

## Edito



### Les virus ne bronzent pas !

On pourrait rêver d'un monde où les virus respecteraient la trêve estivale, la trêve des confiseurs les RTT et le repos dominical... Si c'est parfois le cas dans le VHB (portage inactif) ça n'est pas la réalité sauf dans les romans de Fantasy à la Terry Pratchett dont je recommande la lecture comme antidépresseur. Sachant que le virus n'est pas un touriste comme les autres, nous nous devons de ne pas fléchir dans la lutte que nous menons contre lui. Dans ce numéro, nous vous donnons donc des devoirs de vacances. L'article sur les traitements à la carte va sans doute paraître bien imbuvable à certains d'entre vous surtout si vous êtes sur la plage ou dans un coin radieux de montagne ou au calme dans votre quartier, vos voisins bruyants étant entassés sur les côtes du midi ou d'ailleurs. Comment parler simplement de choses parfois compliquées ? Il arrive toujours un stade dans la rédaction d'un article médical où l'on ne peut pas supprimer l'info pour faire simple mais plutôt

donner des clés. Je préfère tirer vers le haut que vers le bas. Alors je vous propose plusieurs méthodes pour digérer correctement l'article :

- ☺ s'aider d'un dictionnaire médical pour les mots techniques ;
- ☺ chercher sur Internet pour ceux qui en disposent (ou tanner ses enfants pour apprendre à le faire) ;
- ☺ téléphoner au numéro vert SOS hépatites 0 800 00 43 72 et vous aurez une explication de la phrase ou du mot qui bloque ;
- ☺ en parler avec votre médecin, votre infirmière etc. ;
- ☺ nous écrire pour demander des explications par mail à [veroecoutemoui@wanadoo.fr](mailto:veroecoutemoui@wanadoo.fr) ou par courrier.

Comme dans le dernier numéro, dans chaque bulletin il y aura un article sur le social. Ce mois-ci c'est sur la CMU et la CMU complémentaire, faites circuler l'info autour de vous, il est important de connaître et faire connaître ses droits.

Nous avons vécu deux catastrophes en ce début de mois : la disparition tragique d'Anne Degodet, présidente de SOS hépatites Bourgogne et le décès de Gisèle qui répondait depuis dix ans au téléphone chaque jour. Nous leur rendons hommage dans ce bulletin, mais, au-delà de ces quelques feuilles, c'est par la poursuite de notre action contre la maladie que nous les honorerons au mieux.

Michel Bonjour

## Sommaire

### Hépatati hépatata p. 2

- ▷ Transmission de l'hépatite C par l'anesthésiste espagnol : verdict
- ▷ Vous reprendrez bien un petit café avec moi ?
- ▷ Le programme HEP'TOX
- ▷ La ménopause pourrait accélérer la fibrose hépatique

### Dossier p. 5

- ▷ Les traitements à la carte : quelle est la durée optimale du traitement chez des personnes malades naïves ?

### Le club des F4 p. 10

- ▷ Recommandations de la Haute Autorité de la Santé

### A lire p. 12

- ▷ Virus punk à retardement

### Social p. 13

- ▷ La CMU de base

### La vie des associations p. 16

- ▷ Anne Degodet et Gisèle Lascoux
- ▷ Infos régions

## Dossier

### Traitements à la carte :

quelle est la durée optimale du traitement chez des personnes malades naïves ?



page 5

## Social



page 13

Directeur de la publication Pascal Melin  
Comité de rédaction Michel Bonjour, Pascal Melin, Thomas Laurenceau,  
Abonnements Elisabeth / Maquette et infographie Studio-B / Crédits photos images banques, SOS hépatites Impression Guillemin / Edité par Fédération SOS hépatites 43, rue du Docteur Mougeot 52100 Saint Dizier  
Tél. 0 800 00 43 72 - Fax 03 25 06 99 54  
[www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)  
[contact@soshepatites.org](mailto:contact@soshepatites.org)  
Dépôt légal à parution. Les textes publiés n'engagent que leurs seuls auteurs. Ce numéro a été réalisé avec le soutien de Roche et Schering-Plough en toute indépendance éditoriale. Tirage 4 500 exemplaires.

## Verdict de l'anesthésiste espagnol ayant transmis l'Hépatite C à 275 patients.

Un tribunal de Valence a condamné en mai à « 1.933 ans de prison » un anesthésiste reconnu coupable d'avoir transmis l'hépatite C à 275 patients, dont quatre ont succombé à leur maladie. Juan Maeso, 65 ans, ancien chef anesthésiste de la maternité La Fé de Valence, accomplira une peine maximale de 20 ans de prison, conformément à la législation espagnole pour ce type de délit. Au terme d'un procès entamé en septembre 2005, l'ancien médecin, qui était toxicomane et porteur de l'hépatite C, a été reconnu coupable d'avoir infecté 275 personnes dans quatre hôpitaux de la région de Valence entre 1988 et 1997. Quatre d'entre eux sont morts par la suite. Outre sa peine de prison ferme pour des délits de blessures et homicides par imprudence, il a été condamné à des indemnisations pour un montant de 1,6 millions d'euros. Juan Maeso contaminait ses victimes en leur injectant des produits anesthésiques avec des seringues qu'il avait lui-même utilisées pour s'injecter de la drogue. En 1997, confrontés à une explosion des cas d'hépatite C, les médecins de deux mutuelles avaient demandé une expertise des procédures de stérilisation dans la clinique privée où officiait Maeso. Le scandale avait éclaté un an plus tard, lorsqu'il s'était avéré que le virus dont est porteur le médecin anesthésiste était identique à ceux des personnes contaminées. En avril 1998, les pouvoirs publics avaient ouvert une procédure de sanction contre l'anesthésiste pour consommation d'opiacés et l'avaient suspendu de ses fonctions.

## Vous reprendrez bien un petit café avec moi ?

Larsson S et al. *Gastroenterology* 2007 ;132 :1740-1745. Dans des modèles animaux, la caféine a des effets inhibiteurs sur la carcinogenèse hépatique, possiblement en raison des fortes doses d'antioxydants comme, par exemple des acides chlorogéniques. Plusieurs travaux épidémiologiques ont montré un rôle protecteur de la consommation de café chez l'homme. Dans cette méta-analyse, les auteurs ont inclus 4 études de cohorte et 5 études cas-contrôles pour tenter de mieux documenter cette relation. Toutes ces études ont été publiées entre 2002 et

2007. Il en résulte qu'une consommation de café de plus de 2 tasses par jour réduit de 43% le risque de cancer primitif du foie (CPF). Comme la consommation de café a également été montrée comme pouvant protéger des maladies chroniques du foie et notamment de l'évolution vers la cirrhose, il était intéressant d'étudier l'effet protecteur du café chez les sujets sans et avec hépatopathie chronique. La réduction du risque relatif de CPF était de 31% dans le premier cas et de 44% dans le second. Par contre il est recommandé d'éviter le pousse-café...

## Le telaprevir (VX-950) est une antiprotéase très efficace contre le VHC

McHutchison J et al, *A786, Lin A12*. D'après une communication présentée à l'EASL (European Association for the Study of the Liver), 42e congrès annuel, Barcelone, Espagne ; 11-15 avril 2007.

Cet abstract a présenté les résultats intermédiaires à la semaine 4 (S4) et à S12 du telaprevir (VX 950), une antiprotéase spécifique du VHC qui est aujourd'hui en phase III de développement. La présente étude est une étude de phase II réalisée aux USA chez des patients naïfs non-cirrhotiques infectés par le génotype 1.

Les patients ont été randomisés en trois bras : telaprevir + Peg (a2a)-Riba 12 semaines puis Peg-Riba 36 semaines supplémentaires ; telaprevir + Peg-Riba 12 semaines puis Peg-Riba 12 semaines supplémentaires ; telaprevir + Peg-Riba 12 semaines en tout. Il y avait un bras contrôle Peg-Riba 48 semaines (N=75).

Les résultats des 3 premiers bras (175 malades) ont été mis ensemble pour l'analyse. Les résultats montrent un avantage net des bras telaprevir en termes de négativation de la PCR, à la fois à S12 (70% vs 39% pour le bras contrôle) et à S4 (79% vs 11%, respectivement). Un résultat très intéressant mais qui pour l'instant doit être considéré préliminaire : une bonne partie des répondeurs virologiques après seulement 12 semaines de traitement n'avaient pas rechuté après 20 semaines de suivi, ce qui laisse présager la possibilité de traitements courts avec cette molécule.

Il y avait par contre un échappement chez 7% des patients (n=12), surtout au cours du premier mois de traitement. La tolérance n'était pas parfaite puisque il y avait avec le telaprevir significativement plus de rash cutanés, de prurit, de nausées, de diarrhées et d'anémie ; 11% des patients ont dû arrêter le traitement pour effets secondaires (vs 2% dans le groupe contrôle).

Notons enfin qu'une étude in vitro a rapporté que l'efficacité du telaprevir est la même quelque soit le génotype du VHC.

## L'albupéron en association à la ribavirine a une efficacité équivalente au traitement standard de l'hépatite chronique C et serait peut-être mieux toléré

Zeuzem s et al A 779 et Bain A9.

D'après une communication présentée à l'EASL (European Association for the Study of the Liver), 42e congrès annuel, Barcelone, Espagne ; 11-15 avril 2007. Un abstract a montré l'efficacité anti-

virale de l'albupéron (interféron alfa 2b couplé à l'albume) en association à la ribavirine chez les patients infectés par le génotype 1. C'est une étude internationale de phase 2b dont les résultats ne sont pas disponibles 6 mois après l'arrêt mais seulement 3 mois après l'arrêt.

L'efficacité de l'albupéron + ribavirine était similaire à celle de l'interféron pegylé alfa 2b + ribavirine. Pour le bras 1200 micro g toutes les 2 semaines, la réponse en intention de traiter était de 56% vs 54% avec le traitement conventionnel. 1200

micro g toutes les 4 semaines faisait d'ailleurs aussi bien que 1200 micro g toutes les deux semaines.

L'efficacité est donc comparable et un autre travail (Bain) confirme qu'une administration toutes les 2 semaines est aussi efficace qu'une administration toutes les 4 semaines. La qualité de vie était meilleure dans le groupe albupéron-ribavirine que dans le groupe peg riba. A suivre. Détail important : tout comme pour l'interféron pegylé, l'insulinorésistance était un frein à la réponse virologique (Bain A9).

## Le programme HEP'TOX

**Un programme novateur soutenu par Schering Plough pour réduire l'inégalité d'accès au traitement subie par les usagers et anciens usagers de drogues atteints par l'hépatite C**

En 2007, la mobilisation s'impose pour améliorer la prise en charge thérapeutique en CSST des patients atteints par l'hépatite C

### Un préalable

Faciliter, par la proposition d'un parcours codifié, la rencontre de deux expertises : un hépatologue disposé à s'occuper de la population des usagers de drogues, la plus touchée par le VHC, et une équipe de CSST motivée pour prendre en charge l'hépatite C.

