sanguinolents avaient été déposés sur les marches de la Direction générale de la santé (DGS) pour rappeler que le foie comme les maladies virales étaient silencieux et que de nombreux malades mouraient et allaient encore mourir en payant de leur vie le poids du silence.

Ce journal et SOS hépatites ont pour mission de rompre ce silence et de donner la parole. C'est une des actions que nous mènerons à la rentrée prochaine dans le cadre des rencontres nationales VHC "Mieux vivre avec une hépatite C" (voir page 5). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) devrait décider de modifier la date de la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales. En effet, les chinois qui pèsent lourd dans la bataille mondiale des hépatants, ont déjà le 19 mai une journée nationale du handicap. L'année prochaine cette journée mondiale devrait se tenir en juillet et cela nous obligera à modifier notre stratégie de communication et à interpeller la population et les pouvoirs publics autrement mais en aucun cas nous accepterons de nous taire. Le silence a assez duré, la parole et l'information doivent maintenant régner.

■ Pascal Melin,
président de SOS hépatites Fédération

2
Hommage
à Angélique

4
Hépatati, hépatata
Coup de gueule sur l'hépatite Delta
Les hépatites sans les mots

5
Rencontres
Rencontres nationales VHC

6
Dossier
La non-réponse au traitement de l'hépatite C

8
Entretien
avec André-Jean Rémy :
"Réduction des risques
et programme d'échange
de seringues en prison"

11
Fiche pratique n° 5
Mutuelle santé :
toute une histoire...

15
Le club des F4
EASL 2010 : ce qu'il faut retenir

18
Effets secondaires
Les effets indésirables du traitement
et quelques solutions

20
Rencontres
Un 19 mai au ministère
Les universités de printemps
de SOS hépatites fédération

22
Actualités
Le fibroMètre
ONIAM

23
Brèves

Hépatati, hépatata...

Coup de gueule sur l'hépatite Delta

Nous en avons déjà parlé plusieurs fois dans notre journal. Elle concerne 1 % des personnes infectées par l'hépatite B. Risquons-nous à donner quelques chiffres : 350 millions de personnes infectées par le virus de l'hépatite B sur la planète, dont 3,5 millions co-infectées VHB-VHD. En France, c'est 3 000 à 4 000 personnes. Tiens, serions-nous dans le nombre des maladies orphelines? La question est intéressante car pour répondre à la définition d'une maladie orpheline, il faut avoir :

- moins de 5 000 personnes porteuses d'une maladie ;
- n'avoir aucun traitement efficace ;
- pas de recherche.

Donc, oui, l'hépatite D peut répondre à ces critères. Mais reprenons son histoire.

L'hépatite Delta est en fait un viroïde. C'est un virus qui ne peut se multiplier seul puisqu'il lui manque des enzymes. Il vient donc se greffer sur le virus de l'hépatite B, utilisant ses ressources et se fait multiplier. Il s'agit donc d'un parasite de l'hépatite B.

De deux choses l'une :

- soit vous êtes porteur d'une hépatite B chronique active et vous vous surinfectez par un virus de l'hépatite Delta, car les modes de transmission lui sont communs (relations sexuelles, transmission par le sang) ;
- soit lorsque vous contractez le virus de l'hépatite B, la personne contaminante est déjà infectée par les deux virus, B et Delta, et vous transmet les deux virus, B et Delta.

3200 CARACTERES

Quelle en est son histoire? Elle est tristement simple. Il y a plus d'hépatites sévères, plus d'hépatites fulminantes qui peuvent vous tuer en quelques jours, la maladie est plus grave, progresse plus rapidement, et il y a très peu de traitements. En effet, les analogues nucléosidiques qui ont été développés ces dernières années dans l'hépatite B sont inefficaces dans l'hépatite Delta. Seul l'interféron à forte dose, pendant plusieurs années, a permis de stabiliser la maladie et d'obtenir parfois quelques dizaines de pourcentages de guérison.

Il s'agit d'un formidable pied de nez car aucun des deux laboratoires fabricant et mettant à disposition l'interféron aujourd'hui en France, Roche et Schering-Plough, n'a d'autorisation de mise sur le marché pour utiliser l'interféron dans cette indication. Donc tous les médecins qui osent mettre des médicaments d'une hépatite Delta sont en fait des prescripteurs en dépit de l'absence de preuve de leur efficacité. Certes les travaux ont été réalisés et publiés mais ils ne sont pas enregistrés et aucune demande d'autorisation de mise sur le marché n'a été faite pour la France. Cet état de fait est tout à fait inacceptable. Il est urgent que l'hépatite Delta ne soit plus considérée comme une maladie orpheline et à ce titre on ne peut que se réjouir de voir que l'EASL, cette société savante européenne pour la recherche sur les maladies hépatiques organise en Turquie au dernier trimestre 2010 deux jours de congrès visant à travailler et à communiquer sur cette hépatite Delta. Nous appelons de tous nos vœux à une amélioration des possibilités thérapeutiques et à l'accès à de nouvelles stratégies de traitement le plus rapidement possible pour ces malades qui n'ont le plus souvent comme seul espoir que de surveiller la maladie en attendant la transplantation.

■ Pascal Melin

Les hépatites sans les mots



Trop de personnes en France confondent l'analphabétisme et l'illettrisme. Reprenons donc les définitions.

L'analphabète est une personne qui n'a jamais appris à lire ni à écrire. Ils sont 1 % à 2 % de la population française. Par contre les illettrés sont des personnes qui, pendant leur scolarisation ont appris à lire et à écrire, mais qui, faute de pratique dans la vie courante, ont perdu la capacité de lire. En France, environ 10 % des personnes sont dans une situation proche de l'illettrisme selon l'INSEE.

L'Etat français s'est doté d'une agence nationale de lutte contre l'illettrisme et de nombreuses associations de quartier travaillent au

réapprentissage de la lecture et de l'écriture. Il s'agit là d'une étape primordiale pour se resocialiser et retrouver une dignité de citoyen. Pour autant qu'en est-il de la santé? Il est intéressant d'observer que chez les bénéficiaires du RSA ou de la CMU, 1 personne sur 3 est illettrée. Elle ne peut donc pas avoir accès aux messages de prévention écrits sur les risques de transmission viraux, l'incitation au dépistage ou bien encore à la vaccination. 10 % de la population illettrée, cela représente en France métropolitaine environ 6,2 millions de personnes¹.

L'illettrisme est par conséquent un obstacle au développement personnel et social. C'est pourquoi il est important de travailler à sa réduction. Si nous retrouvons un très grand nombre de personnes ayant des capitaux socioculturels faibles (peu ou pas de diplômes scolaires) chez les personnes les plus fragilisées socialement et économiquement, mais aussi au sein des groupes à forte prévalence d'infection aux virus des hépatites B ou C : personnes incarcérées, bénéficiaires de la Couverture maladie Universelle

3100 CARACTERES

(CMU), migrants-étrangers originaires d'Afrique Sub-saharienne, etc.

Soyons un peu critique sur notre pratique durant ces années 2000-2010. Nous avons largement communiqué par affiche, mails, journaux... Il nous reste une frange de la population qui a probablement échappé à tous ces messages : les personnes illettrées.

SOS hépatites ne peut que s'engager et soutenir toutes les campagnes visant à réduire l'illettrisme en France. Mais au delà de cela, il nous faut développer d'autres modes de communication pour que tout patient ne maîtrisant pas ou plus la lecture puisse s'interroger sur sa santé et accéder au dépistage et bien évidemment au traitement.

Nos actions d'information, de prévention et de lobbying doivent davantage prendre en considération les personnes connaissant des difficultés de lecture importantes, graves ou partielles, afin qu'elles ne soient pas discriminées dans leur accès aux soins. Cette préoccupation doit donc nous inciter à imaginer et concevoir des outils ou des médias utilisant l'oralité comme dans de nombreuses sociétés humaines lointaines sans écritures.

■ Pascal Melin et Johann Volant

¹ - À titre d'exemple, le taux d'illettrisme est multiplié par deux pour la Réunion par rapport à celui de la France métropolitaine et atteignant 22 % en 2007.

Rencontres nationales VHC



"Avec des personnes vivant avec une hépatite C, faisons émerger leurs difficultés, leurs besoins et leurs revendications, afin que cette épidémie soit considérée par les pouvoirs publics comme un véritable enjeu de santé !"
Bruno Spire, président de AIDES et Pascal Melin, président de SOS hépatites.

Briser le silence qui existe autour de l'épidémie d'hépatite C, donner la parole aux principaux concernés, les malades, tel est le projet de SOS hépatites et de AIDES. Depuis le début de l'année 2010 les deux associations unissent leurs efforts pour construire ensemble les rencontres "Mieux vivre avec le VHC". Elles réuniront plus de 150 personnes avec pour mot d'ordre : "prendre la parole et se faire entendre".

Aujourd'hui en France 232 000 personnes sont infectées par une hépatite C chronique. Cette infection équivaut à une ville comme Bordeaux dont tous les habitants seraient contaminés par une hépatite C chronique. 37 500 des patients infectés par le VIH sont également atteints d'une hépatite C chronique.

Jamais, le besoin d'expression, de partage entre personnes atteintes d'une hépatite C ou coïnfectées par le VIH n'a été aussi fort. Ces constats partagés rendent prioritaires une action d'envergure.

A travers leurs différences et complémentarités, AIDES et SOS hépatites veilleront à garantir un cadre, afin de permettre aux personnes de s'exprimer et de s'engager comme acteur pour faire valoir leurs besoins et leurs droits face à la société.

Du 7 au 10 octobre 2010, AIDES et SOS hépatites s'associent pour mettre le VHC sur le devant de la scène et organisent les rencontres nationales "Mieux vivre avec le VHC". 150 personnes concernées par le VHC sont invitées à venir partager leur expérience.

Si à ce jour, les avancées thérapeutiques offrent de réelles possibilités de guérir d'une hépatite C, nos observations, issues du terrain, montrent cependant une dégradation des conditions de vie des personnes due à la pathologie (isolement, non prise en compte dans le milieu de l'entreprise des difficultés liées à la maladie, dépression, précarisation...). Les perceptions négatives du suivi médical, des traitements lourds avec des effets secondaires difficiles à supporter, des échecs thérapeutiques fréquents, des inégalités notoires dans l'accès aux soins, des dépistages trop tardifs, et des difficultés spécifiques lors d'une coïnfection avec le VIH sont des expériences douloureuses trop souvent rapportées par les personnes dans nos associations.

Prendre la parole, se faire entendre !

Jamais, ce besoin d'expression, de partage entre personnes vivant avec une hépatite C ou coïnfectées par le VIH et le VHC n'a été aussi fort. Ces constats partagés rendent prioritaires une action d'envergure. **6150 CARACTERES** : un véritable enjeu inhérents aux besoins de chacun : voilà les maîtres mots que nous, militants, personnes vivant avec une hépatite C, souhaitons porter à travers ces rencontres nationales.

Avant les rencontres nationales

Si l'évènement se déroule en octobre 2010, la mobilisation des personnes vivant avec une hépatite C a, elle, déjà commencé et constitue la clef de la réussite de ces rencontres. Depuis mars, l'ensemble des délégations départementales de AIDES et les associations régionales de SOS hépatites ont été invitées à recueillir les besoins et attentes des hépatants accueillis dans les associations mais aussi auprès des services d'hépatogastro-entérologie, de médecine interne, maladies infectieuses, CSAPA et CAARUD, services pénitentiaires, autres associations, etc. Ce recueil de besoins nous a permis de construire le programme au plus près des attentes des personnes.

Pendant les rencontres nationales

Cet évènement sera organisé à Dourdan, en région parisienne, sur quatre jours avec des ateliers, des plénières, des temps d'échanges, de réflexion et de ressourcement. Les participants seront là pour eux-mêmes mais aussi comme porte-parole des attentes recueillies auprès des

autres personnes qui n'auront pu se rendre à ces rencontres nationales. Afin de porter cet évènement sur le devant de la scène médiatique, et de présenter aux partenaires institutionnels, représentants de l'état, financeurs, etc., les objectifs et contenus de ces rencontres, une cérémonie d'ouverture sera organisée sur Paris, en présence de Bruno Spire et de Pascal Melin (ou de leurs représentants), présidents de AIDES et SOS hépatites.

Après les rencontres nationales

Suite à ces rencontres, l'objectif de AIDES et de SOS hépatites sera d'élaborer un travail de plaidoyer national avec des déclinaisons locales sur la question de la prise en compte de l'hépatite C comme un élément majeur de santé publique en France, alimenté par les débats et revendications portés lors de cet évènement. Alors à vos recommandations et revendications, à l'interne comme à l'externe !

