



# **Journée Mondiale Hépatites**

## **Pour un réel plan d'urgence**

### **plutôt que des effets d'annonce**

**Dossier de presse - 19 mai 2010**

L'hépatite C est une affection d'origine virale, causé par un virus que l'on a appelé « non A, non B » jusqu'à la découverte en 1989 du virus responsable, le VHC.

L'hépatite C nécessite un plan d'urgence sanitaire. La coinfection avec le VIH encore plus. Ce plan d'urgence devrait aller d'une extension et une diversification des outils de réduction des risques auprès des usagErEs de drogues, à des moyens affectés à la recherche pour élargir la palette de traitements en passant par un accroissement des efforts pour inciter au dépistage.

Mais rien n'est fait, ou si peu. Le plan de Roselyne Bachelot-Narquin n'est essentiellement qu'un effet d'annonce, bien en deçà de l'urgence sanitaire et des moyens qu'il faudrait mettre pour éviter une nouvelle hécatombe. En effet, beaucoup de personnes co-infectées par le VIH et le VHC sont dans la même situation que les malades du sida au début des années 80. Face à l'absence de volonté politique, Act Up-Paris a décidé de faire de la question de la coinfection la priorité des mois à venir.

**Selon le professeur Mark Nelson<sup>1</sup>, le taux de survie d'une personne co-infectée VIH-VHC est de 54 % à un an, 40 % à deux ans, 25 % à 5 ans. Est-ce parce que beaucoup d'entre nous sommes des usagErEs de drogue que l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics nous laissent crever sans rien faire en matière de prévention, de dépistage ou de traitements ? Nous exigeons un plan d'urgence, nous ne voulons pas attendre que l'hécatombe qui nous menace produise le scandale politique qui changera la donne. Il en va maintenant de la responsabilité de chacunE.**

**Contact presse : Pierre Chappard - 06 63 55 65 54**

---

<sup>1</sup> Mark Nelson est directeur du service VIH, directeur adjoint de recherche sur le VIH, au Chelsea and Westminster Hospital à Londres, Royaume-Uni. Il a été un des principaux auteurs des recommandations pour le traitement et la gestion du VIH et co-infection par l'hépatite C, et membre et co-auteur des recommandations pour le traitement et la gestion du VIH et la co-infection par l'hépatite B publiées en 2003. Nous avons traduit son intervention lors de la Conférence de Cologne : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3893>

## Les chiffres

Dans le monde, 180 millions de personnes (soit 3 % de la population mondiale) vivent avec une hépatite C chronique et 3 à 4 millions sont nouvellement infectées chaque année.

En France, 232 000 personnes sont atteintes d'hépatite C chroniques. Il y a entre 2700 et 4400 contaminations par an<sup>2</sup>, et 2600 décès par ans<sup>3</sup>. 43% des personnes ignorent qu'elles vivent avec le virus. 35% des personnes vivant avec le VIH sont aussi co-infectées par une hépatite.

L'hépatite C a un pronostic sévère en l'absence de traitement : pour 80 à 90 % des personnes, elle devient chronique (c'est à dire qu'elle s'installe définitivement dans le foie), et est susceptible d'évoluer à terme et de façon insidieuse vers une cirrhose et/ ou un cancer du foie.

### Maladie de la précarité au centre des inégalités sociales

Cette maladie est aussi celle de la précarité :

- chez les usagErEs de drogues la prévalence est de 71 à 84 fois supérieure que dans le reste de la population<sup>4</sup> ;
- chez les personnes alcoolique la prévalence est 6 fois plus importante ;
- chez les prisonniErEs, la prévalence est 6 fois plus importante ;
- chez les personnes vivant de minima sociaux la prévalence est 3 fois supérieure.