### Des moyens

- Un Comité de pilotage national, composé de personnalités expertes et impliquées
- Des « ambassadeurs » du projet
- Le guide du parcours HEP'TOX
- Un site internet dédié
- La mise à disposition de tests non invasifs de fibrose

- Les Rencontres Nationales HEP'TOX
  - Une réunion initiale réunira, en septembre 2007, 40 binômes hépatologue-CSST
  - Des réunions annuelles d'évaluation, de suivi, de partage des expériences
- Les Formations Régionales HEP'TOX
  - Formation des médecins des CSST à la prise en charge, notamment thérapeutique, de l'hépatite C

### Un engagement de Schering Plough sur le long terme

- Mise en relation initiale de l'hépatologue et du médecin du CSST
  - Soutien à la mise en place des différentes rencontres et formations
  - Organisation des rencontres annuelles
  - Organisation des formations des médecins
- SOS hépatites est partie prenante de ce projet au côté de l'ANGREHC (Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Etude de l'Hépatite C)
- Le programme HEP'TOX veut favoriser ce que nous, association de malades, demandons depuis longtemps : que les hépatologues se rapprochent des médecins prescripteurs de la substitution, qu'un lien se crée, que les différentes catégories d'intervenants

médicaux travaillent ensemble.

Jusqu'à présent, peu de choses ont été initiées pour favoriser ces échanges.

Il ne faut pas laisser les spécialistes de l'hépatite dans leur coin à l'hôpital, et les spécialistes de la substitution sur le terrain, auprès des toxicomanes.

**Traiter les usagers de drogues pour l'hépatite C, c'est possible !**

Selon une enquête menée par CSA en octobre 2006, moins de 10% des patients atteints par l'hépatite C et suivis en CSST sont traités. Pourtant, les conditions pourraient être réunies pour la prise en charge des usagers de drogues.

### Quels sont les souhaits des patients ?

- Être pris en charge par les médecins des CSST
- Avoir accès à des explorations non invasives pour l'évaluation de la fibrose (peur de la biopsie)

### Quels sont les souhaits des médecins de CSST ?

- Etablir une relation de qualité avec un hépatologue
- Pouvoir s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire

**Le Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes est le lieu idéal pour une prise en charge en réseau.**

Michel Bonjour

## La ménopause pourrait accélérer la fibrose hépatique et l'hormonothérapie substitutive la ralentir

Une étude française portant sur une large population de 251 femmes atteintes d'hépatite C chronique s'intéresse à la relation entre ménopause et fibrose hépatique. Dans cette cohorte, 24% des patientes avaient une fibrose marquée. Les facteurs associés à la présence d'une fibrose marquée étaient un BMI élevé 5 (Body Mass Index = indice de masse corporelle), une durée d'infection prolongée (plus de 15 ans), la présence d'une stéatose\*, la ménopause, et l'absence d'hormonothérapie substitutive de la ménopause.

La ménopause et la prise d'hormonothérapie étaient indépendamment associées à la fibrose sévère. Le risque relatif pour la ménopause était de 3.7 et celui de l'hormonothérapie substitutive de 0.35, dénotant un effet protecteur. La stéatose était plus fréquente chez les femmes ménopausées, ce qui est probablement dû à un âge plus avancé et au surpoids qui vient avec l'âge... Cette étude confirme des résultats plus anciens de Di Martino et al. (Hepatology 2004).

*Codes L et al. Gut 2007 ; 56 : 390-395*

### \*La stéatose hépatique

La stéatose hépatique est caractérisée par une accumulation de graisse dans les cellules du foie (hépatocytes) qui ne provoque pas l'apparition de symptôme spécifique. C'est une maladie chronique qui se produit en association avec toute une série d'autres pathologies, de toxines, de médicaments bien qu'en pratique clinique courante, la majorité des cas soit due à un excès d'alcool, à un diabète ou à une obésité. Beaucoup moins courante est l'apparition d'une stéatose aiguë au cours de la grossesse ou en réponse à l'administration de tétracyclines, d'acétaminophène ou d'autres médicaments ou toxines.

On a longtemps cru que la stéatose hépatique était une maladie bénigne réversible. Des études cliniques minutieuses ont montré que la stéatose hépatique, qu'elle soit ou non d'origine alcoolique, conduit à l'inflammation, à la mort cellulaire et à la fibrose (stéatohépatite) et éventuellement même à la cirrhose.



### Bulletin d'abonnement et de soutien à SOS hépatites

Découpez ou recopiez lisiblement ce bulletin, remplissez et envoyez-le au tarif d'affranchissement en vigueur à SOS hépatites 43, rue du Docteur Mougéot 52100 Saint Dizier.

#### Votre choix :

- Adhésion annuelle : 17 euros (valable jusqu'au 31 décembre 2007)  
 Abonnement annuel au magazine : 20 euros (4 numéros)  
 Adhésion + abonnement annuel : 30 euros (valable jusqu'au 31 décembre 2007 avec 4 numéros)

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

#### Vos coordonnées :

Nom  Prénom   
Adresse   
Code Postal  Ville   
Téléphone\*  E-mail\*

\* Facultatif

## L'hépatite C : quelle est la **durée optimale du traitement** chez des personnes malades naïves ?

Il est important d'expliquer au malade que, s'il n'y a pas de gravité évolutive particulière selon le génotype et/ou le niveau de multiplication virale, par contre, la durée de traitement nécessaire pour obtenir une réponse virologique prolongée est différente selon la souche et, pour le génotype 1,

selon le niveau de multiplication virale. Il faut l'informer qu'il sera possible de savoir dès la fin du 3<sup>e</sup> mois de traitement et même à 1 mois, si le traitement a des chances de réussite maximales ou si au contraire, il vaudra mieux l'interrompre, ces chances étant alors très faibles.

**L**e traitement actuel des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C (VHC) est fondé sur l'association interféron pégylé ( $\alpha$ 2a : Pegasys® ou  $\alpha$ 2b Viraféronpeg®) et ribavirine Rebetol® ou Copegus® : IFN-peg/riba. Dans le dessein d'améliorer les résultats obtenus avec l'interféron standard associé à la ribavirine, les posologies utilisées dans les études randomisées internationales de référence avaient été choisies de façon aussi optimale que possible : IFN  $\alpha$ 2a à 180  $\mu$ g/semaine (Fried et al.) ou IFN Pégylé  $\alpha$ 2b à 1,5  $\mu$ g/kg/s (Marins et al. avec une posologie de ribavirine fixe à 800 mg/jour ou de 1000-1200 mg/j selon le poids) [1, 2]. Avec ces posologies, les réponses virologiques prolongées (RVP) obtenues étaient de 46 à 54% pour le génotype 1 et de 76 à 82% pour les génotypes 2 et 3, la durée du traitement étant de 48 semaines.

L'association IFN-Peg/riba ayant confirmé sa supériorité sur l'association IFN standard riba, les études ultérieures ont eu pour but d'optimiser les résultats thérapeutiques obtenus avec ces deux molécules :

- obtention de RVP semblables avec une posologie moindre de riba et/ou avec une durée de traitement plus courte. Une étude randomisée (Hadziyannis et al.) a montré que pour les génotypes 2 et 3, un traitement de 24 semaines par IFN peg  $\alpha$ 2a à 180  $\mu$ g/S et une posologie fixe de ribavirine de 800 mg/j étaient équivalents à un traitement de 48 semaines par IFN peg  $\alpha$ 2a 180  $\mu$ g/s et une posologie de 1000-1200 mg/j de ribavirine selon le poids. Toujours pour les génotypes 2 et 3, Zeuzem et al. ont obtenu des résultats semblables pour l'association IFN peg  $\alpha$ 2b à 1,5  $\mu$ g/kg/s et ribavirine à une posologie de 800 à 1400 mg/j en fonction du poids, dans une étude ouverte avec comparaison à un groupe historique [4], Hadziyannis a aussi étudié les malades avec génotype 1 : une diminution de la durée de traitement de 48 semaines à 24 semaines ou une diminution de la posologie de ribavirine diminuait le pourcentage de RVP [3]

- amélioration de l'observance par une meilleure prise en charge des effets indésirables diminuant l'atteinte de la qualité de vie [5]

- association à d'autres molécules en étude, sans résultats significatifs actuellement démontrés,

En 2006, les modalités du traitement de l'hépatite à VHC sont différentes selon les génotypes

- pour les génotypes 2 et 3 : 24 semaines de traitement; IFN peg  $\alpha$ 2a à 180  $\mu$ g/s ou interféron pégylé  $\alpha$ 2b à 1,5  $\mu$ g/kg/s; ribavirine à 800mg/j

- pour le génotype 1 : 48 semaines de traitement; interféron Pégylé  $\alpha$ 2a à 180  $\mu$ g/S ou interféron Pégylé 2b à 1,5  $\mu$ g/kg/s; ribavirine 800 à 1200 mg/j selon le poids;

- pour les autres génotypes, dont le génotype 4, en l'absence de données suffisantes, un traitement analogue à celui proposé pour le génotype 1 est conseillé.

Les analyses des données des grandes études internationales ont mis en évidence l'intérêt prédictif de l'analyse virologique à la semaine 12 (S 12) : si à S12, la quantification de l'ARN du VHC circulant n'est pas inférieure de plus de 2 log, soit plus de 100 fois, sa valeur d'avant traitement, les chances d'obtenir une RVP sont très faibles, variant de 0 à 3% selon les études [6].

Plusieurs questions se posent pour améliorer les résultats chez les malades naïfs de tout traitement. Nous verrons la problématique des non-répondeurs dans un autre article.

**Pour les génotypes 2 et 3, est-il possible d'obtenir un pourcentage équivalent de RVP, de l'ordre de 80%, avec une durée de traitement inférieure à 24 semaines ?**

**Pour les génotypes 1, une charge virale faible permet-elle un traitement plus court ?**

**Pour les génotypes 1, comment améliorer le pourcentage de RVP, une RVP n'étant obtenue que chez environ un malade sur deux ?**



# Les traitements à la carte

## Genotypes 2 et 3

Les études actuellement disponibles permettent de considérer que l'hépatite à VHC à génotype 2 ou 3 est souvent curable : plus de 90 % des malades ont une réponse virologique pendant le traitement, même s'il existe après l'arrêt, un risque de rechute. Il y a moins de 2 % de sujets non répondeurs [7]. Le problème est d'optimiser le traitement en le prescrivant le plus court possible sans augmenter le risque de rechutes et avec le moins d'effets indésirables possibles.

Zeuzem, dans l'étude ouverte de 24 semaines par IFN  $\alpha 2b$ / ribavirine, a mis en évidence une RVP inférieure chez les génotypes 3. En cas de charge virale supérieure à 600 000 UI/ml avant le début du traitement, le pourcentage de rechute était plus élevé, de 23 %. La même étude a mis en évidence que l'obtention d'une réponse virologique précoce à la 4<sup>e</sup> semaine était prédictive d'une RVP plus élevée 94 % pour les géno 2 et 85 % pour les géno 3 [4].

Une analyse d'Alberti (8) des études d'Hadziyannis et de Zeuzem [3, 4] a conduit à proposer de séparer les résultats concernant les géno 2 et les géno 3 mais également à conseiller une dose de ribavirine de 800 mg fixe, en association avec l' IFN  $\alpha 2a$  pour traiter les génotypes 2 et 3. Si l' IFN  $\alpha 2b$  à 1,5  $\mu\text{g}/\text{kg}$  est utilisé, la ribavirine devrait être adaptée au poids avec une posologie de 800 à 1400 mg/j. Alberti concluait qu'un traitement plus court que les 24 semaines en cas de réponse virologique très précoce, en particulier chez les génotypes 2 pourrait permettre d'obtenir un pourcentage de RVP équivalent à celui obtenu après 24 semaines.

Un traitement prolongé au-delà de 24 semaines chez les génotypes 3 ayant une charge virale pré thérapeutique élevée pourrait diminuer le risque de rechute. Une ré analyse des résultats obtenus avec l' IFN  $\alpha 2a$  + ribavirine faite par Rizzetto [9] pour les génotypes 2 et 3 n'a pas retrouvé de différence évidente concernant le pourcentage de RVP en fonction d'une charge virale élevée ou faible.