Patrick Favrel, secrétaire général, SOS hépatites Fédération
Patrick Gregory, administrateur, AIDES
Frédéric Binoust, administrateur, AIDES
Anthony Brouard, directeur de la région Sud-Ouest, AIDES

Demandez le programme

Quatre thématiques seront donc abordées pendant ces 2 jours : le physique et le rapport au corps (effets indésirables, traitements complémentaires, échec thérapeutique, prises de sang) ; l'émotionnel et l'intime (sexualité, sautes d'humeur, dicibilité, entraide/soutien) ; le rapport au soin (annonce du diagnostic, stigmatisations et notamment refus de soin, situation carcérale, prise en charge, dépistage) ; et les conditions de vie et le social (travail, emploi, ACT, hébergement, soutien, social, papiers, administration).

Une dizaine d'ateliers au choix seront également proposés, autour de différents thèmes : ateliers créatifs ("*Le reporter c'est moi*" : photos, vidéos, collage, dessins, écriture, construction d'un journal participatif ; théâtre) ; bien-être (sophrologie, feldenkrais, massage, modelage du visage) ; thématiques (dépistage, moi et mes consommations, co-infection, sexualités, détention, greffe, femmes, vivre sans traitement).

Pour plus de renseignements :
SOS hépatites Fédération

 **0 800 004 372**
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

■ Johann Volant

Dossier

La non-réponse au traitement de l'hépatite C

Si vous possédez un accès internet, allez faire un tour sur <http://non-repondeur.com>. Le contenu de ce site a été rédigé par les Pr Christian Treppe et Fabien Zoulim, du Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Hôtel-Dieu à Lyon, mais aussi par Si-Nafa SI-AHMED, Pierre PRADAT, Anne-Marie MARION AUDIBERT, François BAILLY. Ce site autant utile que génial est indispensable pour comprendre la *non-réponse* au traitement de l'hépatite C. Voici des extraits pour les personnes allergiques à l'informatique.

Pour eux, la *non-réponse* est une "**absence de réponse virologique prolongée**". Pour schématiser, les patients dits "*non-répondeurs*" sont ceux qui n'ont pas éliminé le virus après un premier traitement.

"Malgré les nombreux progrès réalisés au cours des dernières années, il persiste un nombre grandissant de patients qualifiés de non répondeurs virologiques à un précédent traitement antiviral. La disponibilité de tests de biologie moléculaire (PCR) à des seuils de détection très bas (en général <12 UI) a permis de standardiser la définition de la réponse virologique mesurée pendant les 3 premiers mois de traitement :

- Réponse rapide → ARN négatif à la 4^e semaine (S4)
- Réponse précoce → ARN négatif à S12
- Réponse lente → baisse d'au moins 2 log à S12 avec un ARN négatif à S24

Une *non-réponse* virologique correspond donc à une charge virale inférieure à 2 logs (charge divisée par 100) à la 12^e semaine (S12) ou à un ARN viral qui reste détectable à la 24^e semaine (S24) sous traitement.

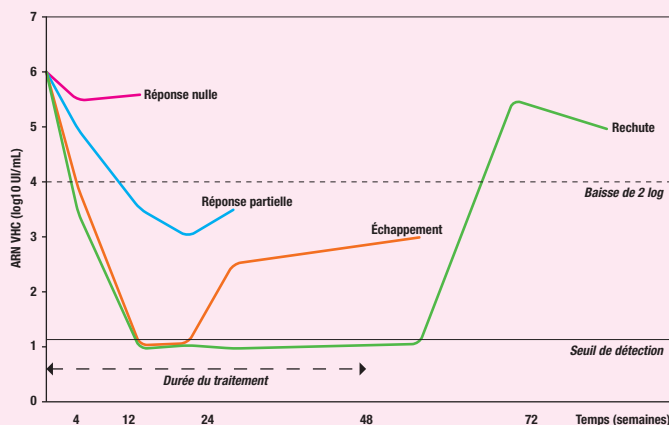


Figure 1 : différents types de *non-réponse*

Que faire face à un échec thérapeutique ? Analyse de la situation

Face à un malade dit "*non-répondeur*" à un traitement associant l'interféron pégylé et la ribavirine, le thérapeute doit, par un interrogatoire précis, analyser le déroulement du traitement précédent :

- Quel est le terrain (ex : surpoids, consommation d'alcool, diabète) ?
- Le patient présente-t-il une fibrose hépatique évoluée ? Comment a été réalisée l'étude histologique ?
- Quels sont les caractéristiques du virus (ex : génotype, charge virale élevée, cinétique...) ?
- Le traitement a-t-il été administré à la bonne dose, pendant une durée suffisante ? Si non, les raisons des modifications et/ou arrêt sont-elles justifiées ?
- Quelle a été la compliance du patient ?
- Quelle a été la tolérance clinique et psychique ?
- Le patient a-t-il eu une réponse partielle, à savoir une normalisation des transaminases au cours de la bithérapie ?

Au terme de cette analyse, la non réponse pourra ainsi être correctement classée. Un second traitement pourra être retenu si les insuffisances et/ou limites du traitement antérieur peuvent être corrigées (ex : arrêt de la consommation d'alcool, soutien psychologique, pouvant permettre une amélioration de la compliance, apports de facteurs de croissance...).

4340 CARACTERES des éléments d'entretien : les véritables enjeux du rôle de l'espoir d'éradication virale

L'hépatite chronique C conduit à une destruction lente, mais progressive du foie dans 60 % des cas, et 20 à 30 % des malades développent une cirrhose en 2 ou 3 décennies, malgré le caractère souvent asymptomatique pendant de très nombreuses années. La cirrhose est le principal facteur de risque d'apparition d'un cancer, dont l'incidence est proportionnelle au degré de sévérité de la cirrhose. La décompensation de la cirrhose C est la principale indication de transplantation hépatique en Europe comme aux États-Unis.

Malgré les efforts de modélisation de la progression des lésions au cours de l'hépatite C, la prédiction reste très difficile et n'est en tous cas pas linéaire. On observe une accélération des lésions au-delà de 50 ans et chez les patients ayant les stades évolutifs les plus marqués, si bien que pour les malades ayant déjà atteints le stade F3 ou F4, la probabilité des complications (hémorragie, insuffisance hépatique ou cancer) est de plus de 10 % par an.

Face à cette sévérité potentielle de l'hépatite C, l'objectif du traitement est donc la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la fibrose hépatique et au cancer. Le traitement vise tout à la fois, la stabilisation et la régression des lésions - on sait désormais que la fibrose et la cirrhose récente sont réversibles -, prévenir l'apparition du CHC et les autres complications. À l'évidence, cet objectif n'est évaluable qu'à long terme (à 10 ou 30 ans).

Pour ces raisons, la thérapeutique s'est focalisée sur l'inhibition de la réplication du virus, puisque celle-ci conditionne l'évolution. Les évaluations des protocoles thérapeutiques se sont donc concentrées sur la réponse virologique durable, synonyme d'éradication virale et de guérison.

En effet, il faut souligner que, contrairement aux infections chroniques comme le VIH et le VHB, le VHC ne s'intégrant pas, **il est possible de l'éliminer et on peut donc guérir l'hépatite C chronique, ce qui est sans précédent dans la pathologie chronique.**

De façon spectaculaire, lorsqu'un traitement est débuté, il est donc devenu possible de substituer à un objectif thérapeutique éloigné de plusieurs décennies un algorithme de décision à trois mois.

Ces règles robustes qui conditionnent la pratique thérapeutique ne doivent pas devenir "l'arbre qui cache la forêt" et faire oublier que la *non-réponse* virologique, c'est-à-dire la persistance de l'ARN viral au troisième mois, ne signifie pas obligatoirement l'échec du traitement en ce qui concerne les véritables objectifs du traitement, à savoir, la régression de la morbidité et de la mortalité.

Inversement, la réussite virologique d'un traitement à un stade tardif F3-F4 ne signifie pas la disparition du risque de CHC.

Dans ce contexte, s'est progressivement imposé le concept du traitement d'entretien qui représente une approche pragmatique au cas par cas, des patients évolués, le plus souvent non répondeurs à une ou plusieurs cures visant à éradiquer le VHC.

Un traitement d'entretien par l'interféron peut-il réduire le risque de CHC (Carcinome hépatocellulaire) ?

Compte tenu des propriétés biologiques de l'interféron et du bénéfice observé sur la réduction de la charge virale, des lésions nécrotico-inflammatoires et de la progression de la fibrose, il était logique de rechercher un bénéfice potentiel en ce qui concerne la réduction du risque de CHC, ce d'autant que les interférons possèdent des propriétés anti-oncogéniques et antiangiogéniques.

Quatre études prospectives contrôlées ont été conduites au cours de la cirrhose virale C. La première par Nishiguchi et al. avait un suivi de 8,2 ans. Un CHC est apparu chez 73 % des patients contrôlés versus 27 % des patients traités à l'interféron ($p < 0,001$). Une deuxième étude al. a montré, au bout de 5 ans, une incidence de 17 % chez les sujets non traités versus 0 % chez les sujets traités.

D'autres études européennes (France, Italie) montrent que les patients qui avaient une réponse virologique prolongée avaient une réduction de la fréquence du CHC supérieure à celle des sujets non répondeurs ou non traités. Ces conclusions ont été trouvées dans une autre méta-analyse qui, non seulement confirme ces résultats, mais les élargit aux patients non répondeurs.

Nouvelles perspectives thérapeutiques

Malgré l'association d'interféron pégylé et ribavirine, la moitié environ des patients sont non répondeurs au traitement ou présentent une récurrence à l'arrêt de la thérapie. La bithérapie entraîne par ailleurs des effets secondaires importants, altérant la qualité de vie des patients, et conduisant parfois à l'arrêt prématuré du traitement. Le développement de nouvelles molécules est donc nécessaire pour obtenir l'éradication du VHC chez une proportion plus élevée de patients.

Quatre classes médicamenteuses sont actuellement en cours d'étude : les inhibiteurs spécifiques du VHC, les nouveaux interférons, les alternatives à la ribavirine et les immunomodulateurs.

Inhibiteurs spécifiques du virus de l'hépatite C

Les protéases virales NS3 et l'ARN polymérase ARN dépendante jouent un rôle prépondérant dans la réplication virale et représentent des cibles potentielles de traitements antiviraux. Deux antiprotéases (VX950 et SCH 503034) et une antipolymérase (NM283) ont été évaluées durant ces dernières années.

- Le telaprevir (VX950) : une étude de phase Ib, pratiquée sur 14 patients, a montré une importante réduction de la charge virale (4,65 log) après 14 jours de traitement, lors de l'administration de 750 mg de telaprevir toutes les 8 heures. Cependant, l'administration de telaprevir favorise l'émergence rapide de mutants capables de se répliquer sous traitement. Cette résistance aux inhibiteurs des protéases NS3, décelée initialement in vitro, a par la suite été démontrée in vivo chez les patients sous VX950. Ces résultats impliquent que la molécule soit utilisée en association avec d'autres antiviraux de manière à éviter l'émergence de souches résistantes.
- Le boceprevir (SCH 503034) est une molécule de petite taille, in-

hibiteur spécifique de la protéase virale NS3-NS4A. À une posologie de 400 mg 3 fois par jour, elle entraîne une diminution de la charge virale de 1,5 log, avec une bonne tolérance clinique. Par ailleurs, 2 études récentes ont montré une importante activité antivirale lors de traitements combinés. Une étude de phase Ib pratiquée chez des patients non répondeurs, évaluant l'efficacité de l'antiprotéase en association avec l'interféron pégylé pendant 14 jours, a montré une diminution moyenne de la charge virale de 2,5 à 2,9 log. Quatre patients sur dix présentaient un ARN du VHC négatif. Aucune résistance au boceprevir n'a été rapportée à ce jour.

Nouveaux interférons

Différents types d'interféron alpha sont actuellement en cours de développement, à la recherche de molécules avec une plus grande efficacité antivirale et une meilleure tolérance clinique.

Albinterféron : des études de phases III sont en cours, testant l'Albinterféron (interféron alpha-2b lié à l'albumine). L'avantage de cette molécule est sa longue demi-vie (141 heures) permettant une réduction du nombre d'injections à une fois tous les 14 jours. Une étude de phase II antérieure a démontré que l'association d'Albinterféron® et de ribavirine résultait en une diminution de la charge virale de 3,2 log au moins, chez 69 % des patients recevant les doses les plus élevées (900 et 1 200 mg), avec une tolérance clinique similaire à celle de l'interféron.