---

<sup>2</sup>INVS, prévalence de hépatites en France, 2004

<sup>3</sup>ANRS et al., 03 05 2006

<sup>4</sup> InVS, Surveillance nationale de l'hépatite C à partir des poles de référence, Données épidéiologique 2001-2007

# Les enjeux de la réduction des risques et de l'auto-support chez les usagErEs de drogues

## Rappel historique

En France, les premiers programmes de réduction des risques (échange de seringues, accueil bas seuil, substitution, etc.) ont été mis en place tardivement, alors qu'ils ont par la suite prouvé leur efficacité face au VIH. Dès qu'on a donné aux usagErEs de drogues les moyens de se protéger, ils et elles les ont utilisés, luttant contre l'épidémie et prouvant leur sens des responsabilités. La transmission du VIH par injection ne représente que 2 % des nouvelles contamination au virus du sida, et ce taux est stable depuis la fin des années 90.

Malgré le succès incontestable de ces dispositifs, la réduction des risques est insuffisante en France. Un tiers des départements dispose d'une seule structure de RDR, 13 d'entre eux n'ont aucune structure recensée. Enfin, plus de 40 villes de 40 000-70000 habitants n'ont aucun dispositif de réduction des risques.

## De nouveaux enjeux face au VHC

### *Des risques différents du virus du sida*

Si un quart des hépatites C actuelles est due aux transfusions de produits sanguins réalisées avant 1992, 70% des nouveaux cas annuels sont liés à l'usage de drogues, principalement par voie intraveineuse. On soupçonne aussi le partage de pailles et de pipes à crack d'être à l'origine de contaminations. Près de 60 % des usagErEs de drogues et 28% des usagers de moins de 30 ans sont infectés<sup>5</sup>.

Le virus de l'hépatite C est dix fois plus contaminant, et beaucoup plus résistant que le VIH (une seringue utilisée par une personne infectée reste contaminante 3 semaines, contrairement au VIH qui ne résiste pas à l'air libre). Les statistiques montrent que la probabilité de transmission du VHC est de 150 à 800 fois supérieure à celle du VIH lors du partage d'une seringue contaminée. Les mesures mises en place pour endiguer l'épidémie de sida chez les usagers de drogues se montrent insuffisantes pour contrôler celle de l'hépatite C. Le message « une seringue = un shoot » qui a marché pour le VIH ne suffit plus. Pour se protéger efficacement du VHC, il faut non seulement une nouvelle seringue à chaque shoot, mais aussi renouveler tous le petit matériel (eau stérile, filtre, cuillère...) lui aussi potentiellement contaminant lors de la préparation et du partage.

### *Des salles de consommation*

Et encore faut-il se shooter dans des bonnes conditions, et sûrement pas dans la précarité de la rue, qui rajoute des situations d'urgence et de prise de risques. C'est pour cela qu'il faut apprendre aux usagers à s'injecter et mettre à disposition des usagErEs précaires des endroits pour le faire proprement. L'installation d'un modèle de salle de consommation lors de la journée mondiale Hépatites le 19 mai 2009, destinée à exposer un des outils de réduction des risques qui pourrait répondre à ces enjeux a fait bouger quelques politiques et médias, mais aujourd'hui, à la veille de la prochaine journée contre les hépatites, il n'y a toujours rien de concret.

### *Des campagnes d'information*

De plus, il y a une inconscience de la prise de risque par les usagers de drogues. Ainsi 35 % n'ont pas conscience des risques de transmission du VHC liés au partage du petit matériel. Sans compter les idées fausses qui circulent entre consommateurs sur les risques et les moyens de les éviter (par exemple chauffer le mélange détruit les virus et les bactéries, etc.). Il y a une information d'ampleur à faire passer aux usagers de drogues, qui pourrait se faire par des grandes campagnes de communication grand public.

### *Aucune réduction des risques en prison !*

Enfin, la population carcéral a une prévalence 6 fois supérieure à la population générale. L'usage de

---

<sup>5</sup>InVS-ANRS Coquelicot, 2004

drogue et l'injection est présent en prison. Ainsi, selon une étude dans la région PACA en 1999<sup>6</sup>, 43% des usagers de drogues injecteurs actifs avant incarcération continuent à s'injecter en prison, 21% de ceux s'injectant en prison partagent leur matériel, 7% se sont initiés au shoot en prison. L'échange de matériel d'injection n'étant pas disponible en prison, les seringues s'échangent entre détenus, et la contamination par l'hépatite C, voire par le VIH avec.