Concernant la possibilité de diminuer la durée du traitement en dessous de 24 semaines chez les sujets ayant négativé l'ARN du virus C à la 4<sup>e</sup> semaine, plusieurs études ont été effectuées utilisant l' IFN  $\alpha 2b$  + ribavirine [11, 12] ou l' IFN  $\alpha 2a$  et ribavirine [13]. La question est de savoir si un traitement de moins de 24 semaines majore ou non le risque de rechute, l'existence d'une réponse virologique étant le plus souvent acquise, sous réserve de la sensibilité de la technique virologique utilisée,

L'étude de Mangia [11] a utilisé l' IFN  $\alpha 2b$  à 1  $\mu\text{g}/\text{kg}$  associé à la ribavirine 1000 à 1200 mg/j. Une randomisation a été faite au début du traitement entre 24 semaines de traitement ou un traite-

ment de durée variable selon la négativation ou non de l'ARN à S4. Il n'y a pas eu de randomisation chez les malades du groupe avec traitement de durée variable. En cas d'ARN négatif à S4, un traitement de 12 semaines était prescrit, contre 24 semaines si l'ARN restait positif à S4. Tous les malades du groupe de durée thérapeutique variable ayant un ARN négatif à S4 (technique Amplicor RocheDiagnostics) soit 133 malades sur 213, n'ont été traités que 12 semaines. En analyse multivariée, le seul facteur prédictif d'ARN négatif à S4 était un ARN moins de 800.000 UI/ml, le génotype, la stéatose ou la fibrose (Metavir moins de F3) ne sortant pas.

Chez les malades ARN négatif à S4 et traités 12 semaines, une réponse virologique en fin de traitement était observée dans 95 % avec une RVP de 85 % soit 10 % de rechute. En cas de rechute, un retraitement de 12 semaines a été proposé, accepté 10 fois sur 13 avec 9 RVP. Dans le groupe traité 24 semaines, les malades ayant un ARN négatif à S4 (45 sur 70) avaient une réponse virologique en fin de traitement dans 93 % et une RVP de 91 % soit 2 % de rechute, la différence par rapport au groupe traité 12 semaines n'étant pas significative. Les génotypes 2 traités 12 semaines avaient une réponse virologique en fin de traitement dans 96 % et une RVP de 87 %. Les génotypes 3 traités 12 semaines avaient une réponse virologique en fin de traitement dans 90 % et une RVP de 77 %. Les malades du groupe randomisé, génotypes 2 et 3 confondus, n'ayant pas négativé leur ARN du virus C à la 4<sup>e</sup> semaine avaient une réponse en fin de traitement (24 s de tt) dans 68 % des cas et une RVP dans 64 % des cas, soit 4 % de rechute. Les génotypes 2 du groupe randomisé sans négativation de l'ARN du virus C à la 4<sup>e</sup> semaine avaient une réponse en fin de traitement (24 s de tt) dans 73 % des cas et une RVP dans 72 % des cas. Pour les génotypes 3 du groupe randomisé sans négativation de l'ARN du virus C à la 4<sup>e</sup> semaine, une réponse en fin de traitement (24 s de tt) était obtenue dans 41 % des cas avec 41 % de RVP.

L'étude de Dalgard [12] a utilisé l' IFN  $\alpha 2b$  à 1,5  $\mu\text{g}/\text{kg}$  et la ribavirine à une posologie de 800 à 1400 mg par jour. Une négativité de l'ARN à la 4<sup>e</sup> semaine (technique Roche Amplicor, 50 UI/ml) a été observée chez 95 malades sur 122 soit 78 %. La majorité (77 %) avait peu ou pas de fibrose. En cas d'ARN négatif à S4, le traitement a été poursuivi jusqu'à un total de 14 semaines. Il n'y a pas eu de randomisation chez les ARN négatifs à S4. Chez les malades avec un ARN négatif à S4, une RVP a été obtenue dans 90 % des cas (85/95) soit 10 % de rechutes. Les rechutes après 14 semaines de traitement étaient significativement plus fréquentes en cas de fibrose sévère ou de cirrhose (29 % vs 5 %). Chez les génotypes 3 avec ARN négatif à S4, la RVP était plus fréquente en cas de charge virale pré thérapeutique basse (< 600.000 UI/ml) qu'élevée (> 600.000 UI/ml) : 98 % vs 79 %. Chez les personnes gardant un ARN positif à la 4<sup>e</sup> semaine (génotype 3 dans

25 cas sur 27), le traitement a été poursuivi pendant 24 semaines avec 56% de RVP. Les facteurs prédictifs de réponse en analyse multivariée étaient l'âge, l'absence de fibrose F3-F4, l'observance thérapeutique (posologie + de 80% pour l'IFN peg et la ribavirine et temps de traitement de plus de 80%), une charge virale pré traitement inférieure à 600.000 UI/mL, et un ARN négatif à S4. Le seul facteur prédictif de négativation de l'ARN à S4 était l'absence de fibrose sévère ou de cirrhose, l'étude de Dalgard est en faveur d'une efficacité analogue d'un traitement de 14 semaines par rapport à 24 semaines chez les génotypes 2 ou 3.

Dans l'étude de Von Wagner [13], le traitement a comporté de l'IFN  $\alpha 2a$  à 180  $\mu g$  et la ribavirine 800 à 1200 mg par jour. Une randomisation a été effectuée chez tous les malades ARN négatif à la 4<sup>e</sup> semaine (Amplicor Monitor Roche 600 UI/ml), soit 93% des cas (142/153). La randomisation a été faite entre un traitement de 16 ou de 24 semaines. La réponse en fin de traitement pour le traitement court était de 94% versus 85% dans le traitement de 24 semaines et les résultats pour la RVP étaient respectivement de 82% pour le traitement court et de 80% pour le traitement de 24 semaines. Le pourcentage de rechute dans les deux bras, de 12% (traitement 16 semaines) et 5% (traitement 24 semaines), n'était pas significativement différent, la RVP était significativement plus fréquente en cas de génotype 2 par rapport au génotype 3 : 92% vs 73%. Chez les génotypes 3, une RVP était plus souvent observée en cas de charge virale pré thérapeutique faible : 85% (ARN < 800.000 UI/mL) vs. 59% (ARN > 800.000 UI/mL). En cas de génotype 3 avec charge virale pré thérapeutique > 800.000 UI/ml, bien que non significatifs, les résultats d'un traitement de 16 semaines paraissaient inférieurs à ceux obtenus après 24 semaines : 55% de RVP vs 67%. Lorsque l'ARN du virus C était positif à la 4<sup>e</sup> semaine (génotype 3 dans 10 cas sur 11), une réponse virologique de fin de traitement était obtenue dans 73% et une RVP dans 36% des cas soit 50% de rechutes. Ceci pose la question de l'intérêt d'un traitement prolongé après 24 semaines en l'absence de négativation de l'ARN à la semaine 4. A remarquer, une fréquence moindre d'effets indésirables en cas de traitement de 16 semaines.

### Il paraît maintenant raisonnable d'analyser les résultats des études en séparant les données obtenues pour les génotypes 2 et les génotypes 3.

- Chez les génotypes 2, quand il existe une négativation de l'ARN à la 4<sup>e</sup> semaine, un traitement de durée inférieure à 24 semaines peut être envisagé et les études actuelles permettent de proposer 16 semaines sans majoration du risque de rechutes.
- Chez les génotypes 3, charge virale pré thérapeutique inférieure à 800 000 UI/mL et à fibrose inférieure à F3 F4, un traitement de

16 semaines peut être prescrit.

- Chez les sujets de génotype 3, à charge virale pré thérapeutique supérieure à 300 000 UI/mL et/ou à fibrose F3 F4, un traitement de 24 semaines voire davantage est à proposer; en cas de positivité de l'ARN à la 4<sup>e</sup> semaine, un traitement prolongé au-delà de 24 semaines est à envisager, la durée tenant aussi compte de l'ARN à S 24. de la qualité de l'observance, et de la sévérité de la fibrose.

Des études sont en cours pour savoir si une posologie fixe de ribavirine a 800 mg/j ou d'IFN  $\alpha 2b$  à 1  $\mu g/kg$  est suffisante en cas de traitement de 16 semaines ou moins, ou pour confirmer l'attitude à avoir chez les génotypes 3 à forte charge virale [14].

Même si l'étude de Von Wagner a utilisé un test virologique avec un seuil de détection de faible sensibilité, il est important d'utiliser des tests avec un seuil très bas, évitant ainsi de parler de façon erronée de rechutes. En effet, la réponse virologique considérée comme obtenue peut ne pas l'être si le seuil de détection est plus bas : dans une série de 292 malades avec ARN considéré comme négatif en fin de traitement (Cobas Amplicor Roche seuil 50-100 UI/ml), 26 (12,5%) étaient en fait positifs par la technique TMA avec un seuil à 5-10 UI/mL. Dans le suivi, 22 des 26 malades, soit 96%, se sont révélés être des rechuteurs [15]. Il paraît très important de choisir des techniques avec seuil très bas si l'analyse virologique à S4 est utilisée pour décider de la durée.

**Ces données récentes concernant les résultats thérapeutiques obtenus chez les personnes malades contaminées par les génotypes 2 ou les génotypes 3 soulignent l'importance de l'observance thérapeutique pendant les 12 premières semaines de traitement et plus encore pendant les 4 premières. Elles rendent d'autant plus important le travail préparatoire à faire avant d'initier le traitement tant vis-à-vis de la personne malade que de sa famille pour permettre le meilleur contrôle possible des effets indésirables, favoriser une observance optimale et l'obtention d'une réponse virologique précoce, gage de réponse virologique prolongée [5].**

### Genotype 1

L'intérêt prédictif de l'analyse virologique précoce est aussi argumenté pour les malades de génotype 1. Dans l'étude de Ferenci [6], les génotypes 1 ayant une négativation de l'ARN du VHC à S4, traitées 48 semaines par peg interféron alfa-2a 180  $\mu g/s$  et ribavirine 1000-1 200 mg/j, avaient 89% de RVP. En cas d'ARN positif à S4 (seuil de 600 [UI/ml]), les chances de RVP des génotypes 1 étaient de 42%. Ces données prédictives ont conduit à rechercher si une durée thérapeutique plus courte ou une posologie moindre, étaient possibles en cas de négativation



## Les traitements à la carte

de l'ARN du VHC à S4 et dans le cas contraire, si une durée prolongée au-delà de 48 semaines était à envisager.