Interféron "consensus" (interféron alfacon-1, Infigen®) : l'interféron "consensus" est un interféron de synthèse possédant une activité antivirale équivalente à celle des interférons existants, avec une meilleure affinité pour les récepteurs cellulaires et une activité biologique plus importante. Une première étude effectuée chez des patients naïfs a démontré que l'interféron "consensus" induisait une clairance de l'ARN du VHC plus importante et plus rapide que l'interféron alpha-2b. Ceci semble indiquer que les patients rechuteurs à un premier traitement par interféron alpha-2b pourraient présenter un meilleur taux de réponse soutenue sous interféron "consensus". Cependant, bien que les données initiales testant l'interféron "consensus" en comparaison avec l'interféron standard aient montré des résultats encourageants, l'utilisation combinée d'interféron "consensus" et de ribavirine n'a montré aucun avantage par rapport à une monothé-

8960 CARACTERES

Alternatives à la ribavirine : la ribavirine est un analogue nucléosidique ayant montré une action synergique importante avec l'interféron dans le traitement de l'hépatite chronique C. Cependant, son utilisation est limitée par l'apparition fréquente d'une anémie hémolytique nécessitant la réduction de la posologie ou l'arrêt total du médicament. Une molécule alternative à la ribavirine est actuellement commercialisée, la virmidine.

La virmidine est une prodrogue de la ribavirine. Une étude de phase II, comportant 180 patients souffrant d'hépatite chronique C, a évalué la virmidine administrée à différentes doses, en comparaison avec la ribavirine, les deux bras de traitement associant de l'interféron alpha-2a. Les résultats montrent une différence indéniable dans la fréquence de survenue d'anémie hémolytique. En revanche, elle est non significative en ce qui concerne l'efficacité antivirale, les taux de réponse durable s'avérant même inférieurs dans le groupe des patients traités par virmidine.

Immunothérapie : l'intensification de la réponse immune dirigée contre le virus C représente un champ de recherche important dans le traitement de l'hépatite chronique C. Les premières études utilisant des inducteurs de l'interféron endogène ont montré des résultats prometteurs. D'autres molécules spécifiques telles que la thymosine alpha-1 (thymalfasine) restent en cours d'évaluation.

Plusieurs stratégies de vaccins thérapeutiques sont actuellement à l'étude. Ils reposent sur l'administration de protéines recombinantes associées à divers adjuvants, qui pourraient modifier la réponse immune chez le patient porteur du virus. Actuellement il n'existe pas de données évaluant l'effet de tels vaccins sur la diminution des taux d'ARN-VHC. Leur utilité en association avec d'autres molécules antivirales reste à confirmer. La preuve du concept d'efficacité de cette approche a été validée chez le chimpanzé."

■ Avec l'aimable autorisation des Pr Christian Trepo et Fabien Zoulim

Réduction des risques et programme d'échange de seringues en prison

André-Jean Rémy est médecin au service d'hépatogastroentérologie et coordonnateur de l'UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires) du centre hospitalier de Perpignan. Il est également coordinateur de la rédaction d'Espace Info Santé, journal bimestriel des soignants des UCSA SMPR (Service médico-psychiatrique régional) et UM-CRA. Il est membre du groupe d'experts de l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogues.

Pouvez-vous nous parler des différentes actions de réduction des risques en milieu carcéral ?

Il y a eu une expertise collective et consultative de l'Institut national¹ de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur la réduction des risques (RdR) en prison dont j'ai été membre². C'est l'une des mesures du plan hépatites 2009-2012 qui a rendu ses conclusions le 24 juin. Le point sur la RdR en prison a fait l'objet de discussions animées lors des trois rencontres successives avec les représentants des associations parce que c'est un sujet éminemment politique et que cette expertise est une commande gouvernementale... Bien que la littérature et les recommandations soient très neutres, cela sera tout en nuance. Mais le fait de réfléchir et de communiquer dessus va contraindre les pouvoirs publics à prendre position. Par exemple, pour la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), il n'est pas question de faire des programmes d'échanges de seringues (PES) en prison.

C'était principalement l'objectif de cette étude de pratiques financée par Sidaction qui nous intéressait et qui posait la question suivante : "êtes-vous prêt à vous engager dans un programme d'échange de seringues ?", avec comme arrière-pensée que si une UCSA se lançait seule dans un programme, elle irait sûrement à la catastrophe, parce que le directeur de prison en empêcherait l'accès. L'idée est donc de mettre en place, en même temps, dans dix à quinze UCSA de différentes tailles, un programme d'échange de seringues car il est plus difficile d'arrêter quinze UCSA en même temps que d'en arrêter une.

Cette étude est réalisée avec la faculté de sociologie de Perpignan. Les chercheurs iront à Nîmes, Marseille et dans d'autres centres pénitentiaires, interviewer les détenus, les soignants et les personnels pénitentiaires sur leur perception de la RdR, les pratiques à risques et

les freins à la mise en place de programmes innovateurs de RdR.

Quelles sont les difficultés à la mise en place de PES en prison ?

En France, il y a environ 200 UCSA et autant d'organisations différentes, du fait du nombre de médecins et d'infirmières, de leur temps de travail (temps plein ou partiel), de leur implication, etc. De plus, il faut prendre en compte la sensibilité et la philosophie des directeurs de l'établissement pénitentiaire et du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Donc, il y a des situations très variées. On sait qu'actuellement, il y a quelques UCSA qui pratiquent des échanges de seringues "sauvages", de mano a mano. Le problème est que le détenu peut avoir des ennuis contrairement au médecin qui ne risque rien ou pas grand chose. D'après cette étude, on estime qu'il y a environ 25 équipes qui sont volontaires pour ces programmes, sur les 60 premières équipes ayant répondu aux questionnaires.

Les détenus venant à l'UCSA ne seront-ils pas suspectés ?

Le détenu qui vient à l'UCSA est noyé dans la masse puisqu'il peut y venir pour différentes raisons... Ce n'est pas... y vient... C'est de pouvoir étudier les facteurs de résistance car ils ne sont pas forcément là où on les attend le plus. Paradoxalement, ce sont les personnels pénitentiaires qui allaient le plus loin dans l'expérimentation, en demandant de ne pas s'arrêter à l'échange de seringues et de construire plutôt directement des salles d'injection.

Cependant, l'étude ne répondra pas à toutes les questions. Celle par exemple de la gestion de la prise en charge demeure. A qui ce rôle doit-il revenir : aux associations ou aux UCSA ? Le débat n'a pas encore tranché. Il faudrait vraisemblablement un partenariat car les UCSA sont indispensables et ont une légitimité. Les UCSA ont pour rôle la coordination de toutes les actions de prévention, de soins et d'éducation à la santé. Par exemple, quand une association veut intervenir en milieu carcéral, le directeur de l'établissement pénitentiaire interroge préalablement l'UCSA. Dans mon UCSA, il y a 150 détenus qui passent par jour sur une population de 750 personnes en moyenne. Si l'UCSA est en difficulté, cela perturbera la vie des habitants. Certains militants associatifs ont des difficultés à comprendre que mettre à l'écart les équipes soignantes des PES, c'est faire courir à l'échec ces derniers. De plus, on ne vire pas aussi facilement un infirmier ou un médecin qu'un militant associatif...

Le groupe d'experts de Sidaction a mis en place un guide d'intervention en milieu carcéral de type "comment monter une action associative en milieu carcéral ?", pour tous les acteurs relais, avec les atouts, mais aussi les freins, afin de pouvoir les contourner.

Quels sont les obstacles à la mise en place des PES ? Votre enquête met en avant que certains soignants y sont favorables, mais d'autres études plus anciennes ont mis en avant que c'était principalement le personnel pénitentiaire qu'il fallait convaincre.

Tout d'abord, le problème avec ce sujet est que certaines études universitaires se sont mal passées parce qu'elles ne se sont pas préoccupées des prisons pendant des années et que, depuis peu, on a l'impression d'être observés comme des hamsters ou des singes, et de ne pas voir le bénéfice de ces études. Ce qui est dommage car il y a dans chaque prison, plusieurs cas chaque année de contaminations intra-carcérales. Au sein de mon UCSA, j'en ai eu 3 exemples ces dernières années dont un patient de génotype 1 qui avait guéri en prison, puis qui a été transféré dans une autre prison, et qui revient 5 ans après, sans jamais avoir mis le pied dehors une minute, avec une charge virale positive et un génotype 4.

Mis à part cela, il n'y a aucun obstacle juridique légal à pouvoir monter demain un programme d'échange de seringues en milieu carcéral. La loi pénitentiaire de 2009 rappelle que le code de santé publique s'applique intégralement dans les prisons. Il légitime par conséquent la RdR et l'échange de seringues. Donc, en théorie, on pourrait très bien se passer du consentement des personnels pénitentiaires, sauf que dans la pratique, ils peuvent être très freinants.

Les opposants à l'intégration de PES en prison mettent en avant le risque d'utilisation de celles-ci comme des armes contre les personnels pénitentiaires...

Cela a été montré, en Suisse comme en Espagne, dans des pays culturellement proches de la France, qu'il n'y avait pas d'agression avec les seringues dans les prisons accueillant des programmes. Il y a plus de risques avec une fourchette qu'avec une seringue par exemple. Nous sommes dans les représentations - que peut aussi avoir le personnel soignant - lorsque l'on évoque le risque de l'utilisation d'une seringue comme une arme. Les personnels imaginent qu'il y aura 100 seringues qui seront échangées par jour, ce qui est faux. Il faut dédramatiser.

Allez-vous privilégier des UCSA selon des critères qui favoriseront la réussite des programmes comme par exemple une population carcérale faible, un nombre élevé de détenus infectés ou d'usagers de drogues ?

1 SOS hépatites Fédération et Y0Z-SOS hépatites Champagne-Ardenne faisaient partis des partenaires associatifs consultés.

2 L'INSERM a rendu public son expertise collective le 2 juillet. Vous pouvez télécharger le rapport complet de l'expertise collective (62 pages) et le communiqué de presse (3 pages) à l'adresse suivante : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>



Ce programme d'échange est un outil comme le dépistage ou le traitement. Il doit être généralisé et donc disponible partout, et ne pas être limité aux maisons d'arrêt qui ont une population importante de toxicomanes et/ou un taux de prévalence élevé, comme le préconisent certaines écoles de pensées. On ne veut pas démontrer que cela marche : on veut démontrer que c'est faisable ! Et puis, cela a déjà été démontré partout ! Démontrer que cela marche est la meilleure manière pour retarder la mise en route des programmes car il faut faire un état des lieux qui prend environ trois ans, monter une étude pilote, qui prend trois ans de plus, etc. D'ailleurs, c'est un masque pour les ministères qui disent : "on fait quelque chose, on attend les résultats". Sauf que les résultats se font attendre. Les enquêtes sociologiques ont des méthodologies lourdes et il faut beaucoup de temps avant d'avoir des résultats. On nous a présenté PREVACAR il y a 2 ans. L'étude devait commencer en septembre 2008 et la première phase commence à peine aujourd'hui.

C'est ce qui se passe avec les salles de consommation. Il en existe dans tous les pays voisins de la France qui sont socialement, économiquement et culturellement proches de la France mais on impose des études comme un préalable...

A la différence que l'échange de seringues est inscrit dans le Code de Santé Publique, contrairement à ces salles. C'est un outil qui est reconnu. Si vous prenez les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD), la question de la démonstration de

l'efficacité ne se pose pas. On ne demande pas à un CAARUD d'évaluer s'il y a moins de contaminations du fait du nombre de seringues distribuées. On part simplement d'un postulat. La mesure est sur le nombre de seringues distribuées et pas sur le nombre de contaminations car personne ne les a. Pourquoi devrait-on demander au milieu carcéral d'être plus efficace que le milieu libre ? D'autant plus que ce n'est pas un enjeu financier : on ne va pas distribuer des milliers de seringues par jour.

Quels sont donc les objectifs de ces programmes et comment allez-vous les évaluer ?

Les objectifs sont ceux de la loi de 1994, renforcés par la loi de 2005. On a demandé à la population générale mais ils ont droit à la même chose. C'est comme si l'on disait qu'il n'y a pas de besoin de CAARUD en Lozère car il y a peu de toxicomanes. Cependant, la tension est plus grande car les détenus sont des usagers contraints du système public. Mais ces questions se posent encore à l'extérieur des prisons : il existe encore aujourd'hui une douzaine de départements dans lesquels il n'y a, soit pas de CAARUD, soit pas de Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)...

Comme il y a des départements où il n'y a ni Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ni Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmis-

sibles (CIDDIST), ou alors ces derniers ne dépistent que le VIH/sida, et donc ne dépistent pas les hépatites virales B ou C...

Et pour leur mise en place, on ne demande pas d'évaluer avant. Donc, les objectifs sont les mêmes que ceux que l'on trouve dans la loi de santé publique : ce sont les objectifs généraux de la RdR. D'ailleurs, on pourrait voir le problème inversement : refuser la RdR aux détenus, c'est les soumettre à un risque de contamination. Dans la même logique, ce serait leur refuser la vaccination antivirale par exemple. Mais de toute façon, l'efficacité est forcément meilleure si cela se fait dans un groupe ayant une prévalence supérieure à la population générale.

Pour la récupération des seringues usagées, notre objectif se situe autour de 70-75 %, ce qui est conforme aux données de la littérature internationale. On ne peut donc pas dire que toutes les seringues distribuées nous reviendront. L'objectif de 100 % n'est pas réalisable et ne peut être une condition de pérennisation des programmes car même dans les PES en prison les plus performants, il y a au maximum 70 % à 80 % de retour.