**Act Up-Paris exige :**

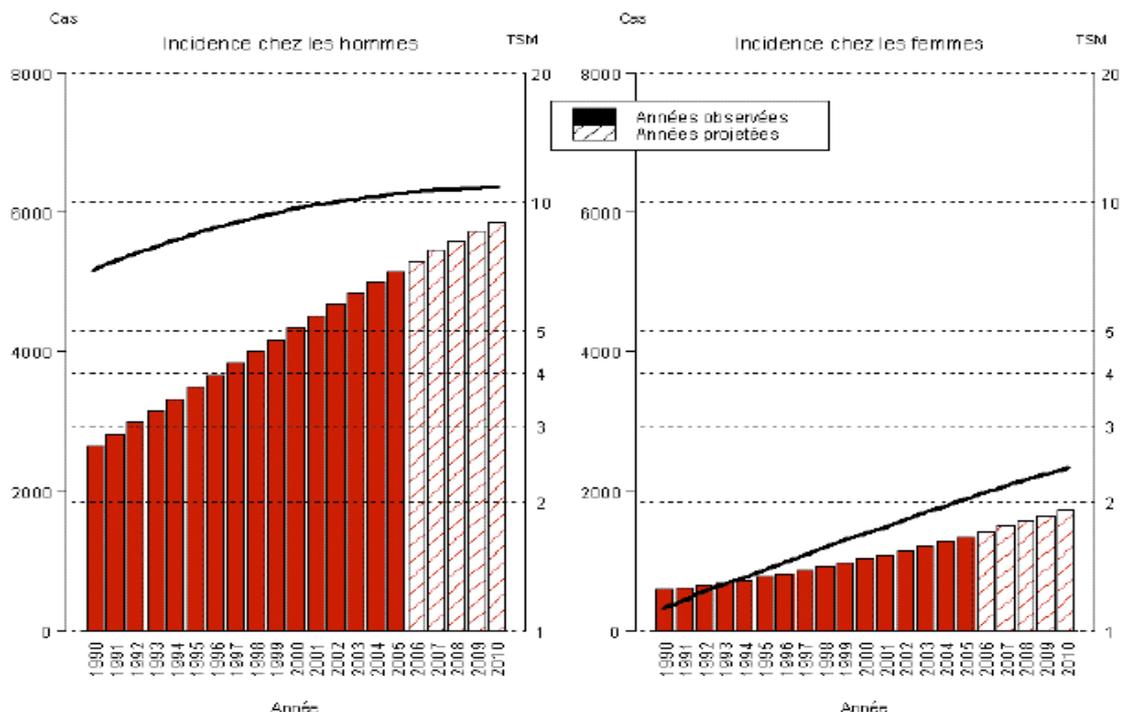
- **Des campagnes d'information massive à destination des UD sur les dangers du VHC et ses modes de transmission ;**
- **La mise en place de programme d'échange de matériel de consommation : paille, pipe à crack, etc. partout où il y en a pas (13 départements)**
- **La mise en place immédiate de programmes d'échanges de seringues et de RDR en prison ;**
- **L'accélération de l'installation de salles de consommation de drogues à moindre risques.**

## Dépistage

Environ 1 personne sur deux ne sait pas qu'elle vit avec un virus de l'hépatite C chronique. Plus on attend pour traiter, plus les dégâts liés au virus de l'hépatite C ont des risques d'être irréversibles et plus les chances de guérison sont minces. À un stade avancé, la prise en charge fait appel à des soins particulièrement lourds : elle est aujourd'hui à l'origine de plus de la moitié des cancers du foie et constitue la seconde cause de transplantation hépatique après les cirrhoses alcooliques.

Mais on s'attend à un triplement des cancers du foie en 2025, évolution qui pourrait être évitée s'il y avait eu dépistage et prise en charge précoces.

**Evolution du nombre de cas (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2010 en France**



*Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010, INVS*

Ignorer qu'on vit avec le virus conduit de plus à transmettre la maladie sans le savoir. Ainsi il existe une méconnaissance des usagers de leur statut sérologique pour le VHC. L'étude Coquelicot révèle que 27 % des usagers se déclarent séronégatifs au VHC à tort alors que pour le VIH, les résultats déclaratifs et biologiques sont quasiment concordants : 2 % des usagers se déclarent séronégatifs au VIH à tort. Des usagers contaminés continuent donc de transmettre le virus sans le savoir. D'où l'importance de permettre un dépistage dans les centres qui accueillent ces usagers souvent précarisés, qui auront très peu de chances d'aller dans les CDAG.