Une étude de Zeuzem et al. [16] a porté sur 235 malades génotype 1 ayant une faible charge virale de départ (< 600 000 UI/ml) pour évaluer les résultats d'un traitement de 24 semaines par IFN peg  $\alpha$ 2b 1,5  $\mu$ g/kg/s et ribavirine 800-1400 mg/j selon le poids. La réponse en fin de traitement était de 80% et la RVP a été de 50%. Parmi ces malades, 97 (41%) avaient des taux d'ARN du VHC indétectables à S 4 et S 24. La limite inférieure de détection de l'ARN était de 29 UI/ml. Dans ce sous-groupe, la RVP était de 92% (89/97). La commission européenne venant de modifier l'autorisation de mise sur le marché a donné un avis positif sur le traitement de 24 semaines par peg interféron alpha 2b 1,5  $\mu$ g/kg/s et ribavirine 800-1400 mg/j selon le poids pour les génotypes 1 avec faible charge virale de départ (< 600 000 UI/ml). Jensen et al. [17] ont récemment présenté une étude rétrospective chez 216 malades géno 1 traités 24 semaines par peg IFN peg  $\alpha$ 2a 180  $\mu$ g/s et ribavirine 800 mg/j ou 1000-1200mg/j selon le poids une réponse virologique rapide avec ARN négatif à S4 était prédictive d'une RVP dans 89% des cas la RVP n'était pas moindre en cas de posologie de ribavirine à 800 mg/j. Une étude effectuée par Gitlin et al. [18] chez 144 malades génotype 1 avec transaminases normales et un traitement par IFN peg  $\alpha$ 2a 180  $\mu$ g/s et ribavirine 1000- 1200 mg/j selon le poids, a donné des résultats similaires RVP de 93% en cas d'ARN négatif à S 4.

Les données virologiques obtenues à S 4 ont aussi montré la fréquence des rechutes après 48 semaines de traitement chez les malades génotype 1 et absence de négativation de l'ARN à S 4 [6, 16], les pourcentages globaux variant de 30% à 34%. L'intérêt de poursuivre dans ce cas le traitement au-delà de 48 semaines pendant 72 semaines pour diminuer la fréquence des rechutes a été testé dans deux études randomisées publiées sous forme de résumés [19, 20]. Elles ont montré une tolérance semblable du traitement de 72 semaines par rapport à 48 semaines. Dans l'étude de Berg [19], la randomisation a été effectuée dès le début du traitement. L'analyse à posteriori a montré une meilleure RVP avec 72 semaines de traitement en cas de charge virale pré thérapeutique élevée. Dans l'étude de Sanchez-Tapias [20], la randomisation était effectuée chez les malades ARN positif à S 4 ; du fait d'un pourcentage de rechutes plus faible, les malades génotype 1 avaient une RVP plus fréquente avec un traitement de 72 semaines : 44% versus 28% pour 48 semaines.

**En résumé, les outils du suivi thérapeutique évoluent :** après avoir utilisé l'ARN qualitatif à S24 (non réponse virologique

en cas de positivité) puis l'ARN quantitatif à S12 (non réponse quasi constante en cas de chute de la charge virale de moins de 100 fois la valeur pré thérapeutique), il est maintenant possible d'associer l'ARN qualitatif à S 4 (en utilisant une technique avec seuil de détection très bas) :

- avant traitement, il est utile de mesurer la charge virale pour le génotype 1 et aussi le génotype 3. La détermination de la charge virale n'a pas actuellement de conséquences pratiques sur le traitement pour le génotype 2 ni pour les génotypes 4, 5 et 6. Les génotypes 4, 5 et 6 sont à traiter 48 semaines par peg interféron et ribavirine 800-1400 mg/j selon le poids, en l'absence de données supplémentaires. Les posologies de ribavirine fixes à 800 mg n'ayant pas encore été validées pour les traitements courts des génotypes 2 et 3, il est raisonnable de débiter le traitement par interféron pégylé alpha 2a à 180  $\mu$ g/s ou interféron pégylé alpha 2b à 1,5  $\mu$ g/kg avec la ribavirine à 800 à 1200 mg/j selon le poids.

- En cas de génotype 2, un ARN qualitatif négatif à S 4 conduit à proposer un traitement de 16 semaines, dans le cas contraire de 24 semaines (la poursuite du traitement pouvant se faire avec une posologie de ribavirine à 800 mg/j).

- **En cas de Génotype 3**, l'importance de la fibrose et l'existence d'un ARN pré-thérapeutique supérieur ou inférieur à 800000 UI/ml influent sur les choix thérapeutiques ;

- si l'ARN qualitatif est négatif à S 4, 16 semaines de traitement sont suffisantes en l'absence de fibrose F3 F4 et/ou d'un ARN > 800 000 UI/mL ;

- Dans le cas contraire, 24 semaines de traitement sont nécessaires et peut-être davantage (études complémentaires en cours).

- **En cas de Génotype 1** avec ARN pré thérapeutique < 800 000 UI/ml
- si la recherche de l'ARN qualitatif est négative à S 4, 24 semaines de traitement sont suffisantes ;

- si la recherche de l'ARN qualitatif est positive à S 4, la réponse virologique à S 12 guide la suite du traitement ;

- si la chute de la virémie est de plus de 100 fois la valeur initiale, le traitement est à poursuivre au moins 48 semaines (études complémentaires en cours) ;

- si la chute de la virémie est de moins de 100 fois la valeur initiale, l'obtention d'une RVP est pratiquement exclue (éventuellement à confirmer par une positivité de l'ARN à S 24) et se pose la question de l'arrêt du traitement ou d'un traitement à visée suspensive ;

- **En cas de Génotype 1** avec ARN pré thérapeutique > 800 000 UI/ml

- si la recherche de l'ARN qualitatif est négative à S 4, 48 semaines de traitement sont suffisantes

- si la recherche de l'ARN qualitatif est positive à S 4, la réponse virologique à S 12 guide la suite du traitement :



→ si la chute de la virémie est de plus de 100 fois la valeur initiale, le traitement est à poursuivre au moins 48 semaines, les arguments en faveur de 72 plutôt que 48 semaines étant importants (études complémentaires en cours) ;

→ si la chute de la virémie est de moins de 100 fois la valeur initiale, l'obtention d'une RVP est pratiquement exclue (éventuellement confirmer par une positivité de l'ARN à S 24) et se pose la question de l'arrêt du traitement ou d'un traitement à visée suspensive.

● **En cas de Génotype 4, 5 et 6**, traitement de 48 semaines dans l'attente de données supplémentaires. ■

ARN Qualitatif :	présence ou non du virus
ARN quantitatif :	nombre de virus dans le sang
ARN pré thérapeutique :	mesure de la charge avant traitement
Baisse de 2 log :	charge virale divisée par 100

RVP :	réponse virologique prolongée.
Réponse virologique :	le traitement diminue la charge virale voire fait disparaître le virus.
Essais randomisés :	essais cliniques qui impliquent au moins un traitement d'essai et un traitement de contrôle, un recrutement simultané et un suivi des groupes testés et de contrôle, et le choix des traitements à administrer est fait par un processus aléatoire, tel que l'utilisation d'une table de numéros au hasard.

## RÉFÉRENCES

- Manns MP, McHutchison JG, Cordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, Goodman ZD, Koury K, Ling M, Albrecht JK. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001 ;358: 958-6.
- Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Marinos G, Goncalves FL Jr, Haussinger D, Diago M, Carosi G, Dhumeaux D, Craxi A, Lin A, Hoffman J, Yu J. Peginterferon alfa 2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002; 347 : 975-82.
- Hadziyannis SJ, Sette H Jr, Morgan TR, Balan V, Diago M, Marcellin P et al. Peginterferon alpha 2a (40 KD) and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: randomized study of the effect of duration and ribavirin dose. *Ann Intern Med* 2004; 40: 346-55.

- Zeuzem S, Hultcrantz R, Bourlière M, Goeser T, Marcellin P, Sanchez-Tapias J et al. Peginterferon alpha-2b plus ribavirin for treatment of chronic hepatitis C in previously untreated patients infected with HCV genotypes 2 or 3. *J Hepatol* 2004; 40: 993-9.
- Couzigou P. Qualité de vie des Personnes malades atteintes d'hépatite chronique C, effet des traitements, Conférence de Consensus Hépatite C. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; 26 : B257-263.
- Ferenci P, Fried MW, Shiffman ML, Smith CI, Marinos G, Goncalves FL Jr, Haussinger D, Diago M, Carosi G, Dhumeaux D, Craxi A, Chaneac M, Reddy KR. Predicting sustained virological responses in chronic hepatitis C patients treated with Peginterferon alfa-2a (40 KD) ribavirin. *J Hepatol* 2005; 43: 425-33.
- Shiffman ML, Goncalves FL, Bronowicki JP, Fried MW, Wright T, Hadziyannis S et al. hepatitis C virus (HCV) genotypes 2/3 infection : a curable disease. *J Hepatol* 2003; 38 [suppl.2] : 171.
- Alberti A. Optimizing PEG-interferon and ribavirin combination therapy for patients infected with HCV-2 or HCV-3: is the puzzle completed ? *J Hepatol* 2004: 40: 1032-35.
- Rizzetto M. Treatment of hepatitis C virus genotype 2 and 3 with pegylated interferon plus ribavirin. *J Hepatol* 2005; 42: 275-6.
- Mangia A, Minerva N, Ricci GL, Romano M, Carretta V, Persico M et al., Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs, 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. *N Engl J Med* 2005; 352. : 2609-17.
- Dalgard O, Bjoro K, Hellum K, Myrvang B, Ritland S, Skaug K et al, Short (14 weeks) treatment with pegylated interferon alpha-2b and ribavirin in patients with hepatitis C genotype 2/3 virus infection and early virological response. *Hepatology* 2004; 40: 1260-5.
- Wagner M, Huber M, Berg T, Hinrichsen K, Rasenack J, Heintges H et al. Peginterferon alfa-2a (40 KD) and ribavirin for 16 or 24 weeks in patients with genotype 2 or 3 chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 2005; 29: 522-7.
- Zekry A, Patel K, Muir A, Mc Hutchison JO. Tinkering and tailoring with HCV therapy : can we get away with less ? *Hepatology* 2004; 40: 1249-51,
- Gerotto M, Dal Pero F, Bortoletto G, Ferrari A, Pistis R, Sebastiani C, Fagioli S, Realdon S, Alberti A. Hepatitis C minimal residual viremia (MRV) detected by TMA at the end of Peg-IFN plus ribavirin therapy predict post treatment relapse. *J Hepatol* 2006; 44 : 83-87.
- Zeuzem S, Buti M, Ferenci P, Sperl J, Horsmans Y, Cianciara J, Ibranyi E, Weiland O, Novello S, Brass C, Albrecht J. Efficacy of 24 weeks treatment with peginterferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C infected with genotype 1 and low pretreatment viremia. *J Hepatol*. 2006; 44 : 97-103.
- Jensen D, Morgan TR, Marcellin P, Pockros PJ, Reddy KR, Hadziyannis SJ, Ferenci P, Willems B . Rapid virological response at week 4 of peginterferon alfa-2a (40 KD) (Pegasys) plus ribavirin (Copegus) treatment predicts sustained virological response after 24 weeks in genotype 1 Patients. *Hepatology* 2005; 42 : 650 A.
- Gitlin N, Manns M, Sherman K, Berg T, Pockros P, Hezode C, Roberts S, Zeuzem S, Virological response at week 4 of treatment with, peginterferon alfa-2a (40KD) (Pegasys) plus ribavirin (Copegus) portends a sustained virological response after 24 weeks treatment in genotype 1 chronic hepatitis C patients with persistently normal alanine aminotransferase activity. *Hepatology* 2005; 42 : 685 A.
- Berg T, Von Wagner M, Hinrichsen H, Heintges T, Buggisch P, Goeser T, Rasenack J, Pape OR, Schmidt WE, Kallinowski B, et al. Comparison of 48 or 72, weeks of treatment with peginterferon alfa 2a (40 KD) plus ribavirin (copegus) in treatment-naïve patients with chronic hepatitis C infected with HCV genotype 1. *Hepatology* 2003; 38 : 317 A.
- Sanchez-Tapias JM , Diago M, Escartin P, Enriquez J, Moreno R, Romero-Gomez M, Barcena R, Crespo J, Andrade R, Perez R et al, Longer treatment duration with peginterferon alfa 2a (40KD) (Pegasys) and ribavirin (copegus) in naïve patients with chronic hepatitis C and detectable HCV RNA by week 4 or therapy: final results of the randomized, multicenter Teraviv-4 study. *Hepatology* 2004; 40 : 218 A.