Que se passerait-il s'il y avait des UCSA qui refusaient ces PES ? On sait par exemple que des UCSA sous-dosent consciemment et volontairement certains usagers dépendants en traitement de substitution aux opiacés.

Certaines UCSA pilent encore le Subutex® afin que son usage ne puisse être détourné et cette pratique dépasse quelques UCSA isolées et

n'est pas seulement restreinte aux petites villes de zones rurales. Mais il y a un progrès, on le voit dans les enquêtes de pratiques, et notamment sur le nombre de traitements distribués : à population constante, le nombre de personnes en traitement sous Subutex® ou sous méthadone augmente parce qu'il y a de plus en plus de gens qui arrivent en prison avec un traitement. De plus, il y a moins de soignants qui arrêtent le traitement à l'entrée comme cela pouvait se faire souvent à une époque. Ces pratiques ont été rapportées notamment par les acteurs de terrain aux médecins inspecteurs de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) qui ont mis fin à ces pratiques. Dans un contexte où les PES seraient généralisés, les UCSA les refusant seraient montrées du doigt. De plus, les UCSA sont très contrôlées et par différentes instances (Agence régionale de santé (ARS), Inspection générale des affaires sociales (IGAS), contrôleur général des lieux privatifs de liberté...). Donc, il y a beaucoup de contrôles possibles.

Le PES est symbolique, c'est le navire amiral de la RdR : s'il passe, tous les autres passent (par exemple : avoir de la javel en quantité suffisante et renouvelée ; avoir des préservatifs disponibles, et pas seulement dans les UCSA ; avoir accès au traitement post-exposition 24 h/24, etc.).

Quels sont les données qui ressortent des études en cours ?

Le résultat des enquêtes préliminaires montre que 1) il y a des contaminations en prison ; 2) le personnel pénitentiaire n'est pas opposé aux programmes de RdR à partir du moment où il est informé ; 3) ce sont plutôt des questions pratiques qui sont soulevées par ces derniers, à savoir : dans quel lieu ?, comment cela s'organise ?, doit-il y avoir des modèles spécifiques de seringues pour différencier celles du programmes des autres autorisées (ex : traitement des diabétiques) ?, etc.

Les personnels pénitentiaires ne s'opposeraient donc pas à la mise en place des programmes ?

Ils savent que les drogues circulent et sont consommées : ils voient les détenus qui sont sous l'effet de psychotropes. Ils trouvent aussi des seringues, qu'elles soient bricolées ou pas. Dire que ce sont les personnels pénitentiaires qui sont les plus sensibles, plus ouvert. Il ne faut peut-être que le brevet des collèges pour accéder à la profession sauf que, comme dans tous les concours admi-

nistratifs, le niveau monte et certains arrivent avec un Bac+5.

L'enquête sociologique de terrain approfondira le niveau de sensibilisation des différents intervenants au sein de la prison. Mais il faut savoir que ces derniers ne sont pas les seuls à être peu ou insuffisamment informés. Par exemple, les connaissances de la RdR au sein des CSAPA sont très superficielles dans la majorité d'entre eux, mis à part ceux qui sont affiliés avec un CAARUD. Il faut également se rappeler que beaucoup ont eu du mal à passer à la substitution dans les années 1990.

Quand peut-on donc imaginer voir des PES en prison ?

Il y aura une réunion en septembre avec les UCSA volontaires et l'idée est que les programmes puissent commencer à la fin de l'année 2010, pour le 1^{er} décembre. On aurait voulu lancer les programmes le 19 mai 2010 - la prévalence des hépatites B et C est supérieure à celle du VIH/sida en prison - mais cela aurait été trop précoce. On ne voudrait pas que cela dure juste une seule journée... Mais il ne faudrait pas réduire les programmes de RdR à l'usage de drogues : mettre à disposition des préservatifs ne résout pas non plus les risques d'infection dans le cadre des relations sexuelles. Les problèmes y sont également conséquents et les besoins tout aussi importants. Nous travaillons dessus, notamment par la formation des personnels soignants.

Les résultats des études PRI2DE (Programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus) et RAAMIP (Recherche Action pour l'accès au matériel d'injection en prison) seront présentés lors des troisièmes rencontres nationales de la réduction des risques, qui auront lieu les 14 et 15 octobre 2010 à Montreuil (93).

■ Johann Volant

4220 CARACTERES

Les publications de



Vous pouvez les commander en appelant le

N° Vert 0 800 004 372

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE
(frais d'envoi à votre charge)

ou les télécharger sur notre site
www.soshepatites.org
(rubrique publications)

Collection "Être hépatant"

- 1 - Qu'est-ce que l'hépatite C ?
- 2 - Vivre avec l'hépatite C.
- 3 - Mon hépatite C, moi et les autres.
- 4 - Se préparer au traitement de l'hépatite C.
- 5 - Je surveille mon hépatite C.
- 6 - Y a pas que le foie dans l'hépatite C.
- 7 - C comme cirrhose.
- 8 - C'est dans ma tête ou c'est l'hépatite ?
- 9 - Qu'est-ce que l'hépatite B ?
- 10 - Drogues, alcool et traitement de l'hépatite C ?
- 12 - Vivre au mieux pendant le traitement de l'hépatite C.
- 13 - Mon traitement n'a pas marché. Que faire ?
- 14 - Co-infection VIH et hépatites virales : réagir avant que les virus s'emmèlent.

Collection "Hépatites Conseils"

- 1 - Mon foie et le virus de l'hépatite C ?
- 2 - Ce que doivent savoir mes proches.
- 3 - Les effets indésirables du traitement de l'hépatite C et des petits trucs pour les soulager.
- 4 - Pourquoi faut-il que je me soigne ?
- 5 - Comprendre mes analyses biologiques.
- 6 - Questions d'assurance pour emprunter.
- 7 - Hépatite chronique B : quelques notions pour mieux connaître ma maladie.
- 8 - Hépatite chronique B : faciliter mes démarches.
- 9 - J'ai une hépatite et une infection par le VIH
- + - L'histoire de Max.
- + - Le rêve de Lucas.



Fiche pratique n° 5

Mutuelle santé : toute une histoire...

Les sociétés de secours mutuels sont issues des confréries, des corporations et du compagnonnage, il y a plusieurs siècles.

Plus connue sous le nom de "charte de la mutualité", la loi de 1898 précise la vocation de la mutuelle : favoriser l'accès de tous à des soins et des services de qualité ; et définit ses valeurs fondatrices : liberté, solidarité, démocratie et responsabilité.

S'il n'y avait pas de mutuelle santé, seule la Sécurité sociale assurerait et prendrait en charge la protection de santé de toute la population. Le rôle des mutuelles de santé est, de ce fait, très important car elles permettent aux adhérents de bénéficier d'un remboursement supplémentaire sur les différents postes de base comme l'optique, l'hospitalisation, le dentaire, les actes médicaux.

En 2000 après la réforme du Code de la Mutualité, les directives européennes sont transposées dans le droit français et permettent de moderniser le code de la mutualité et, de ce fait, les mutuelles de santé. Les activités des mutuelles de santé ont été listées de façon précise et exhaustive, ainsi que leurs nouvelles missions. Les principes mutualistes ont une base légale qui permet de différencier les mutuelles des sociétés d'assurance.

Les mutuelles : une solidarité Par le Code de la Mutualité, les mutuelles fonctionnent grâce à la mutualité. Dans une mutuelle, le risque maladie est mutualisé et les coûts sont répartis de manière solidaire : chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Les mutuelles ne peuvent réaliser aucun bénéfice, contrairement aux sociétés d'assurances qui sont des sociétés de capitaux à but commercial. Les excédents peuvent servir à développer de nouvelles garanties, prendre en charge de nouveaux traitements plus efficaces ou encore à financer des services de soins et d'accompagnement mutualistes.

Les mutuelles se caractérisent également par leur mode de fonctionnement démocratique : elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer et leurs représentants sont élus par les adhérents. Les garanties sont définies par l'assemblée générale des adhérents. Pour adhérer à une mutuelle, il n'y a pas de questionnaire de santé. Dès l'adhésion, votre garantie est viagère, c'est-à-dire sans limite de durée, quel que soit votre âge. L'accès à une mutuelle du Code de la Mutualité ne sera donc jamais refusé pour des raisons de santé.

La mutuelle de santé ou la complémentaire santé est un organisme qui garantit le complément des remboursements de la Sécurité sociale. Elle n'est pas obligatoire. Cette garantie volontaire est souscrite moyennant le paiement d'une cotisation.

2640 CARACTERES



CMU et CMU-C : quelles différences ?

- La **CMU (Couverture maladie universelle)** a été mise en œuvre en 2000 par le gouvernement de Lionel Jospin. Elle permet aux personnes à faibles revenus (ex : chômeurs en fin de droit, jeunes sans activité professionnelle, personnes bénéficiant des minimas sociaux (ex : RMI...)) d'accéder gratuitement à l'assurance maladie obligatoire. Elle ouvre le droit à l'ensemble des prestations de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les assurés sociaux du régime général (la prise en charge des soins en ville et en hospitalisation, aux conditions prévues par le Code de la Sécurité Sociale). Avec la CMU, l'assuré est redevable du ticket modérateur, c'est-à-dire la part non prise en charge par l'assurance maladie.

- La **CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire)** donne droit à une complémentaire santé gratuite, c'est-à-dire sans paiement de cotisation. Elle est réservée aux personnes à faibles revenus. Elle permet d'accéder aux soins sans "reste à charge" et sans avance de frais.

La CMU-C est accordée pour un an, sous conditions de ressources (voir tableau ci-dessous) : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

Plafonds de ressources pour la CMU-C (Mise à jour au 01/07/2009)	
Composition du foyer	Ressources des 12 derniers mois pour la métropole (montants au 1 ^{er} juillet 2009)
1 personne seule	7 521 €
2 personnes	11 282 € (ou 9 401 € si la 2 ^e personne est un enfant mineur en garde alternée, réputé à charge égale des 2 parents au sens des impôts)
3 personnes	13 538 € (déduire 1 880 € quand la personne de rang 2 est un enfant mineur en garde alternée, déclarée aux impôts à charge égale des 2 parents, ou 1 128 € quand la personne de rang 3 se trouve dans cette situation)
4 personnes	15 794 € (déduire 1 880 € quand la personne de rang 2 est un enfant mineur en garde alternée, déclarée aux impôts à charge égale des 2 parents, ou 1 128 € par personne de rang 3 ou 4 se trouvant dans cette situation)
Par personne supplémentaire	3 008 € (ou 1 504 € quand il s'agit d'une personne mineure en garde alternée, déclarée aux impôts à charge égale des 2 parents)

A NOTER. Les personnes qui relèvent de la CMU complémentaire (les bénéficiaires du RSA, ex-RMI, par exemple) sont automatiquement affiliées au régime de base. Aucune démarche n'est nécessaire.

Qui peut en bénéficier ?

Les allocataires du RSA et les personnes résidant depuis plus de 3 mois en France, en situation régulière, et dont les ressources ne sont pas supérieures au plafond maximal prévu. Les ressources prises en compte sont les revenus nets annuels et certaines prestations sociales de l'ensemble du foyer pour les 12 derniers mois.

Quels avantages ?

Elle prend en charge :

- Le forfait hospitalier - à savoir la somme due par les personnes hospitalisées pour leurs frais d'hébergement - est pris en charge par la CMU complémentaire sans limitation de durée.
- Les franchises (1,00 €, ainsi que les nouvelles franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008) ne sont pas demandées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.
- Enfin, au-delà des tarifs de l'assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les prothèses dentaires et les appareillages (lunettes par exemple) sont pris en charge par la CMU complémentaire. Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, les dépassements médicaux nécessaires. Ces équipements sont intégralement pris en charge. Les professionnels et les fournisseurs ont obligation de les proposer aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Toutefois, les dépassements pour d'autres prestations, lorsqu'ils sont réalisés à la demande du bénéficiaire, ne sont pas pris en charge par la CMU complémentaire.
- Tous vos soins ne sont pas nécessairement reconnus par l'assurance maladie, ou peuvent l'être dans des conditions très précises médicalement justifiées (par exemple, les lunettes sont prises en charge mais pas les verres de contact).

6030 CARACTERES

Exemples de tarifs :

- Concernant l'optique, la monture est prise en charge à 100 % si son prix ne dépasse pas 22,90 €, les verres en corrections simples sont pris en charge à 54,60 €, et 137,20 € en correction complexe. Une paire de lunette par an peut être prise en charge, sauf nécessité de modification de la correction visuelle.
- Pour les appareils auditifs, le prix maximum total est de 443,60 €, y compris la part Sécurité Sociale.

Les relations avec les professionnels de santé.