**Act Up-Paris exige :**

- **que des moyens soient donnés au CDAG, et aux centres qui accueillent des usagers de drogues (CAARUD, CSAPA) pour pouvoir dépister les hépatites ;**
- **que le gouvernement investisse dans des campagnes de dépistage ciblées et grand public.**

## Traitements

Il existe un traitement qui permet de guérir dans 50 à 80% des cas selon le génotype du virus. Le traitement dure de 24 à 48 semaines.

### **La précarité rend le traitement impossible**

Les effets des traitements (fatigue, anxiété, épisodes dépressifs, trouble du sommeil de la concentration...) peuvent être très gênants, et peuvent avoir un effet désastreux sur la vie professionnelle, sociale et affective, et encore plus sur les populations citées plus haut, qui sont très fragiles. La dureté des traitements exige d'avoir un logement. Hors, les logements thérapeutiques ne sont pas accessibles aux malades de l'hépatite C. Ce qui exclut des traitements les populations les plus précaires sans chez soi, qui sont pourtant 3,5 fois plus touché par le VHC que la population générale.

### **Trop peu de recherche sur la coinfection VIH-VHC**

Malgré l'existence de traitements, 2600 personnes meurent chaque année en France, faute d'un traitement efficace : les hépatites sont la première cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Le VIH aggrave le pronostic de l'infection par le VHC, avec une progression deux fois plus rapide de la fibrose et un risque de fibrose décompensée 5 fois supérieur.

Ces populations qui auraient le plus besoin des nouveaux traitements parce qu'il sont en danger de morts<sup>7</sup> et qu'il ne sont pas répondeurs au traitement actuel<sup>8</sup>, sont actuellement exclus des essais thérapeutiques parce les laboratoires pharmaceutiques, pour avoir des meilleurs résultats que le voisin, ne prennent que des « bons » patients, qui permettent d'optimiser les résultats, et non les personnes qui posent le plus de problèmes et qui correspondent à une grande part de l'épidémie.

### **Act Up-Paris exige :**

- **que les malades aient accès à un appartement thérapeutique pour se soigner**
- **que les personnes cirrhotiques ou co-infectées VIH puissent intégrer les essais de nouvelles molécules dès la phase 2.**

---

7 Lire la présentation de Mark Nelson, directeur du service VIH, directeur adjoint de recherche sur le VIH, au Chelsea and Westminster Hospital à Londres : <http://www.actupparis.org/spip.php?article3893>

8 25 à 40% seulement de succès selon « Co-infection : Des progrès indéniables, des obstacles nombreux » par Stanislas Pol, Hôpital Cochin

## Sources :

SOS hépatites : Hépatite : *La maladie silencieuse* – Dossier de presse

LeMonde.fr : "[La prévention de l'hépatite C a 20 ans de retard sur le sida](#)", le 19 mai 2009

*Co-infection : Des progrès indéniables, des obstacles nombreux*, par Stanislas Pol, Hôpital Cochin , 25/03/2010 (<http://www.vih.org/20100325/co-infection-progres-indeniables-obstacles-nombreux-13252>)

*Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010*, Inserm

Rotily (M) et al. *Drogues et toxicomanies: indicateurs et tendances. L'usage de drogues en milieu carcéral*. Édition 1999. OFDT p198-201

*Médicaments de Substitution Opiacée & Milieu Carcéral*, Laurent Michel, Juillet 2009

*Le dispositif national de réduction des risques - Enquête inter-associative*, 2006

M. Jauffret-Roustide et al. *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France*, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, BEH 33/5 septembre 2006, p. 244-247

INVS, *Prévalences de hépatites en France*, 2004

Act Up-Paris, « Co-infection VIH-VHC – Des traitements, c'est urgent ! », *Protocoles 59*, janvier 2010, disponible sur <http://www.actupparis.org/spip.php?article3893>