## La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations pour la pratique clinique dans le cadre de la cirrhose non compliquée (cirrhose compensée).

Les recommandations ont pour objectif d'améliorer le diagnostic de la cirrhose non compliquée, afin d'en traiter la cause et les éventuelles comorbidités, et de prévenir ses complications. Elles ont été élaborées suite à la mise à disposition de méthodes «non invasives» de mesure de la fibrose hépatique. Elles tiennent compte des données cliniques et économiques disponibles sur l'ensemble des méthodes diagnostiques (ponction biopsie hépatique, élastographie impulsionnelle ultrasonore et scores biologiques composites). Elles définissent la démarche diagnostique de la cirrhose non compliquée et abordent les points suivants :

1. circonstances diagnostiques et populations cibles
2. examens biologiques nécessaires au diagnostic
3. consultation spécialisée et confirmation du diagnostic
4. bilan initial, étiologique et de sévérité.

Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée L'OMS définit la cirrhose à l'aide de critères macro et microscopiques : elle résulte d'un processus diffus, qui se caractérise par une fibrose mutilante détruisant l'architecture normale du foie et isolant des nodules hépatocytaires de structure anormale. Les recommandations suivantes concernent exclusivement la cirrhose non compliquée, phase pendant laquelle les patients sont généralement asymptomatiques ou peu symptomatiques.

### Principales causes de cirrhose

- Consommation excessive prolongée d'alcool ;
- Infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC)
- Syndrome métabolique ;
- Infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) ;
- Hémochromatose génétique ;
- Hépatopathies auto-immunes (notamment cirrhose biliaire primitive) ;

### Principales anomalies évocatrices de cirrhose

- Anomalies cliniques (foie dur, angiomes stellaires, splénomégalie) ;
- Anomalies biologiques (thrombopénie, diminution du taux de prothrombine) ;
  - Anomalies endoscopiques (varices œsophagiennes) ;
  - Anomalies visibles en imagerie (foie à contour bosselé, dysmorphie du foie, signes d'hypertension portale) ;

### Examens biologiques sanguins nécessaires au diagnostic de cirrhose non compliquée, préalable à la consultation spécialisée

- NFS- plaquettes ;
- Bilirubine totale, activité sérique des ASAT, ALAT, gamma GT et phosphatases alcalines ;
- Électrophorèse des protéines ;
- Taux de prothrombine ;
- Glucose, triglycérides, cholestérol ;
- Ferritine et coefficient de saturation de la transferrine ;
- Antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc ;
- Anticorps anti-VHC ;

### Confirmation du diagnostic de cirrhose non compliquée : quels outils diagnostiques ?

En cas d'hépatite C chronique isolée sans comorbidités et jamais traitée :

- 1<sup>re</sup> intention : un test non invasif (Fibroscan® ou Fibrotest®)
- 2<sup>e</sup> intention : un second test non invasif et/ou une ponction-biopsie hépatique
- Pour toute autre étiologie : une ponction-biopsie hépatique

### Confirmation du diagnostic de cirrhose non compliquée : quels outils diagnostiques ?

	Principes	Limites
<b>Fibrotest®</b>	Score composite combinant 7 paramètres ( $\alpha$ 2-macroglobuline, haptoglobine, apolipoprotéine, $\gamma$ GT, âge et sexe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer d'une réalisation avec des techniques appropriées de dosage, de la qualité de la réalisation et de la réalisation des prélèvements</li> <li>• Respecter les précautions d'interprétation du test : absence de maladie intercurrente, en particulier d'un syndrome de Gilbert ou de prise de médicaments susceptibles d'entraîner une hyperbilirubinémie</li> </ul>

	Principes	Limites
<b>Elestométrie impulsionnelle ultrasonore (Fibroscan®)</b>	Technique basée sur la mesure par ultrasons de la vitesse de propagation dans le foie d'une onde mécanique permettant d'estimer un coefficient d'élasticité	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peu de centres actuellement équipés de cet appareil</li> <li>● Impossibilité technique d'obtenir un résultat en cas d'épaisseur pariétale excessive (obésité) ou d'espace intercostal étroit (comme chez l'enfant) avec l'appareillage actuel</li> </ul>
<b>Ponction-biopsie hépatique</b>	Examen histologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Possibilité de faux négatifs dus aux erreurs d'échantillonnage (taille insuffisante du prélèvement) et aux variabilités inter et intra-observateur(s)</li> <li>● Contraintes liées à l'hospitalisation et précautions préalables à sa réalisation</li> <li>● Risque de complications (notamment hémorragiques)</li> </ul>

- Réaliser un bilan initial de suivi

## Le jeu de l'été de Billy Rubin



Parmi les responsables réunis aux Universités de Printemps de l'association au lac de Chalain (voir article page 20), combien sont membres du club des F4 ?

Envoyez vos réponses par email à [veroecoutemoi@wanadoo.fr](mailto:veroecoutemoi@wanadoo.fr)  
Les gagnants recevront un cadeau et une surprise !

	Principes
<b>Examens biologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilirubine totale, activité des ASAT, ALAT, <math>\gamma</math>GT et phosphatases alcalines</li> <li>● TP, albumine</li> <li>● NFS-plaquettes</li> <li>● <math>\alpha</math>fœto-protéine</li> </ul>
<b>Examens morphologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Echographie abdominale couplée au Doppler effectuée par un opérateur expérimenté</li> <li>● Endoscopie œso-gastro-duodénale</li> </ul>

- Évaluer la sévérité de la cirrhose

### Calcul du score de Child Pugh

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie (grade)	Absente	Grade I et II	Grade III et IV
Ascite	Absente	Minime	Modérée
Bilirubine totale ( $\mu$ mol/l)	< 35	35 à 50	> 50
Albumine (g/l)	> 35	28 à 35	< 28
Taux de prothrombine (%)	> 50	40 à 50	< 40

La gravité est croissante avec la valeur du score :

- entre 5 et 6 points (classe A) ;
- entre 7 et 9 points (classe B) ;
- entre 10 et 15 points (classe C).

Ceci est la synthèse des recommandations disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr/portail/> Sont disponibles sur le site les recommandations en totalité en format pdf ainsi que le très gros argumentaire utilisé par le groupe d'experts qui a réalisé ce travail sous la présidence du professeur Jean Claude Trinchet. SOS hépatites a participé au groupe de lecture.

MB

## Virus punk à retardement

Dès ses premiers textes, Vincent Ravalec dépeignait notre époque avec un regard juste et vif, souvent teinté d'ironie. Dans Hépatite C, son nouveau récit, on retrouve le meilleur d'un auteur emblématique de cette génération « punk » confrontée à la prose du sexe, de la drogue et de la déprime occidentale. Le destin se charge d'ailleurs de lui rappeler, brutalement, cette adolescence où le refrain de la crise remplaçait celui du progrès, où l'on criait « no future » pour en finir avec le lyrisme hippie et où - pour tout gâcher - ceux qui goûtaient aux drogues dures s'inoculaient, sans le savoir, de très méchants virus. Beaucoup sont morts du sida. Ceux qu'on n'ose appeler les plus chanceux se sont découverts, vingt ans plus tard une hépatite C ! Quadragénaire devenu sage (ses enfants grandissaient, il ne buvait même plus d'alcool), Ravalec se met en scène pour nous parler de cette affection qui lui est tombée dessus inopinément, comme une ultime punition, alors que le temps des punks semblait enterré : « *Avais-je pensé à tout cela en écoutant les Sex Pistols ?* » On aurait pu craindre le pire, comme chaque fois qu'un écrivain annonce un texte sur sa maladie, son cancer, son infarctus et, plus généralement, sa découverte de la métaphysique à l'occasion d'ennuis de santé. Au contraire, le nouveau Ravalec se place dans l'excellente lignée de Copi - bel esprit argentin de Paris qui osa nous faire rire avec son sida. Le narrateur ahuri commence par découvrir le détail des souffrances qui lui sont promises, son agonie prochaine et les effets secondaires du traitement - le tout gonflé par la masse cafardeuse des informations glanées sur

Internet, quand on n'est pas médecin. Dans cette déconfiture, Ravalec conserve un ton alerte, rapide, incisif, toujours à l'aise pour mêler langue écrite et langue parlée, « *la situation n'était pas joyeuse joyeuse* ». D'ailleurs, sa malchance nous concerne tous, comme une version de cette approche de la mort qui se précise dans nos têtes après quarante ans. Sauf que, pour le dire, Ravalec sait rester au plus près de la vie concrète, tempérer l'horreur de la maladie par les détails drolatiques, la résignation ahurie des enfants quand il commence à « péter les plombs », puis son entrée dans un groupe de soutien psychologique où les malades apprennent à lutter contre la déprime en criant ensemble « Houla-la ».

Mieux encore, l'auteur ne se contente pas de nous relater ses déboires. Il sait, comme romancier, que la réalité a besoin d'imagination, de jeu, pour déployer toute sa beauté. L'exemple en est donné par ce livre qui s'empare de la maladie, comme Marcel Aymé s'emparait des tractations du marché noir pour inventer ses contes loufoques. En l'occurrence, le traitement de l'hépatite C produit, chez le narrateur, d'étranges effets psychiques, des délires hallucinatoires qui vont modifier le cours du récit et nous entraîner dans une aventure insensée, où le malade croit découvrir les origines cachées de son mal (jusqu'au « Inri » du Christ, qui serait, en fait, l'abréviation des deux antiviraux : Interféron et Rivabirine)\*. On se réjouit que le traitement ait réussi et que l'auteur ait guéri sans rien sacrifier de son tempérament littéraire.

**Hépatite C** de Vincent Ravalec Flammarion, 16 €.

## Les publications de SOS hépatites

### La collection Etre hépatant :

- 1 Qu'est-ce que l'hépatite C ?
- 2 Vivre avec l'hépatite
- 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 la tête ou c'est l'hépatite C ?
- 9 Qu'est-ce que l'hépatite B ?
- 10 Drogues, alcool et traitement de l'hépatite C
- 11 J'ai une hépatite chronique : quels sont mes droits sociaux ?
- 12 Vivre au mieux pendant le traitement de l'hépatite C  
Le rêve de Lucas ● Histoire de Max ●

### Les numéros Hépatite Conseil :

- |     |   |
|-----|---|
| N°1 | « Mon foie et le virus de l'hépatite C »  |
| N°2 | « Ce que doivent savoir mes proches »   |
| N°3 | « Les effets indésirables du traitement de l'hépatite chronique C et des petits trucs pour les soulager » |
| N°4 | « Pourquoi faut-il que je me soigne ? »   |
| N°5 | « Comprendre mes analyses biologiques »   |
| N°6 | « Questions d'assurance pour emprunter »  |
| N°7 | « Hépatite chronique B : quelques notions pour mieux connaître la maladie »                               |

Pour vous les procurer, passez commande au  
0 800 00 43 72.

(les frais d'envoi sont à votre charge)

## La CMU de base

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

Bon à savoir : « les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficiaire, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès » (article L. 161-8 du code de la Sécurité sociale).