Les médecins ne peuvent demander aucun dépassement d'honoraires. Ils ont obligation de recevoir les bénéficiaires de la CMU, qui sont des assurés sociaux comme les autres, et de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

Les dépassements ne sont possibles qu'en cas d'exigence particulière du malade, et les frais supplémentaires sont alors à la charge du patient. C'est le cas notamment de certaines visites à domicile, de demande de rendez-vous en dehors des heures de consultations, de demande de prestations supplémentaires (par exemple, pour l'optique : verres teintés, verres spéciaux...).

Il n'y a pas de médecin agréé pour la CMU-C puisque tous les médecins doivent recevoir les assurés sociaux sans discrimination. Les refus de soins doivent être signalés à votre caisse d'assurance maladie et peuvent faire l'objet de poursuites devant le Conseil de l'ordre concerné.

Le Tiers payant.

Les professionnels de santé ont l'obligation, outre le respect des tarifs reconnus dans le cadre de la CMU-C, de pratiquer la dispense d'avance des frais. Le bénéficiaire n'a rien à payer au professionnel. Les professionnels sont remboursés directement et intégralement par la caisse d'assurance maladie.

Médecins ou dentistes refusant de soigner les malades affiliés à la CMU.

De nombreuses enquêtes et témoignages ont révélé que certains praticiens refusaient de soigner les personnes bénéficiaires de la CMU. Cette attitude est contraire à la législation et au code de déontologie. En cas de refus de soins, vous pouvez contacter la caisse d'assurance maladie et le conseil de l'ordre des médecins ou des dentistes.

A NOTER. Des praticiens, sous des prétextes fallacieux tels qu'un carnet de rendez-vous plein par exemple, refusent tacitement l'accès de leur cabinet aux personnes bénéficiaires de la CMU. Des actions sont en cours auprès du Ministère de la santé et des sports, en partenariat avec le Collectif Inter-associatif sur la santé (CISS), pour dénoncer et mettre un terme à de telles pratiques que nous considérons comme inadmissibles. L'accès aux soins de qualité pour tous, sans discrimination, est un combat essentiel pour SOS hépatites.

L'aide pour obtenir une complémentaire santé.

La loi du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie, a créé une aide financière pour les personnes en difficulté qui souhaiteraient souscrire ou continuer à bénéficier d'une complémentaire santé.



Les notions importantes à connaître

Dépassement d'honoraires.

On parle de dépassement d'honoraires lorsque les prix pratiqués sont supérieurs aux tarifs conventionnés fixés pour chaque acte médical par la Sécurité Sociale. Par exemple, si votre généraliste a fixé ses honoraires de consultation à 25 €, il pratique un dépassement d'honoraires de 4 € (25 € [ses honoraires] – 22 € [tarif de convention] = 3 € + 1 € de participation forfaitaire). Les dépassements d'honoraires sont pris en charge par certaines mutuelles dans le cadre de contrats particuliers allant au-delà du simple complément au tarif de référence de l'Assurance Maladie.

Forfait hospitalier (ou forfait journalier).

Il s'agit d'une participation de l'assuré aux frais d'entretien et d'hébergement. Ce forfait est facturé pour toute hospitalisation. Il n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale. À partir du 1^{er} janvier 2010, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel, passe à :

- 18,00 € par jour en hôpital ou en clinique ;
- 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Une exonération pour certains assurés.

Vous n'aurez pas à payer le forfait hospitalier dans les cas suivants :

- vous êtes une femme enceinte hospitalisée pendant les 4 derniers mois de votre grossesse, pour l'accouchement et pendant 12 jours après l'accouchement ;
- vous bénéficiez de la CMU-C ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- votre enfant nouveau-né est hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance ;
- votre hospitalisation est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- vous êtes soigné dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle ;
- pour votre enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- vous êtes titulaire d'une pension militaire.

Frais réels.

Les frais réels sont la somme engagée par une personne pour ses dépenses de santé. Une partie de cette somme est remboursée par votre

Régime Obligatoire. Une autre partie est remboursée par votre mutuelle de santé, selon le niveau de vos garanties. La somme des deux remboursements (Régime obligatoire et Complémentaire santé) ne peut excéder les frais réels que vous avez engagés.

Questionnaire de santé, questionnaire médical.

Lors de l'adhésion à une complémentaire santé, l'assureur peut demander au futur adhérent de remplir un document lui permettant d'évaluer son état de santé. Le montant de la cotisation, voire le refus d'adhésion, sera alors étudié par rapport aux "risques" que la compagnie d'assurances a sélectionné dans ses critères de rentabilité. **Les mutuelles ne demandent pas de questionnaire santé.**

Régime Complémentaire.

Le régime complémentaire est un organisme prenant en charge tout ou partie des frais restant à la charge du patient après remboursement du régime obligatoire (les mutuelles par exemple).

Régime Obligatoire.

Le régime obligatoire est le régime d'assurance maladie auquel l'assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle. L'Assurance Maladie est le régime général (le régime des salariés). Le régime des agriculteurs (les remboursements sont effectués par la MSA). Il existe aussi le régime des artisans, des commerçants et des professionnels libéraux... Tout citoyen est rattaché à un régime de Sécurité Sociale en fonction de sa profession ou de sa situation.

Tarif de responsabilité.

Tarif sur la base duquel intervient le remboursement.

Tarif d'autorité.

Base de remboursement applicable aux actes dispensés par un médecin non-conventionné.

Tarif de convention.

Il détermine pour chaque acte le montant sur lequel s'appliquera le remboursement de la Sécurité Sociale. Par exemple, le tarif de convention pour une consultation chez un généraliste (secteur 1) est fixé à 22 €. C'est ce tarif qui sert de base de calcul au remboursement de la Sécurité Sociale qui rembourse en général 70 % de 22 € (si un médecin pratique des tarifs supérieurs, il effectue un dépassement d'honoraires). C'est le tarif pris en compte pour les remboursements. Il est fixé par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Taux de remboursement de la Sécurité sociale.

C'est le taux sur lequel la Sécurité Sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur le tarif conventionnel et varie en fonction de l'acte médical et du régime obligatoire de l'assuré social.

Télétransmission.

Echange informatique entre les différents acteurs de la santé. La télétransmission vous dispense d'envoyer vos feuilles de soins à votre organisme obligatoire et/ou complémentaire.

Ticket modérateur.

C'est ce qui reste à la charge de l'assuré, une fois qu'il a été remboursé par la Sécurité sociale. Pour calculer les remboursements, la Sécurité Sociale prend pour base le tarif de convention, auquel elle applique un taux qui diffère suivant les actes et prestations de soins. Le ticket modérateur représente la différence entre 100 % du tarif de convention et ce taux. Ce ticket modérateur est donc complètement à votre charge si vous ne bénéficiez pas d'une mutuelle complémentaire santé.

Tiers payant.

Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensés de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et complémentaires chez les professionnels de santé. Concrètement cela signifie que si vous êtes pris en charge à 100 %, vous n'aurez rien à régler chez les praticiens acceptant ce mode de fonctionnement, ce qui est le cas de la majorité des pharmaciens par exemple. Le tiers payant vous permet, à l'aide d'une carte remise par votre mutuelle, de ne pas faire l'avance de vos frais de pharmacie pour tout médicament prescrit et remboursable.

■ Jocelyne Vidal

Sources :

- Mutualité Française : www.mutualite.fr ;
- Assurance Maladie : www.ameli.fr ;
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS) : www.leciss.org

 Fédération

Écoute, soutien, information, prévention et documentation...

**à votre écoute
du lundi au vendredi
de 10 h à 13 h
et de 14 h à 18 h.**

 N° Vert 0 800 004 372

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

EASL 2010: ce qu'il faut retenir

Pour les lecteurs de l'*Hépatant*, Pascal Melin et Michelle Sizorn ont joué les envoyés spéciaux à Vienne (Autriche) pour le congrès *European association for the study of the liver* (EASL). L'association européenne pour l'étude du foie est un rassemblement de médecins et professeurs travaillant sur des problématiques hépatiques spécifiques permettant des échanges internationaux que nous pourrions qualifier de "haut niveau" étant donné les intervenants et les participants. Voici la synthèse de leurs travaux.

Les mécanismes de base nécessaire à la prise en charge de la défaillance hépatique.

Pour le Dr Larsen (Danemark), l'hépatite aiguë est le plus souvent responsable d'un dysfonctionnement multi organes appelé aussi MODS (pour *Multiple organ dysfunction syndrome*). Au cours d'une hépatite aiguë, la nécrose des cellules hépatiques amène une production d'ammoniaque et de cytokines qui modifie la circulation et parfois amène la polymérisation des protéines. Il rappelle que 33 %, voire 50 % des malades atteints de ces hépatites sévères peuvent survivre sans transplantation, et donc qu'il est important d'avoir des critères de transplantation communs et en particulier de s'appuyer sur les critères de MELD. Enfin, il est évident que ces décisions doivent être prises par une équipe de réanimation entraînée à la prise en charge des défaillances hépatiques.

Les indications de la transplantation hépatique.

Pour le Dr O'Grady (Grande-Bretagne), il est extrêmement difficile dans ces hépatites aiguës sévères de savoir qui doit avoir recours à une transplantation ou non. D'après O'Grady, la transplantation hépatique modifie complètement le devenir des patients atteints de défaillance hépatique et souhaite qu'en fonction de l'âge et de la cause, les indications de transplantation et les échelles d'évaluation soient revues.

Les problèmes de coagulation en cas de défaillance hépatique.

Le Dr Tripodi (Italie) rappelle que la baisse des plaquettes et les saignements sont une complication fréquente dans ce genre de situation. Il insiste sur le fait que les troubles de la coagulation sont secondaires, le plus souvent dus à des défaillances rénales, des problèmes infectieux ou des hémorragies. D'après lui, il est important que les équipes de réanimation sachent prendre en charge ces complications et que les études évaluent l'intérêt des transfusions des produits de coagulation et de plaquettes de façon rigoureuse.

La prise en charge des hépatites alcooliques sévères.

Pour le Dr Mathurin (France), la mortalité en cas d'hépatite alcoolique aiguë sévère peut aller jusqu'à 50 ou 75 %. Il insiste donc sur l'importance des scores d'évaluation en proposant l'intérêt du score de MELD, de GAHS (pour *Glasgow alcoholic hepatitis score*) ou bien encore de l'ABIC Score pour prédire la survie des patients atteints d'hépatite alcoolique aiguë.

Pour ce qui est du traitement, l'utilisation de corticoïdes reste le traitement de base mais Philippe Mathurin propose d'utiliser le score de Lille (que l'on peut trouver sur le site <http://www.lillemodel.com>) dans le management des corticothérapies pour savoir, sous corticoïdes, en fonction de la réponse, quelle décision prendre secondairement. Enfin, il a remis en avant le débat français sur la transplantation hépatique en cas d'hépatite alcoolique aiguë puisque jusqu'alors, on attendait une période de 6 mois d'abstinence et que de nombreux patients ne survivront pas à ce délai. D'après lui, la transplantation précoce pour les patients les plus graves, suivie d'une prise en charge alcoolologique doit être évaluée.

Les bases physiopathologiques du traitement et le pronostic à la phase aiguë de l'insuffisance hépatique chronique.

Pour le Dr Jalan (Royaume-Uni), la détérioration aiguë par rapport aux personnes cirrhotiques est toujours associée à une mortalité importante. Il est donc fondamental de reconnaître cette décompensation le plus tôt possible car elle implique des dérégulations inflammatoires qui peuvent



être sources d'infections. Les causes principales de ces dégradations sont la prise de drogues hépatotoxiques, les virus hépatotropes, l'injection de toxines et l'alcool. Pour lui, la classification de Child et de MELD qui visent à graduer les cirrhoses ne sont pas fonctionnelles pour évaluer les facteurs de survie des patients en cas de décompensation aiguë et qu'il faudrait plutôt utiliser de nouvelles échelles comme l'APACHE 11 et SOFA pour prédire les compensations. D'après Jalan, la cascade inflammatoire multi-viscérale sont évitables à condition de prendre des décisions par des équipes spécialisées pouvant les évaluer correctement et gérer les causes de la décompensation. Enfin, le syndrome ACLF (pour *Acute on chronic liver failure*) est aujourd'hui la première cause de décès des patients suivis pour une maladie chronique du foie grave. Ainsi, il souhaiterait la création d'un groupe international d'études et de réflexions pour une prise en charge optimale.

Le mécanisme et le traitement des troubles cardiovasculaires et du syndrome hépatorénal de type 1.

Pour le Dr Gines (Espagne), la mortalité est majeure car elle est due à une dysfonction cardiaque, caractérisée par une vasodilatation artérielle et splanchnique qui, associée à cette dilatation, amène un défaut de production rénale et donc une aggravation de la fonction rénale. Pour cela, on utilise comme traitement des drogues vasoconstructives (comme la terlipressine associée à de l'albumine). Ce dernier permet de garder les patients en vie en attendant la transplantation hépatique.