Ce maintien de droits pour les prestations en nature est de 12 mois (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale). Les chômeurs non indemnisés, les jeunes sans activité cessant d'être ayant droit de leurs parents, les personnes séparées de leur conjoint se trouvent le plus souvent dans cette situation et n'ont pas besoin de faire jouer le critère de résidence pour être assuré social car ils bénéficient du maintien de droits.

### La CMU y avez-vous droit ?

Pour pouvoir bénéficier de la CMU de base, vous devez résider en France de façon stable et régulière. La résidence stable est réputée acquise après 3 mois de résidence. Cette condition est applicable à tous, français ou étrangers.

En outre, les personnes étrangères doivent avoir un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant qu'elles ont demandé le renouvellement du titre de séjour ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile (c'est la résidence régulière).

Le délai de trois mois n'est pas opposable aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d'un accord de coopération, aux bénéficiaires de certaines prestations (prestations familiales, prestations logement, RMI ou autre), et aux personnes de nationalité étrangère, reconnues réfugiées ou ayant demandé le statut de réfugié.

Les personnes sans domicile au moment de la demande doivent élire domicile auprès d'un Centre communal d'action sociale ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale.

### Ne pas disposer d'un autre droit à l'assurance maladie

Vous êtes concerné par la CMU de base uniquement si vous n'êtes pas couvert par un régime d'assurance maladie obligatoire à un autre titre. En cas de doute, vous devez vous adresser à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du département ou de la circonscription de votre résidence qui fera le point sur votre situation. Vous cessez d'être assuré au titre de la résidence dès lors que votre situation change (emploi, situation familiale, départ du territoire). Les pupilles de l'Etat sont assurés au titre de la résidence. Ne peuvent être assurés au titre

de la résidence les membres du personnel consulaire et diplomatique, ainsi que leur famille, les personnes venues en France pour y recevoir des soins et les retraités des organisations internationales.

### Le versement d'une cotisation dépend des ressources de l'intéressé

Si le « revenu fiscal de référence » (porté sur l'avis d'imposition) est inférieur à 7 083€, il est exonéré de cotisation.

S'il est supérieur ou égal à 7 083€, le bénéficiaire doit verser une cotisation. Plafond de ressources valable du 1er octobre 2006 au 30 septembre 2007. De plus, les bénéficiaires du RMI ou de la CMU complémentaire sont exonérés de cette cotisation.

### CMU de base : à quoi avez-vous droit ?

Avec la couverture universelle de base, vous avez droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour l'assurance maladie). Ainsi, avec la seule CMU de base (sans assurance complémentaire), vous n'êtes redevable que du ticket modérateur, c'est-à-dire la part non prise en charge par l'assurance maladie.

**Les assurés sociaux au titre de la CMU de base ont exactement les mêmes droits que les autres assurés.**

#### Faire la demande

Adressez-vous exclusivement à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre domicile ou à l'un de ses points d'accueil.

#### Les documents à présenter

Vous devez remplir la demande d'affiliation fournie par la caisse, complétée d'une déclaration de ressources annuelles, toutes deux établies sur un seul formulaire.

Vous devez aussi présenter des justificatifs dont vous trouverez la liste en page 4 du formulaire.

#### Effet de la demande

Si votre dossier est complet, votre affiliation prend effet immédiatement.

### CMU de base : un seul formulaire

Si vous n'avez pas de droit ouvert à l'assurance maladie, ou si vous ne disposez plus des éléments vous permettant de savoir si vos droits sont ouverts, remplissez le formulaire de demande de CMU de base (n° S 3710 b).

Vous déposez ce formulaire, accompagné des pièces justificatives, à la caisse primaire d'assurance maladie de votre lieu de résidence. A partir de ce dossier, la caisse fera le point sur votre situation. Vous pourrez obtenir sans délais une attestation d'ouverture de droits. Votre situation administrative sera régularisée ultérieurement.

Si vous avez déjà été assuré, pensez à fournir tous les documents ou les informations pouvant faciliter le travail d'instruction de la caisse (copies d'anciennes fiches de paye, vos derniers lieux de résidence si vous avez déménagé, etc.).

## La CMU complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire vous permet d'avoir le droit à une complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais.

La CMU complémentaire vous est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

### Complémentaire :

Plafond de ressources annuel :

- personne seule 598,23€
- 2 personnes 897,35€
- 3 personnes 1 076,82€
- 4 personnes 1 256,29€
- par personne supplémentaire, à partir de la 5ème : 239,29€.

La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Vos soins sont pris en charge à 100% en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

Vous pouvez faire gérer votre couverture complémentaire par votre régime de sécurité sociale de base ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance) qui s'est inscrit sur la liste préfectorale des organismes volontaires. Les dossiers de demande de CMU complémentaire sont instruits par les caisses d'assurance maladie.

## Pour y avoir droit, il est nécessaire de remplir certaines conditions

### Résider en France de façon stable et régulière

Vous devez être installé depuis 3 mois sur le territoire national. Pour les personnes étrangères, la résidence régulière est justifiée si elles disposent d'un titre de séjour en cours de validité, ou d'un document attestant qu'elles ont demandé le renouvellement de leur titre de séjour, ou encore d'une attestation de dépôt de demande d'asile.

Dans certains cas, la condition du délai de trois mois de résidence peut être levée (personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d'un accord de coopération, bénéficiaires de certaines prestations, demandeurs d'asile).

Les droits sont ouverts par la caisse primaire d'assurance maladie du domicile des demandeurs. Les personnes sans domicile au moment de la demande doivent élire domicile auprès d'un Centre communal d'action sociale ou une association agréée, pour avoir une adresse administrative et ainsi recevoir leurs courriers.

### Avoir des ressources inférieures à un plafond

Pour bénéficier de la CMU complémentaire, vos ressources ne doivent pas dépasser un plafond. Le plafond de ressources varie selon la composition du foyer du demandeur. Pour la CMU complémentaire, le foyer comporte le demandeur, son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, les enfants et autres personnes de moins de 25 ans vivant sous le même toit, ou figurant sur sa déclaration fiscale ou recevant une pension alimentaire faisant l'objet d'une déduction fiscale. Le plafond de ressources n'est pas le même en métropole et dans les départements d'outre-mer. L'ensemble des ressources du foyer perçues au cours des 12 mois précédant la demande, y compris les prestations familiales, les pensions diverses, les revenus du capital, est pris en compte. Ce ne sont pas les ressources fiscales qui sont prises en compte, mais les revenus réellement perçus. Les aides au logement sont prises en compte de façon forfaitaire. Les personnes ayant à leur disposition un logement, qu'elles soient locataires, propriétaires ou logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer.

### Certaines ressources ponctuelles ou à objet spécialisé ne sont pas prises en compte :

- l'allocation personnalisée d'autonomie
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- l'allocation de rentrée scolaire
- les bourses de l'enseignement secondaire
- etc.

Les travailleurs non salariés et les exploitants agricoles ont des modalités particulières d'examen des ressources. Les personnes qui ont vu leur demande refusée pour ressources supérieures au plafond peuvent à tout moment poser une nouvelle demande si elles pensent remplir alors les conditions de ressources.

### Les bénéficiaires du RMI

Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ont eu leurs ressources examinées dans le cadre de l'octroi de cette prestation. Il n'y a donc pas de nouvel examen de leurs ressources. Ils ont droit automatiquement à la CMU complémentaire, à la condition toutefois d'en faire la demande auprès de leur caisse d'assurance maladie et de choisir l'organisme gestionnaire de la CMU complémentaire.

### Les jeunes de moins de 25 ans

Les jeunes majeurs de moins de 25 ans ont des conditions particulières d'accès à la CMU complémentaire : s'ils habitent chez leurs parents, s'ils figurent sur la déclaration fiscale de leurs parents, ou s'ils reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale, leur demande est examinée dans le cadre de celle de leurs parents. Ils peuvent faire une demande autonome s'ils ont des enfants à charge, ou s'ils déclarent sur l'honneur ne plus figurer sur la déclaration de ressources de leurs parents.

## CMU complémentaire : à quoi avez-vous droit ?

Vos droits à la CMU complémentaire sont ouverts pour un an, même si votre situation change au cours de la période d'ouverture des droits. Les prestations prises en charge par la CMU complémentaire sont définies par la législation : elles sont strictement identiques, quel que soit l'organisme gestionnaire.

### Ce que la CMU complémentaire prend en charge

L'assurance maladie (le régime de base) prend en charge environ les  $\frac{3}{4}$  des dépenses de santé. Le reste, c'est le ticket modérateur. La CMU complémentaire prend en charge ce ticket modérateur pour les soins reconnus par l'assurance maladie : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, etc.). Le forfait hospitalier, c'est à dire la somme due par les personnes hospitalisées pour leurs frais d'hébergement, est pris en charge par la CMU complémentaire sans limitation de durée.

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, un barème de tarifications des prothèses dentaires et des lunettes a été fixé, variable naturellement selon les équipements médicalement 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.

### Exemples de tarifs :

Concernant l'optique, la monture est prise en charge à 100% si son prix ne dépasse pas 22,9€, les verres en corrections simples sont pris en charge à 54,6€ et 137,2€ 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 443,6€ y compris la part sécurité sociale.

### Les professionnels de santé

Les professionnels de santé 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.

En revanche, les dépassements sont possibles 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). Certains bénéficiaires demandent s'il y a des médecins agréés pour la CMU

complémentaire. Non, il n'y a pas d'agrément particulier, 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. Vous pouvez contacter le Fonds CMU qui vous aidera dans vos démarches.

### Le Tiers payant

Les professionnels de santé ont l'obligation, outre le respect des tarifs reconnus dans le cadre de la CMU complémentaire, 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.

### La carte Vitale

Pour accéder aux soins, vous devez présenter une carte Vitale mise à jour dans une borne pour faciliter les échanges et les transmissions de feuilles de soins. Les personnes qui n'ont pas de carte Vitale pour des raisons diverses, ont les mêmes droits au tiers payant et au respect des tarifs. Elles doivent présenter leur attestation d'ouverture de droits à la CMU.

Les personnes dont les revenus excèdent de 15% maximum le seuil permettant l'obtention de la CMUC peuvent bénéficier d'une aide pour payer leur couverture complémentaire.

Cette aide doit permettre aux personnes dont les revenus excèdent de 15% au plus le plafond pour obtenir la CMU complémentaire, d'accéder à une couverture identique à celle proposée par la CMU complémentaire.

Soit par personne et par an :

- 100€ pour les personnes âgées de moins de 25 ans,
- 200€ pour celles de 26 à 59 ans
- 400€ pour celles de 60 ans et plus.

Cette aide vise plus particulièrement :

- les titulaires de l'AAH
- de l'allocation supplémentaire vieillesse
- de l'allocation spéciale invalidité
- des chômeurs de plus de 1 an
- des jeunes de 16 à 25 ans

Elle s'adresse :

- aux personnes ayant été refusée à la CMU pour dépassement de plafond, aux personnes n'ayant jamais demandé la CMU, mais dont les ressources excèdent de 15% le plafond,
- aux personnes qui ont été bénéficiaires de la CMU complémentaire,
- et qui restent affiliées pendant 1 an auprès de leur organisme complémentaire à un tarif préférentiel.

**Cette aide consiste en la prise en charge partielle par la Caisse d'assurance maladie des cotisations à payer** pour obtenir un «contrat de frais de santé» (une «complémentaire santé») dont les prestations sont identiques à celles de la CMU complémentaire. ■

MB



### Anne Degodet et Gisèle Lascoux

**Deux tristes nouvelles ont affecté la tribu SOS hépatites, coup sur coup au début du mois de juin. D'abord, un message de l'équipe de Bourgogne, effondrée par l'annonce de la mort accidentelle de sa présidente Anne Degodet. Et peu après, une autre information nous est arrivée de Reims : Gisèle Lascoux, notre Gisèle nationale qui avait pendant tant d'années tenu la ligne d'écoute nationale de SOS hépatites, venait elle aussi de mourir. Nous devons ces hommages à ces deux figures historiques de SOS hépatites, deux amies qui nous manquent.**

#### **Les mille vies d'Anne**

Il suffisait de regarder la foule qui se pressait le jour de son enterrement, le 19 juin à Dijon, pour comprendre le vide qu'allait laisser Anne. Aux membres de sa famille, amis et voisins, s'étaient joints les représentants de toutes les associations où elle avait exercé des responsabilités. Et sur ce terrain-là, elle était insatiable, Anne de Bourgogne, passant du soutien aux jeunes mères à l'aide aux malades, hospitalisés ou non, avec ou sans hépatite, séropositifs ou non.

Avait-elle donc eu plusieurs vies, pour rassembler ainsi autant de gens aussi différents ? Non, c'était bien la même Anne qui, partout, avait mené les mêmes batailles contre l'indifférence, l'exclusion et la connerie réunies. Les uns après les autres, ses compagnons de route ont raconté « leur » Anne. Pas de doute, il s'agissait bien de la même personne. Une femme douée d'une empathie hors du commun, sachant s'engager quand il le fallait, sans s'imposer, s'arrangeant juste pour être présente au bon moment. Et ce n'était pas facile, tant elle devait jongler avec tous ses mandats associatifs. C'est d'ailleurs entre deux réunions, la première à Paris, la seconde à SOS hépatites Bourgogne à Dijon, que sa vie a été fauchée par une voiture folle.

Après avoir, pendant des années, soutenu les personnes contaminées par le virus du sida à Aides, Anne avait pris, à la fin des années 90, la mesure de l'urgence pour les problèmes des personnes souffrant d'hépatites. Elle avait tenté d'y répondre avec l'association bourguignonne contre les hépatites virales qui, en 1999, a rejoint le réseau national naissant de SOS hépatites.

Un détail, au fait : Anne n'était pas atteinte d'hépatite. En tout cas pas directement, même si elle l'était par personne interposée. Mais elle faisait partie de cette poignée d'individus qui peuvent dire « Nous, les malades » en toute sincérité, tant ils ont épousé leur cause. Au point d'ailleurs que nous l'avions choisie pour nous représenter à la conférence de consensus de 2002 sur l'hépatite C. Une responsabilité lourde, pour ce qui constituait une première : faire reconnaître l'expertise des associations de malades, pour les associer à la définition d'une stratégie thérapeutique globale. Elle y est parvenue au-delà de nos espérances, poussant les experts à prendre en compte la qualité de vie du malade avant le virus. Pas étonnant qu'on l'ait retrouvée ensuite au comité stratégique du programme national hépatites virales ou à la conférence régionale de santé de Bourgogne, entre autres instances. Convaincue que la défense des malades dépassait le cadre des seules hépatites, elle a mis beaucoup de son énergie dans l'intégration de SOS hépatites au Collectif interrassociatif sur la santé, le CISS. Et, plus tard, dans la création d'un CISS régional en Bourgogne, qu'elle présidait.

Anne avait 60 ans. Elle était six fois mère et heureuse de l'être, capable de renoncer à une réunion importante pour se consacrer à ses petits-enfants. Jean-Jacques, son mari, nous a révélé son secret : comme ces petits avions dont on remonte l'hélice en tendant leur élastique, elle était capable de refaire le plein d'énergie en un minimum de temps. Une énergie qu'elle puisait dans sa famille ou, tout simplement, dans les fleurs de son jardin. Et surtout, dans sa conviction inébranlable que le combat qu'elle menait était juste.





Salut Anne, nous avons encore beaucoup à faire ensemble. Dommage que tu n'aies pas pu, avant de mourir, nous révéler le truc de l'élastique. Nous allons en avoir besoin.

## Les mille voix de Gisèle

On ne le savait pas, ou alors on avait tendance à l'oublier, mais Gisèle était une vieille dame, et c'est avec beaucoup de respect que j'emploie ces termes. On m'a dit qu'elle avait quelque chose comme 80 ans, je ne sais pas si je dois le croire. De toute manière, Gisèle, il ne valait mieux pas la titiller sur le nombre de ses années. Comme ce toubib qui, paraît-il, l'avait trouvée trop âgée pour la traiter. Ni une ni deux, elle avait changé de toubib, elle était allée se faire soigner à Paris chez un autre qui, lui, a compris qu'aux âmes bien nées, l'interféron accepte le nombre des années. Et elle avait guéri. D'une pierre deux coups, elle avait fait la nique au virus et au médecin un peu trop à cheval sur le règlement.

Ancienne soignante, malade puis guérie, elle avait une connaissance intime de la maladie. Mais elle en savait aussi beaucoup plus que tous les hépatologues de France et de Navarre sur ce que l'hépatite peut faire endurer : depuis 1997, elle était fidèle au poste téléphonique de SOS hépatites. Soir après soir, elle prenait les appels des malades, ceux qui étaient inquiets, ceux qui avaient peur, ceux qui étaient en colère, ceux qui n'en pouvaient plus. Des milliers de malades lui ont confié leur douleur et leur peur de mourir.

Et plusieurs me l'ont dit : sans elle, ils n'auraient pas tenu. Ils auraient craqué,

arrêté le traitement si ce n'est pas arrêté de vivre. Elle leur avait tendu la voix et, en une phrase ou en une heure, les avait aidés à reprendre le dessus.

Je réalise aujourd'hui que je ne sais quasi rien de la vie de Gisèle, que j'ai pourtant fréquentée pendant dix ans. C'est bien elle, tout cela. Aussi discrète sur elle-même qu'ouverte aux autres. Tu lui racontes ta vie, et tu oublies de lui demander comment elle va. Pourtant, elle allait mal, notre Gisèle, les derniers temps. C'est qu'il ne suffit pas de se débarrasser d'une hépatite, quand après on se chope un cancer, puis un autre, puis je ne sais trop quelle autre cochonnerie intraitable. Elle était très malade, très fatiguée. Mais tant qu'elle a pu le faire, elle a répondu aux malades, loin de se douter qu'ils parlaient à quelqu'un de bien plus mal en point qu'eux. Aider les autres était sa raison de vivre. Cet hiver encore, elle s'emballait parce que Pascal Mélin lui avait rapporté les résultats d'une étude sur les risques des tatouages dans le bas du dos, et elle m'enjoignait d'alerter toutes les jeunes femmes susceptibles d'être concernées.



Mais nous, l'avons-nous écoutée ? L'avons-nous suffisamment soutenue ? Je sais que les amis de SOS hépatites Champagne-Ardenne lui rendaient de réconfortantes visites à Reims, que quelques fidèles ne manquaient pas de prendre régulièrement de ses nouvelles au téléphone. Elle s'en réjouissait, elle me l'a dit ; c'était le signe ténu que la famille SOS ne l'avait pas lâchée. Mais je ne peux m'empêcher de penser que nous aurions pu faire plus pour elle, moi le premier.

Elle se savait condamnée, mais elle voulait se battre jusqu'au bout. Elle croyait en la médecine. Un jour de juin, la médecine n'a plus cru en elle. Alors elle est partie à sa manière, en refusant d'aller dans cet hôpital où l'on avait renoncé avant elle. Une vieille dame, peut-être. Mais une femme fière, une femme libre jusqu'au bout.

Thomas Lauranceau

### SOS hépatites en région

Alsace	03 88 61 98 04
Auvergne	04 73 36 63 78
Bourgogne	03 80 42 97 39
Centre Val de Loire	02 47 51 08 88
Champagne-Ardenne	03 26 59 26 82
Franche-Comté	03 84 52 04 15
Languedoc-Roussillon	04 67 30 28 89
Limousin	05 55 77 99 38
Nord Pas de Calais	03 21 72 35 28
Paris Ile de France	01 42 39 40 14
Pays de la Loire	0 825 096 696
Provence-Alpes-Côte d'Azur	04 91 72 48 90
Rhône Alpes	04 76 37 04 42
Guadeloupe	05 90 94 39 62
Martinique	05 96 64 32 28
SOS hépatites Algérie	071 52 85 44
SOS hépatites Genève	00 41 22 7313021
SOS hépatites Mali	00 223 27942 07
SOS hépatites Maroc	022 94 61 61
SOS hépatites Portugal	00 22 1889 3826
SOS hépatites Tunisie	071 88 09 99

## Champagne-Ardenne



### **YOZ, vous connaissez ?**

YOZ est la dernière création de SOS hépatites Champagne-Ardenne. Cette structure a démarré en septembre 2006 et vise à réduire les risques liés à l'usage de drogues.

### **Qu'est ce que la réduction des risques ?**

Habituellement, on désigne sous le terme de Réduction des risques (RDR) l'ensemble des mesures et politiques de santé publique visant à limiter les dommages (contaminations, infections...) pour les personnes consommatrices de drogues. La RDR concerne toutes les drogues, légales et illégales, ainsi que tous les usages qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques a pour objectif de rendre accessible les infos et outils qui permettent de limiter les risques liés à l'usage de drogue et aux sexualités.

La réduction des risques c'est aussi la reconnaissance d'une logique très pragmatique basée sur l'abandon de l'illusion d'un monde sans drogue. Certes il ne vaut mieux pas consommer de drogues, mais si l'on en consomme, mieux vaut ne pas se l'injecter. Et si l'on en consomme par voie injectable il vaut mieux le faire avec une seringue propre.

### **Comment ce projet est-il né ?**

À l'origine, des partenaires, dont SOS hépatites Champagne-Ardenne, travaillaient à la réduction des risques en Ardennes et en Belgique. La DDASS des Ardennes a sollicité SOS hépatites Champagne-Ardenne pour la création d'un CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) qui est un nouveau dispositif financé par la CPAM.

L'équipe de SOS hépatites Champagne-Ardenne a accepté de porter ce projet dans la mesure où l'association était déjà active sur ce champ.

La préfecture a délivré fin 2006 son agrément ce qui fait de l'initiative une structure médico-sociale. L'équipe YOZ est composée d'un éducateur spécialisé, d'un infirmier et d'une secrétaire mais aussi de jobistes (bénévoles formés à la réduction des risques) et de militants de SOS hépatites Champagne-Ardenne pour renforcer les interventions en milieu festif.

Nos missions de CAARUD (définies par l'article R.3121-33-1 du code de la santé publique) sont :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

### **Mais au fait pourquoi le nom de "YOZ" ?**

C'était le nom d'un bénévole dynamique intervenant en milieu festif, ancien usager de drogue, qui est décédé le jour où il passait son diplôme d'assistant social.

### **Pour en savoir plus lisez YOZ Infos news.**



### **Au sommaire :**

- Infos sur les échangeurs seringues.
- Pourquoi faire de la réduction des risques ?
- Les pratiques à risques des usagers de drogues par voie intraveineuse.
- Pour un accès permanent à la protection : la distribution complémentaire par automate.
- Suivi et maintenance de l'échangeur-récupérateur. Lieu des échangeurs seringues dans les Ardennes.
- Distribution de stéribox sur Charleville : pdf à télécharger : <http://www.soshepatites.org/actu/acturegion.htm> rubrique **SOS hépatites Champagne-Ardenne**.