Dans les syndromes hépatorénaux de type 2, l'aggravation de la fonction rénale est plus modeste et le pronostic meilleur. Les causes habituelles d'entrée dans le syndrome hépatorénal sont :

- 1) l'hypovolémie, due à des saignements digestifs ;
- 2) l'utilisation massive de traitements diurétiques ;
- 3) les chocs septiques ;
- 4) l'administration de drogues néphrotoxiques comme les anti-inflammatoires ;
- 5) la décompensation des maladies rénales ;
- 6) les glomérulonéphrites associées aux virus B et C.

Il faut se souvenir que le syndrome hépatorénal est une complication spontanée des infections du liquide d'ascite dans 30 % des cas. Dans sa conclusion, Gines propose que les équipes d'hépatologie soient vigilantes à dépister ce syndrome hépatorénal et à transférer les patients dans des services de réanimation hépatologique, afin de pouvoir bénéficier d'une transplantation. Enfin, il rappelle que des TIPS (dispositif intrahépatique

6510 CARACTERES

dont nous parlerons dans les prochains numéros) peuvent améliorer la fonction rénale mais que des études sont encore nécessaires pour faire le point sur la place de cette technique.

Prise en charge et traitement pharmacologique des patients présentant une hémorragie digestive sur hypertension portale.

Pour le Dr Nevens (Belgique), les hémorragies liées aux varices œsophagiennes sont en Europe une cause très importante d'hémorragie digestive mais les drogues vaso-actives et les ligatures endoscopiques ont fait leur preuve dans les stratégies thérapeutiques actuelles. Pour rappel, il faut se souvenir que l'hémorragie digestive et la défaillance hépatique sont une cause de mortalité importante, même si on a de plus en plus recours à titre systématique à des antibiothérapies prophylactiques comme le proposent les recommandations.

Il reste néanmoins une place pour les dispositifs intra-hépatiques tels que les TIPS pour lutter de façon active contre la récurrence des varices œsophagiennes. La première étape de la prise en charge de ces varices œsophagiennes est le screening de tous les malades atteints de cirrhose et la mise en place d'un suivi avec une gastroscopie régulière et une évaluation des varices qui permettrait de mettre en place des traitements préventifs de type propranolol.

En 15 ans le paysage hépatologique a changé. Historiquement, peu de patients avaient recours aux traitements préventifs. C'est de plus en plus le cas, même si les causes de cirrhose (qui étaient historiquement très centrées sur l'alcool) évoluent vers les virus et les NASH. La mise en place de traitements vaso-actifs dès les services d'accueil d'urgence en cas d'hémorragies digestives modifie le taux de survie des patients.

La terlipressine est actuellement le traitement le plus utilisé mais cette drogue est contre-indiquée chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, rappelant l'importance de la ligature œsophagienne.

Le Dr Nevens rappelle qu'il est possible d'obtenir une prise en charge optimale des patients atteints de hémorragie (en cas de rupture des varices œsophagiennes) avec une mortalité faible pour les patients ayant des varices de type Child B. Par contre pour les patients en Child C, (qui représentent jusqu'à 30 % des malades dans cette situation), la mortalité est extrêmement élevée (pouvant atteindre 50 % à 6 semaines).



6030 CARACTERES

En conclusion, le plus important pour le Dr Nevens est de :

- 1) poser le diagnostic de varices œsophagiennes dès l'entrée à l'hôpital si le patient n'est pas connu pour une cirrhose ;
- 2) mettre en place un traitement vaso-actif ;
- 3) transfuser le patient ;
- 4) pouvoir l'accueillir dans une unité de réanimation ;
- 5) mettre en place un traitement antibiotique ;
- 6) poser une aspiration ;
- 7) pouvoir réaliser une ligature œsophagienne.

De 10 à 20 % des patients, malgré ce traitement, doivent être transférés dans une unité de réanimation hépatologique pour bénéficier des techniques les plus performantes comme la pose de TIPS.

Mécanisme et traitement des thromboses aiguës portales.

Pour le Dr Valla (France), les thromboses aiguës représentent une complication majeure de la défaillance hépatique. En effet, depuis quelques années, on a découvert - en dehors des maladies hépatiques - que ces types de thromboses peuvent s'associer à des maladies hématologiques et en particulier au syndrome myéloprolifératif chez les patients porteurs d'une mutation JAK 2.

D'après lui, il est important, voire fondamental, de penser aux thromboses porte en cas de cirrhose, et qu'en cas de douleur abdominale, d'en poser le diagnostic, de mettre en route les traitements anticoagulants et d'évaluer les possibilités de revascularisation. Plusieurs facteurs sont actuellement reconnus comme favorisant la thrombose porte :

- 1) un déficit en protéine C et protéine S ;
- 2) un déficit en facteur V ;
- 3) un syndrome des antiphospholipides ;
- 4) une hémoglobinurie paroxystique nocturne ;
- 5) une maladie de Behçet6) un syndrome myéloprolifératif.

La thrombose porte est un facteur majeur d'aggravation de l'hémorragie. Pour la prise en charge optimale des patients, il est donc important de reconnaître au plus tôt et d'optimiser sa prise en charge.

Les traitements endoscopiques d'urgence et l'apport de TIPS chez les patients atteints d'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes.

Pour le Dr Garcia Pagan (Espagne), de telles prises en charge ne peuvent s'envisager qu'au sein de services de réanimation avec des équipes médicales incluant des infirmiers formés, des hépatologues, des chirurgiens, des endoscopistes et radiologues interventionnistes.

L'ensemble des études a montré que les ligatures de varices œsophagiennes ont un meilleur résultat que la sclérothérapie. Les dispositifs intra-hépatiques tels que les TIPS sont actuellement indiqués pour les patients chez qui on ne peut contrôler l'hémorragie digestive par endoscopie.

Les ruptures de varices œsophagiennes sont responsables de 60 à 70 % des hémorragies digestives chez les personnes cirrhotiques et chaque épisode d'hémorragie se solde par une mortalité de 10 à 20 %. Le facteur péjoratif retrouvé est la reprise hémorragique précoce dans les semaines suivant le premier épisode. Il faut donc faire des traitements personnalisés avec des équipes entraînées à l'endoscopie et des centres de référence pour mettre en place des TIPS en cas d'hémorragie persistante.

La prise en charge des problèmes infectieux

Les infections bactériennes en cas de cirrhose sont une complication commune et sévère pouvant aller à la décompensation de la maladie. Elles mettent en jeu des mécanismes inflammatoires avec une production de cytokines et une défaillance extra-hépatique. Seule l'utilisation précoce d'antibiotiques et de perfusions d'albumine a montré sa capacité à faire décroître le risque de mortalité et la possibilité de voir apparaître une défaillance rénale. Les infections les plus courantes chez les patients cirrhotiques sont les infections du liquide d'ascite, suivies par les infections urinaires et les infections pulmonaires.

Les recommandations du Dr Moreau (France) sont donc le repérage précoce de tous les problèmes infectieux et une prise en charge antibiotique rapide à proximité d'un centre de référence.

Les changements épidémiologiques des infections en cas de cirrhose.

Pour le Dr Fernandez Gomez (Espagne), de plus en plus d'infections urinaires sont résistantes aux quinolones, ce qui complique la prise en charge en cas de cirrhose chez les patients mis au long cours sous noroxaline à titre prophylactique (50 % pouvaient développer des infections avec des résistances). Il existe aussi de nombreuses infections liées à des entérobactéries résistantes au bêta-lactamase. Enfin, depuis les années 2000, une épidémie de clostridium difficile se répand dans l'Europe de l'ouest. Il a également été retrouvé des aspergilloses invasives chez des patients neutropéniques, avec des antécédents de transplantation, ou chez des porteurs du VIH/sida. Toutes ces infections nouvelles méritent une prise en charge infectieuse cohérente en collaboration avec les pharmacologues et les infectiologues.



La prise en charge des enfants est relativement similaire à celle de l'adulte en sachant qu'il faut être très vigilant sur les bilans étiologiques et que la prise en charge doit absolument être multidisciplinaire. La transplantation hépatique est possible et ne pose pas de problème si l'indication en est bien posée.

L'insuffisance hépatique aiguë chez l'enfant.

Pour le Dr Dhawan (Angleterre), il faut se souvenir qu'elle est inconnue dans 50 % des cas et aboutie à des transplantations hépatiques. L'âge, le caractère néonatal et le poids ne sont pas une contre-indication à la transplantation, mais une approche multidisciplinaire est toujours nécessaire.

Les étiologies de l'insuffisance hépatique aiguë, tous âges confondus, représentent 17 cas pour 100 000 habitants par an aux Etats-Unis, mais la fréquence pédiatrique reste encore mal documentée.

Les causes d'hépatites aiguës virales sont les plus fréquentes mais elles varient selon les séries. En effet, par exemple, l'insuffisance hépatique aiguë sur hépatite A est fréquente en Asie mais elle est rare en Europe et en Amérique du nord. Il existe également des causes non-virales et particulièrement bactériologiques pouvant aboutir à de tels tableaux, comme les salmonelles ou des pseudomonas. Enfin, il existe des drogues et des toxiques qui peuvent également être impliqués tel que le paracétamol. On citera dans les causes plus rares, les hépatites auto-immunes d'expression pédiatrique, les problèmes métaboliques, la maladie de Wilson et d'autres maladies vasculaires ou hématologiques.

3790 CARACTERES

Les formes cirrhotiques graves: qui est trop malade pour être transplanté?

Pour le Dr Dhawan (Angleterre), les formes les plus sévères aboutissent à la plus grande mortalité postopératoire, les patients ayant une maladie rapidement progressive avec des défaillances multi viscérales évoluent le plus souvent vers la mort.

On peut prendre l'exemple de l'âge où habituellement le patient n'était plus transplanté après 60 ans. De nombreux centres ont repoussé cette limite tenant compte de l'âge physiologique plutôt que de l'âge chronologique, ce qui nécessite une prise en charge multi-partenaire. Mais il faut aussi tenir compte des comorbidités et de la sévérité des patients avant l'inscription sur la liste de transplantation et de bien d'autres facteurs encore. En effet, des organes sont prélevés chez des patients ayant parfois des comorbidités importantes qui vont gêner, voire faire perdre des chances à la survie du greffon. Toutes ces questions sont éminemment difficiles et demandent une réflexion par l'ensemble des équipes et des plans nationaux pour accéder à la transplantation.

■ Michel Bonjour, Pascal Melin et Michelle Sizorn

Quel regard SOS hépatites et les malades peuvent tirer de cet enseignement postuniversitaire destiné aux spécialistes ?

A l'écoute de ces recommandations, plusieurs choses doivent s'éclaircir car la maladie cirrhotique est une maladie nouvelle nécessitant une prise en charge spécifique. On ne rappellera jamais assez que toute personne cirrhotique doit bénéficier d'un dépistage des varices œsophagiennes et d'une évaluation précise de ses fonctions et que, au-delà de cela, une évaluation multidisciplinaire avant que les complications apparaissent est nécessaire. Il faut aussi faire :

- 1) un bilan cardiologique pour évaluer la fonction cardiaque ;
- 2) un bilan respiratoire ;
- 3) avoir l'avis d'un néphrologue sur l'état rénal ;
- 4) un bilan endocrinien.

Enfin, il faut être très vigilant sur les problèmes infectieux pour éviter toute complication.

Le malade doit être en première ligne pour éviter les problèmes infectieux en acceptant de se faire vacciner contre toutes les maladies potentiellement aggravantes de son état hépatique. Il doit également dépister tous problèmes d'infection et rencontrer son médecin traitant afin d'obtenir un traitement antibiotique le plus rapidement possible en cas de nécessité. **Être correctement informé pour réaliser un réseau primaire de spécialistes autour de sa propre prise en charge semble une évidence.** Nous aurions probablement intérêt à regarder où sont les centres de transplantation hépatique en France, à promouvoir le don d'organe mais également à faire le point sur les services de réanimation hépatologique et de visualiser, au niveau du territoire, l'accessibilité rapide à des techniques comme le TIPS ou les systèmes de foies bio-artificiels.

1700 CARACTERES

Rencontres

Un 19 mai au ministère

Le mercredi 19 mai, la Direction générale de la santé (DGS) avait organisé un colloque intitulé "Journée nationale de lutte contre les hépatites B et C. Avancées, attentes, perspectives" au Ministère de la santé et des sports. SOS hépatites y était invitée sous de nombreuses casquettes. Nous voulions vous présenter nos interventions au sein de cette journée qui était organisée avec l'appui du groupe restreint d'animation du comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, présidé par le Pr Daniel Dhumeaux et Michel Bonjour qui est aussi vice-président de SOS hépatites Fédération.

"Ré-imaginer le soin et le dépistage"

Eric Merlet, Directeur Général de SOS hépatites Fédération, était le modérateur de la table ronde intitulée "Du dépistage aux traitements : des améliorations majeures, des populations en attentes". Voici son analyse du contexte actuel de la lutte contre les hépatites virales et les messages qu'il voulait transmettre :

"Des avancées importantes sont annoncées. De nouvelles techniques de dépistage, de nouvelles techniques de diagnostic, de nouvelles molécules viennent bousculer les enjeux de la lutte contre les hépatites.

Aujourd'hui encore, la moitié des personnes atteintes d'hépatites chroniques l'ignorent. La connaissance trop tardive de l'affection amenuise les chances de guérison. Aussi bien l'économie des souffrances que l'économie financière de la maladie, d'une éventuelle transplantation, et/ou du cancer, tout cela plaide clairement pour une politique plus volontariste du dépistage. Mais comment faire ? Faut-il envisager le dépistage systématique ou plus ciblé ?

Aujourd'hui, des tests de sensibilité aux anticorps des hépatites virales à lecture rapide existent. Pouvons-nous imaginer une sorte de dépistage de première ligne, en vérité, un test de prévention, à la fois outil de sensibilisation et outil de mise en lien avec le suivi et le soin ? Pouvons-nous imaginer des tests de première ligne qui nous permettraient à la fois de sensibiliser et de savoir si un dépistage plus pointu est utile et proposé un suivi ?

Le dépistage des affections virales mérite d'être repensé. Il ne devrait pas être seulement le premier acte du soin mais le premier acte de prévention. Nous devons inventer le test de prévention qui permette de faire savoir à une personne qu'elle a été en contact avec une infection virale, et le distinguer du dépistage qui doit permettre de mesurer la multiplication virologique, et ensuite enclencher le suivi approprié, l'un en lien avec l'autre.

Le test de prévention doit être banale, facile et aller au devant des populations, en décryptant dans l'histoire de celui qu'on aborde les éventuelles causes d'une rencontre avec le virus. Il s'agirait d'un dispositif simple, proche des po-

pulations, complémentaire de l'action de diagnostic et de soin, complémentaire de l'action des médecins.

Car c'est l'ensemble du diagnostic qui gagne aujourd'hui en précision. Nous pourrions, par exemple, légitimement espérer le remboursement des techniques non-invasives de diagnostic de fibrose plus performantes que des techniques plus anciennes, invasives, plus coûteuses, et remboursées celles-là.

En regard du dépistage et des améliorations du diagnostic, les attentes sur les nouvelles molécules sont aussi énormes pour les malades, moins pour ceux qui vont pouvoir bénéficier des protocoles de phase III, patients "naïfs" ainsi que nous les appelons, que pour ceux qui aujourd'hui sont aux stades 3 et 4 de fibroses, et bien moins naïfs, ceux-là.

Les hépatites, en France tuent aujourd'hui 10 fois plus que le VIH ? Ne pouvons-nous que rêver d'ATU (Autorisations temporaires d'utilisation) dans des délais rapides sans en espérer une volonté politique et faut-il déjà se considérer comme sacrifiés sur l'autel de la crise économique qui nous frappe ? En outre, nous savons que les succès thérapeutiques peuvent être améliorés de 20 % avec des programmes d'éducation des patients et par leur accompagnement. Qui va donc bénéficier des nouveaux traitements ? Dans quels centres ? A quels effets ? Et comment ? Ce sont des questions qui touchent les malades."

8230 CARACTERES

"Faire entendre la voix des hépatants"

Véronique Déret, Chargée d'écoute sur la ligne téléphonique de SOS hépatites Fédération depuis 4 ans et présidente de l'association régionale Pays-de-la-Loire jusqu'en 2006, faisait partie des invités de la table ronde "Hépatites virales B et C : perception, image et vécu, comment se mobiliser face à une épidémie silencieuse ?". Elle nous livre son ressenti sur cette journée.

"Au début, j'étais un peu inquiète car je ne suis pas à l'aise lorsque je dois prendre la parole en public mais Michel qui a un peu plus l'habitude que moi m'a coaché, et puis la présence d'Eric et de Pascal dans les participants, ou Patrick dans la salle, m'a rassuré.

Ma volonté pour ce colloque était de faire entendre la voix de ceux et celles qui sont les premiers concernés mais qu'on n'entend jamais, ou trop rarement, parce qu'on ne va jamais les interroger ou qu'ils n'ont pas accès aux lieux dans lesquels se prennent les décisions, à savoir les personnes malades. J'ai donc évoqué avec un verbatim les questions les plus souvent abordées sur notre ligne d'écoute téléphonique, parlé de leur vécu et de l'impact du virus dans leur quotidien, de leurs interrogations, de leurs angoisses, de leur sentiment de colère ou d'injustice, du traitement et des effets secondaires par exemple.

Je pense que le message est passé parce que, d'une part, j'ai repris, fidèlement et avec le cœur, des aspects concrets des infections chroniques aux hépatites virales B ou C dont les appels me témoignent ou me confient chaque jour. D'autre part, plusieurs intervenants ont repris certains passages de mon intervention, ce qui me fait penser que cette dernière était donc bien adaptée et calibrée. C'est d'ailleurs ce qui manquait principalement - en plus de Madame la Ministre de la santé et des sports Mme Roselyne Bachelot-Narquin -, de mon propre point de vue, dans cette journée : l'humain. J'ai en fait retenu peu de choses des autres interventions car il y avait trop de chiffres et de statistiques et pas suffisamment d'analyses à partir d'actions de terrain.

Maintenant, j'espère simplement que les bonnes intentions entendues à cette journée seront bel et bien suivies d'effets..."

"Une maladie de l'absurde"

Pascal Melin, praticien hospitalier mais aussi fondateur et président de l'association SOS hépatites, participait également à cette même table ronde. En complémentarité de l'intervention de Véro, Pascal a tenu à faire part des revendications associatives de SOS hépatites pour le bien des malades, mais aussi pour la santé collective de nos sociétés.

Le fil conducteur du message de Pascal a été les absurdités paradoxales qui subsistaient dans les réponses apportées au problème de santé publique que représentent les infections aux virus des hépatites B et C, ainsi que dans la prise en charge des hépatants, tant sur le plan national qu'international. En effet, sans contester la qualité du système de soins en France, que ce soit pour le dépistage, l'accès aux soins ou le pouvoir donné aux associations représentant les usagers, le président de la fédération de SOS hépatites a aussi tenu à mettre en évidence les difficultés persistantes préjudiciables pour les patients tels que le non-remboursement des tests non-invasifs, le non-accès aux prêts ou aux assurances même lorsque le patient a guéri de son hépatite C, l'accès à un mi-temps thérapeutique qu'une seule fois au cours de la carrière professionnelle, la démocratisation insuffisante du Fibroscan® et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Bref, qu'il était par conséquent urgent de repenser et de reconceptualiser la notion de maladie en prenant exemple sur l'infection au virus de l'hépatite C, seule maladie chronique dont il est possible de guérir actuellement, car notre société a (trop) tendance à opposer les individus malades à ceux en bonne santé, et que cette approche binaire empêche de comprendre et de faire face aux problèmes dans toutes leurs complexités.

Les universités de printemps de SOS hépatites fédération : entre partage et entraide, actualisation des connaissances et nouveaux enjeux

Après Marseille en 2008 et Clermont-Ferrand en 2009, l'association régionale SOS hépatites Paris Ile-de-France (PIF) a organisé cette année les Universités de Printemps de la fédération, à Noisy-le-Grand, en banlieue parisienne.

Ensemble pendant 3 jours au début du mois d'avril, d'un côté pour assister à l'assemblée générale qui s'est tenue la première journée, et de l'autre, pour se former et actualiser leurs connaissances, les 25 participants de ces universités de printemps n'ont pas cherché les œufs de Pâques mais ont activement pris part aux réflexions durant les ateliers et les présentations.

La prévention était à l'honneur durant ce weekend. En effet, à l'approche du 19 mai, la fédération tenait à apporter des éléments d'information via des ateliers d'entraide et d'échange de pratiques, pour soutenir les associations régionales qui étaient ou voulaient s'engager dans des actions d'incitation et d'accompagnement au dépistage des hépatites B et C.

Dépistage et réduction des risques.

Du VIH/sida aux hépatites virales : comment innover dans la prévention aujourd'hui ?

Après une présentation des avancées des associations régionales sur cette action innovante, les participants se sont divisés en 2 groupes pour travailler sur les moyens facilitant la motivation pour se faire dépister et l'accompagnement des personnes dépistées. L'objectif de ces ateliers était de mettre en commun les connaissances et les expériences individuelles des participants. Ils ont permis d'identifier, d'un côté, les freins au dépistage tels que les représentations morbides de la maladie, le manque d'information ou la peur du regard des autres, et de l'autre, les pratiques à éviter, les attitudes rassurantes et les ressources mobilisables telles qu'une individualisation de l'accompagnement, l'apport d'informations claires, uniformes et progressives, une annonce dédramatisée ou une écoute active.

La thématique du dépistage a à nouveau été abordée sous l'angle des tests à lecture rapide. Depuis plusieurs années outre-Atlantique et depuis peu en France, des bénévoles associatifs non-médicaux peuvent proposer des tests de dépistage du VIH/sida. Aussi rapide et simple d'utilisation qu'un test de grossesse, ces tests permettent de donner un résultat 30 minutes après le prélèvement de quelques gouttes de sang et ne nécessitent pas obligatoirement les compétences d'un professionnel de santé. Ces

tests sérologiques existent également pour l'hépatite C mais ne sont utilisés qu'exclusivement dans les hôpitaux lorsqu'un soignant a eu un accident d'exposition au sang. Le débat s'est donc ouvert sur la faisabilité de ce type d'actions innovantes au sein de SOS hépatites. La nouveauté de ce sujet et les enjeux politiques forts n'ont pas permis de préconiser de directions claires à l'issue de ce débat.

La prévention encore, mais cette fois-ci sous l'angle de la réduction des risques (RdR) chez les usagers de drogues (voir également l'entretien avec André-Jean Rémy sur l'échanges de seringues en prison page 8 de ce numéro), a été abordée par l'équipe du CAARUD YOZ-SOS hépatites Champagne-Ardenne. Ici aussi, le parallèle avec le VIH/sida fut également nécessaire pour mettre en évidence les bénéfices des politiques de réduction depuis 20 ans dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, et les lacunes contre l'hépatite C. En effet, alors que les usagers de drogues représentaient au début de l'épidémie du sida, dans les années 1980 environ 50 à 70 % des usagers de drogues sont infectés par le VHC. L'impasse dans laquelle se trouvent nombre d'acteurs de prévention, incite ces derniers, d'un côté, à repenser et à refonder leur action indépendamment des outils et méthodes hérités de la lutte contre le VIH/sida.



Accompagnement des malades, développements régional et fédéral : quelles positions pour SOS hépatites et ses bénévoles ?

Œuvrer à maintenir la qualité de vie d'un malade est un travail de longue haleine. Cet investissement exige la maîtrise d'un champ très vaste de connaissances.

Pascal Melin, fondateur et président de SOS hépatites mais aussi médecin au centre hospitalier de St-Dizier, a par conséquent essayé de donner quelques notions et éléments clefs pour contourner certains obstacles. A partir de sa patientèle, il nous a montré que, parfois, une question pouvait en cacher une autre et qu'il était donc nécessaire de savoir décrypter les interrogations que posent et se posent les malades. Par exemple, derrière la question "Comment ai-je été contaminé ?", on peut aussi entendre en résonance "Suis-je contagieux ?" ou "Quand étais-je sain ?". Mais le décodage de la demande sous-jacente du patient ne doit pas non plus conduire l'accompagnant à faire l'économie de questionner le sens et la signification des mots utilisés par le soigné, bref sa propre subjectivité. Par exemple, y a-t-il une réponse uniforme à la question "Y a-t-il un traitement pour me guérir ?" ? Le professionnel ne doit-il pas plutôt amener le patient à répondre préalablement à la question "Qu'est-ce que pour vous la guérison ?" ? Poser des questions ouvertes ou reformuler les propos de son interlocuteur pour qu'il les précise, les valide ou les corrige, telles sont les outils élémentaires apportés aux personnes faisant de l'écoute active.

Le sens a également été questionné avec la présentation d'Eric Merlet, directeur général de SOS hépatites Fédération, qui a fait une présentation de ses réflexions sur les orientations stratégiques tant au niveau régional que national.

Quelle est la position et quelles sont les actions prioritaires de SOS hépatites ? Quels sont les moyens dont dispose l'association et quelles sont les ressources à mobiliser ? Face à ces questions, les participants ont alors défini SOS hépatites comme une association de défense des droits des malades favorisant, d'une part, l'accès aux soins et l'éducation thérapeutique du patient (ETP), par l'écoute, le soutien, l'entraide, l'information et la prévention, et d'autre part, la transformation sociale par le lobbying.

■ Johann Volant

Le fibroMètre

Les FibroMètres ont été les premiers scores sanguins de fibrose hépatique décrits en 1997. Actuellement, ce sont les tests de deuxième génération (2G) qui sont commercialisées. Bientôt nous disposerons de FibroMètres de troisième génération (3G).