Téléphone/fax : **03 24 26 68 95**

Portable : **06 70 39 04 12** ;

Mail : **caarud.sos-hépatites@orange.fr**

Président de SOS hépatites Champagne-Ardenne : **Lionel Gallois**.

## Guadeloupe

### Nouvelles récentes

Ces derniers mois, nous avons développé nos efforts dans les directions suivantes :

- échange avec les adhérents,
- invitation de médecins généralistes à participer activement à une journée de dépistage auprès de patients à risque,
- conférence débat sur « dépistage des hépatites en Guadeloupe » (le 15 février au Creole Beach), en présence du président de la Fédération, du Dr Pascal Melin et du Dr Eric Saillard responsable hépato du CHU de Pointe-à-Pitre.
- organisation de la journée nationale des hépatites le 20 janvier, avec interventions sur 4 sites (rencontre avec les malades et leurs familles, distribution de prospectus et séances de dépistage),
- stand d'information avec 23 autres associations de santé et mutuelles,
- stand avec la SMAG (Société Médicale des Antilles-Guyane),
- enregistrements de 11 spots pub. télé et radio le 27 mai pour sensibilisations et informations sur les hépatites ; spots diffusés fin juin/juillet aux heures de grande écoute,
- en juin, témoignage sur « l'après transplantation » sur les ondes,
- mise en place d'un programme d'information et sensibilisation sur les hépatites dans les collèges et les lycées.

### Nos projets à court terme :

- du 27/9 au 1/10 : participer pendant 5 jours à l'animation du « salon de la santé et du bien être ».
- d'octobre 2007 à février 2008 : intervenir dans des lycées et collèges. Sur le principe, il y a un accord verbal du rectorat. Cela dépend en grande partie aussi des subventions accordées par la DSDS.
- début novembre : tenir notre toute première Assemblée Générale Ordinaire !  
Notre service d'écoute fonctionne le mardi de 14h à 18 h au **05 90 94 39 62** et le jeudi de 18h à 21 h au **06 90 54 14 22**. Notre email : [soshepatites.guadeloupe@orange.fr](mailto:soshepatites.guadeloupe@orange.fr)

## Languedoc-Roussillon

### Fête des associations

L'association tiendra un stand publique le samedi **8 septembre à Béziers** lors de la fête des associations.

## Bretagne

### Entraide Hépatite C

L'association « Entraide Hépatite C », initiée par un groupe de personnes malades a été créée en fin d'année 2002 à Brest.

Elle a pour objet :

d'apporter une aide morale aux malades avant, pendant et après le traitement, d'échanger sur nos vécus respectifs et nos difficultés à vivre avec cette maladie qui bouleverse leur vie, d'accompagner les familles démunies devant la maladie, l'entourage étant un élément essentiel pour le réconfort des malades.

Des réunions mensuelles permettent des échanges entre les malades et elles ont lieu à la Maison de quartier de Bellevue à Brest le deuxième lundi de chaque mois.  
Téléphone : **06 67 76 93 84**

Email : [entraidehepatitec@wanadoo.fr](mailto:entraidehepatitec@wanadoo.fr)

### Cap à l'ouest

C'est sous le soleil que le Président de la Fédération SOS hépatites, accompagné d'une Vice Présidente atteignent Brest après plus de 500 Km sous la pluie... Un bon augure pour cette première prise de contact demandée par l'association « Entraide hépatite C » qui réunit une trentaine de personnes. L'accueil fut chaleureux et accompagné d'une galette des rois traditionnelle en ce début janvier. Les échanges de point de vue furent riches, les points communs nombreux et la documentation SOS hépatites appréciée. Les discussions se prolongèrent même sur le parking... il est toujours difficile de se quitter quand on a encore tant de chose à se dire. Gageons que ce 1er contact ne sera pas le dernier !

## Pays de la Loire

### Actualités

**Maine et Loire.** Nous avons une permanence au CHU d'Angers au service d'hépatogastro-entérologie. Nous disposons d'un présentoir avec toute notre doc. et le « programme du semestre » pour les permanences qui se déroulent chaque 2<sup>e</sup> mardi du mois, et un planning pour nos Groupes de paroles qui se déroulent salle Pousset à Angers. Le 15 juin s'est déroulé au **Château d'Angers** le 15<sup>e</sup> Symposium d'Hépatogastroentérologie. Une centaine de participants sont venus prendre connaissance des dernières avancées thérapeutiques relatives aux maladies du foie. **Le 11 décembre** aura lieu une conférence sur les actualités thérapeutiques au CHU d'Angers.

**Loire-Atlantique.** Groupe de parole le dernier jeudi de chaque mois au CHU de Nantes. Un pique-nique était organisé le **24 juin** afin d'échanger avec les malades et les conjoints. Parc Gournery à Saint Herblain le **6 octobre**, nous participerons à une journée de dépistage avec lâcher de ballons.

**Sarthe.** Pour le Forum Jeunes, SOS hépatites Pays de la Loire tiendra un stand d'information et de prévention des hépatites virales avec le REVIH 72, le CDAG et AIDES, les **5 et 6 octobre** sur le quinconce des Jacobins au Mans. Détail sur : [www.forumjeunes-lemans.fr](http://www.forumjeunes-lemans.fr)

**Vendée.** C'est dans un cadre très agréable que l'antenne vendéenne nous accueillit pour notre AG : élections le matin, changement de Présidente ; Annie a remplacé Véronique. En fin de matinée, A. Avenard, cadre de santé au CHU de Nantes, nous a présenté le schéma régional de Santé. L'après-midi Sibel Bilal, coordinatrice de l'Association Nationale des Généralistes pour la recherche et l'étude sur l'hépatite C, nous a développé le concept « compagnonnage » par la mise en place de mini réseaux de proximité. Le but est d'aider les patients à mieux gérer leur maladie.

## Rhône-Alpes

### Actualités

Récemment, le 14 avril, le groupe vocal, « **la cantilène** » s'est produit au profit de notre association en l'église d'Eybens dans la banlieue grenobloise. Le public, pas assez nombreux à nos yeux, a été conquis par la prestation exceptionnelle de cette chorale et rendez-vous a été pris pour les années à venir.

**Assemblée Générale** du samedi 28 avril. Cette année, celle-ci s'est tenue à Chambéry (Savoie) La matinée, ouverte à tout public, a été animée par le docteur François Bourhis, gastro-entérologue local. Deux thèmes importants ont été abordés, qui ont suscité de nombreuses questions de la part de l'auditoire : la vaccination contre l'hépatite B et les effets secondaires du traitement de l'hépatite C.

Après un repas pris sur place, l'Assemblée Générale s'est déroulée l'après-midi.

### Élections du bureau :

*Présidente* Josselyne Lazzarotto, *trésorier* Nicolas Renouf, *trésorière adjointe* Janine Alamercery, *secrétaire* Cathy Richard, *secrétaire adjoints* Lilyanne Frydman et Bernard Gallay, *membre* Christiane Thibaut.

**Du nouveau à Lyon.** Dès le mois de septembre, notre association tiendra une permanence à Lyon, à la « maison du patient » 5 cours charlemagne Lyon 2<sup>e</sup>, de 15h à 16h30 chaque deuxième mardi du mois.

**Forums des associations.** Nous participerons aux forums des associations de Montélimar (Drôme) les 8 et 9 septembre et Valence (Drôme) les 15 et 16 septembre. Ceci, sans oublier les permanences et les réunions mensuelles habituelles à Grenoble, Valence, Montélimar, et Saint Etienne. Pour de plus amples informations, se reporter à la page actualités régionales du site [www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org)

**Contact 04 76 37 04 42.**

## Bourgogne

### Nouveau bureau

Notre nouveau Bureau d'association est composé de **Kamel Bellibel**, Président, vice Président **Mohamed Zgou**, **André Perdu** trésorier, **Christiane Petelot** secrétaire et **Laurence Garbet** secrétaire adjointe. L'Assemblée Générale se tiendra le 8 septembre 2007. Elle sera suivie d'un repas amical avec tous les adhérents.

Fin septembre, nous participerons à la manifestation « **le Grand Dej** ».

Nous serons également actifs le 1<sup>er</sup> décembre, journée mondiale de lutte contre le sida place Bareuzai (place du marché). Pour toute écoute : **0 800 00 43 72** (en l'attente de réorganisation suite au décès de notre présidente).

## Alsace

L'association alsacienne SOS hépatites Alsace s'est créé le 20 décembre 2006 à Strasbourg. Nous travaillons en étroite collaboration avec le Pôle de Référence de Strasbourg du Pr. Doffoel, ainsi qu'avec le Dr J. P. Lang (psychiatre et Chef de clinique à Erstein) spécialiste dans les effets indésirables des traitements Hépatites et le Dr Habersetzer (praticien hospitalier à l'hôpital civil de Strasbourg). Nous organisons des groupes de paroles, d'échanges, de soutien au plus près des hépatants et de leurs proches, le 3<sup>e</sup> lundi de chaque mois à 19 h. à la Maison des Associations de Strasbourg (parking Austerlitz ou Bourse).

Prochains RDV les 16 juillet, 20 août, 17 septembre, 15 octobre, 19 novembre et 17 décembre 2007. Une écoute téléphonique est disponible du lundi au vendredi de 14h à 19h : Frédéric Chaffraix au **03 88 61 98 04**

Email : [soshepatitesalsace@yahoo.fr](mailto:soshepatitesalsace@yahoo.fr)

Site Internet: [soshepatitesalsace.free.fr](http://soshepatitesalsace.free.fr)

*De plus, les membres de SOS hépatites Alsace ont le regret d'annoncer le décès d'un de leurs membres fondateurs Maurice LINDER, début janvier 2007, qui aura mis toute son énergie pour aider à la création de l'association.*

## Fédération

### Les Universités de Printemps de Sos hépatites

Les responsables des associations régionales SOS hépatites se sont réunis pendant 3 jours au Bois Dormant à Champagnele dans le Jura pour travailler sur l'organisation de la fédération et échanger sur les pratiques. Au cours de ces journées de travail qui ont débuté par l'assemblée générale annuelle, les militants ont travaillé sur une « boîte à outil » associative indispensable à la communication des associations régionales. Une réflexion sur le fonctionnement de la fédération a permis de clarifier les relations entre associations régionales et fédération. Une soirée a été consacrée à une remise à niveau de l'information biomédicale par le Dr Pascal Thibault, hépatologue chef de service au centre hospitalier de Lons-le-Saunier. Puis une matinée de détente a conduit les participants sur les rives du lac de Chalain et à une visite très appréciée des anciennes salines de Salins-les-Bains. Les militants ont tous « craqué » sur les fromages qui font la réputation du Jura et ont emporté des souvenirs consommables pour la plus grande joie de leur entourage.

À l'issue de l'assemblée générale le bureau de la Fédération SOS hépatites se compose ainsi :

Michel Bonjour	<i>Président</i>
Pascal Melin	<i>Vice-président</i>
Michelle Sizom	<i>Vice-présidente</i>
Danièle Desclerc	<i>Vice-présidente</i>
Jocelyne Vidal	<i>Secrétaire</i>
Josselyne Lazzarotto	<i>Secrétaire adjointe</i>
Annie Sionniere	<i>Trésorière</i>
Marie-claude Meurisse	<i>Trésorière Adjointe</i>

**Pour obtenir des informations régionales régulièrement mises à jour, rendez-vous sur [www.soshepatites.org](http://www.soshepatites.org) rubrique **Actualités****