Rappel sur les particularités.

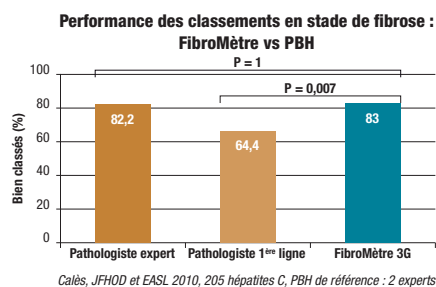
Les FibroMètres ont trois spécificités. En premier lieu, ce sont les seuls tests spécifiques de la cause de la maladie du foie. Ainsi, on dispose de FibroMètres spécifiques pour les hépatites virales, la stéatose métabolique (foie gras) et enfin les hépatopathies alcooliques. En second lieu, ce sont les seuls tests quantitatifs de fibrose hépatique ; en effet, une version des FibroMètres fournit le pourcentage de fibrose hépatique. En dernier lieu, l'utilisation en pratique courante des FibroMètres est sécurisée par l'emploi d'un système expert. Ce dernier détecte la plupart des causes d'erreur et propose des résultats corrigés.

Rappel sur les performances.

Les FibroMètres ont la meilleure performance diagnostique pour la fibrose significative dans les hépatites chroniques virales. Ainsi, dans les 14 études comparatives actuellement disponibles, le FibroMètre est classé premier 11 fois. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante pour une utilisation en pratique clinique. En effet, d'autres caractéristiques sont nécessaires : la reproductibilité, la robustesse ainsi qu'un diagnostic performant à l'échelle individuelle représenté par les valeurs prédictives. Les FibroMètres possèdent toutes ces caractéristiques.

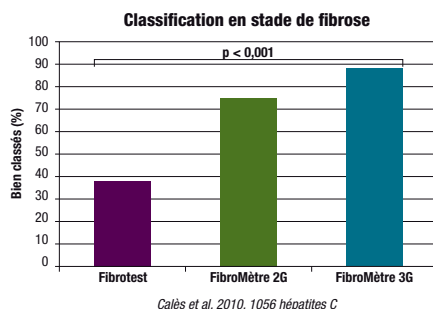
Nouveautés

Classement en stades de fibrose. Jusqu'à présent la performance diagnostique était exprimée par référence à la fibrose significative (stades de fibrose Metavir 2 + 3 + 4). Ce n'est que très récemment que la performance des tests a été évaluée pour le classement en stades de fibrose (stades de fibrose Metavir 0 à 4). Premier constat, le FibroMètre 3G fait jeu égal avec un pathologiste expert du groupe Metavir et significativement mieux qu'un anatomopathologiste local (Fig. 1).

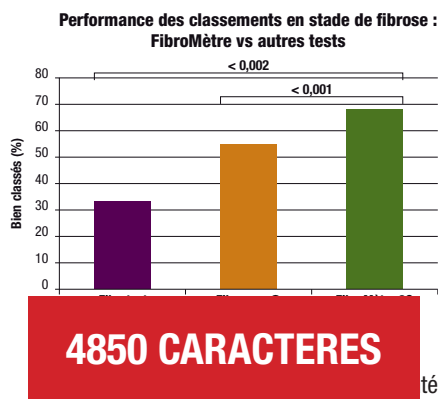


Deuxième constat, alors que le Fibrotest ne classe bien qu'environ un tiers des patients

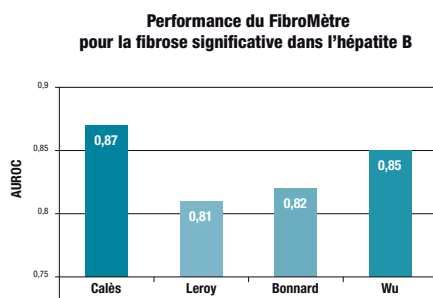
en stades de fibrose, le FibroMètre 3G atteint presque 90 % (Fig. 2).



Quant au Fibroscan®, il classe environ correctement 55 % des patients en stades de fibrose (Fig. 3).

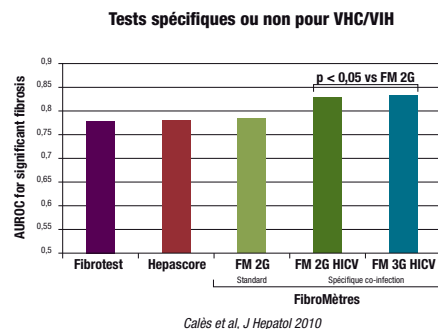


le FibroMètre (HAS) a recommandé en 2008 le FibroMètre dans la seule hépatite chronique C de l'adulte non traitée sans comorbidité. On dispose actuellement de quatre études comparatives du FibroMètre dans l'hépatite B (Fig. 4).



Dans toutes ces études, le FibroMètre est le test sanguin le plus performant.

Co-infection VIH. Nous avons publié récemment la plus grande étude de patients co-infectés VIH / VHC. Le FibroMètre était le test le plus performant. Cependant, il est possible d'améliorer la performance en construisant un FibroMètre spécifique aux co-infections VIH / VHC (Fig. 5) qui sera prochainement commercialisé.



Association avec le Fibroscan®. Le Fibroscan® est un bon examen pour le diagnostic de cirrhose. Le FibroMètre est un bon examen pour tous les stades de fibrose. Il était donc logique que l'association FibroMètre et Fibroscan® soit synergique. Les études menées confirment que cette association permet de bien classer environ 87 % des patients en stades de fibrose. Cette combinaison, à partir de laquelle a été construit un score, devrait là aussi faire l'objet d'une commercialisation dans les prochains mois.

Répétabilité. L'excellente sensibilité et reproductibilité du FibroMètre en font un test capable de suivre de façon précise à l'échelle individuelle l'évolution de la fibrose chez un patient atteint d'hépatite virale traitée ou non traitée. Chez un patient atteint de fibrose sévère, nous recommandons la répétition du test tous les ans. Dans les stades de fibrose modérée ou nulle, un FibroMètre tous les deux à trois ans est suffisant.

Informations pratiques.

Comme la composition en marqueurs sanguins des FibroMètres varie selon la cause et le type de FibroMètre (score ou pourcentage de fibrose), il est nécessaire de disposer d'une ordonnance pré-imprimée. Sinon, on s'expose à la réalisation par le biologiste d'un autre test sanguin donc à une perte de performance diagnostique. Les ordonnances sont disponibles en ligne sur le site www.biols.fr

Comme l'actualité sur les FibroMètres évolue sans cesse, une newsletter mensuelle est disponible sur le site www.biols.fr ; il est possible de s'abonner sur celui-ci pour la recevoir par courriel.

Le remboursement du FibroMètre, comme de l'ensemble des tests non invasifs de mesure de la fibrose hépatique, est actuellement en cours d'évaluation par les Autorités de Santé.

■ Pr Paul Calès

Service d'hépatogastro-entérologie, CHU, 49933 Angers Cedex 09
Laboratoire HIFIH, UPRES 3859, IFR 132, Faculté de Médecine, Université d'Angers 49045 Angers Cedex 01, France
paul.cales@univ-angers.fr

L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et d'infection au virus de l'hépatite C

La loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 avait mandaté l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) pour dédommager les victimes de contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C (VHC) du fait de l'administration de produits sanguins ou d'injections de produits dérivés du sang¹, et ainsi favoriser le règlement à l'amiable des litiges.

Depuis le 1^{er} juin 2010, l'ONIAM est devenu le seul l'organisme référent et compétent pour instruire toutes les demandes d'indemnisations, reprenant ainsi les obligations qui étaient faites ultérieurement à l'Etablissement français du sang (EFS). Cela signifie que désormais, au titre de la solidarité nationale, les indemnisations amiables ou contentieuses ne pourront plus être dirigées contre l'EFS.

Les demandeurs peuvent depuis le 20 août 2010 télécharger sur le site www.oniam.fr le formulaire de demande d'indemnisation ainsi qu'une fiche pratique pour aider les personnes à constituer le dossier. Ces documents sont également téléchargeables sur notre site www.soshepatites.org

Le formulaire demande des renseignements administratifs et une description des dommages et préjudices personnels, économiques (et patrimoniaux) imputables à l'infection au VHC - ici, il appartient au demandeur de faire la preuve de la contamination et de la transfusion. A la réception du dossier, l'ONIAM demande une enquête auprès de l'EFS sur les produits sanguins délivrés pour identifier si un donneur de sang contaminé par le VHC a pu être à l'origine de l'infection.

Il n'y a pas de prescription puisque les personnes peuvent constituer un dossier quelle que soit la date de contamination. Cependant, les personnes ayant déjà débuté une procédure d'indemnisation qui a donné lieu à une décision irrévocable, ne pourront saisir l'ONIAM que si l'état de santé de la personne infectée s'est aggravé. Les personnes qui ont déjà débuté une procédure d'indemnisation n'ayant pas de décision irrévocable, peuvent demander un « sursis à statuer » afin d'attendre la décision de l'ONIAM. Si la proposition de l'ONIAM ne leur convient pas, ils pourront saisir le tribunal administratif. L'ONIAM ne peut pas cumuler les indemnisations, l'ONIAM se penchera également sur les préjudices causés par une contamination au VIH/sida, préalablement indemnisés, pour les personnes coïnfectées VIH-VHC.

Dès que le dossier complet aura été enregistré, le demandeur sera averti par une lettre recommandée du début de son instruction et l'ONIAM disposera à partir de ce moment d'un délai de 6 mois pour se prononcer sur l'indemnisation. Les personnes pouvant constituer un dossier sont les victimes des accidents médicaux mais également leurs représentants légaux en cas d'incapacité de la victime, ou leurs ayants-droits en cas de décès de la personne infectée par le VHC.

Depuis le 12 Mai 2010, SOS hépatites est présent au Conseil d'orientation de l'ONIAM. Frédéric Chaffraix, Vice-président de SOS hépatites Fédération, défendra les intérêts des hépatants C. Actuellement, le groupe de travail élabore la politique indemnitaire de l'ONIAM et construit notamment les critères d'évaluation des préjudices.

La première génération de dépistage des hépatites apparaît en 1990. Deux années plus tard, les dons de sang bénéficient d'un test de dépistage plus performant, amélioré en 2001 avec la recherche du génome du virus, rendant depuis le risque de contamination par transfusion exceptionnel. Actuellement, ce mode de contamination représente 25 % des personnes connaissant leur infection chronique au VHC.

¹ - Sont exclues des demandes d'indemnisations, les personnes infectées par voie chirurgicale ou endoscopique (expositions nosocomiales), par acupuncture, par usage de drogue ou du fait d'un tatouage ou d'un piercing.

■ Johann Volant

facebook

Depuis la Journée Mondiale contre les Hépatites, SOS Hépatites Fédération a lancé un nouveau réseau social Facebook ! N'hésitez pas à venir visiter notre page et à la partager, vous y trouverez des informations complémentaires à notre site internet. Pour en savoir plus : www.soshepatites.org



Vent du Sud

Durant le premier trimestre de cette année 2010, deux nouvelles personnes ont intégré l'équipe salariale de SOS hépatites Fédération : Eric Merlet, directeur général, et Johann Volant, chargé de mission animation et coordination du réseau.

Johann et Eric viennent tous deux de Montpellier. Leur militantisme politique et associatif contre les infections chroniques transmises par le sang a conduit à leurs nouvelles fonctions. Ils ont rejoint SOS hépatites car ils avaient travaillé auparavant dans une association de lutte contre le VIH/sida. Il était donc logique aujourd'hui qu'ils nous rejoignent pour nous aider dans la construction de notre projet collectif de lutte contre l'épidémie du virus des hépatites.

Apportons-leur notre soutien pour cette grande et importante mission, et souhaitons-leur la bienvenue parmi nous.

■ Les membres du bureau de la fédération de SOS hépatites

23

B R È V E S

Bulletin d'abonnement et de soutien à SOS hépatites

Découpez ou recopiez lisiblement ce bulletin, remplissez-le et envoyez-le au tarif d'affranchissement en vigueur à :
SOS hépatites - 190, boulevard de Charonne - 75020 PARIS

- Adhésion annuelle : 17 €** (valable jusqu'au 31 décembre 2011). **Abonnement annuel au magazine : 20 €** (4 numéros).
 Adhésion + abonnement annuel : 30 € (valable jusqu'au 31 décembre 2011 avec 4 numéros).
 Don : € (66% du montant sont déductibles des impôts).

Je joins un chèque de € à l'ordre de SOS hépatites.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

Paris

07 au 10 oct. 2010

Rencontres Nationales

WHC

Renseignements

Mieux vivre avec une hépatite C

se rencontrer
construire ensemble
revendiquer



www.aides.org

sos hépatites
Fédération

www.soshepatites.org

N°Vert 0 800 004 372
appel gratuit depuis la France fixe