

RESONANCE SANTE

Mai 2009

Numéro 15

Bulletin d'information de REVIH-STTS

Réseau de Santé VIH - Hépatites - Toxicomanies en Savoie

Journée Mondiale des Hépatites

Sommaire

Edito / Pôle hépatites.....p.1

Education thérapeutique /
Nutrition.....p.2 / 3

Consultation psy / ESP.....p.4

Le traitement de l'hépatite C.....p.5

Hémovigilance / Témoignage... p.6

Comité de rédaction

Dr B. de GOER

L. TORCHIO

M. MESSANGES

EDITO

600 000 personnes contaminées par le virus de l'hépatite C en France, 400 000 porteurs du virus de l'hépatite B. Les hépatites virales restent un problème de santé publique et aboutissent à des difficultés spécifiques pour les personnes atteintes. A l'échelle mondiale, ce sont des épidémies dramatiques.

Ce Résonance spécial autour de la **journée mondiale des hépatites du 19 mai 2009** présente les actions du pôle hépatites de REVIH-STTS. Je remercie ici sincèrement tous ceux qui luttent au jour le jour contre ces maladies, en lien avec les personnes atteintes. Sans oublier les professionnels de l'aide à domicile, des appartements de coordination thérapeutique, du programme d'échanges de seringues, de la mise à jour du site... qui permettent d'avoir un panel d'outils cohérents dans la lutte contre les hépatites virales au sein de notre département.

Docteur Bruno DE GOER - Président REVIH-STTS

Les missions du pôle hépatites

Si à la naissance de l'association en 1994, les actions étaient orientées autour des patients atteints par le VIH/SIDA, dès 1999, un pôle hépatites a été créé. Constitué d'une équipe pluridisciplinaire, il répond à une politique globale de santé publique en assurant des missions allant de la prévention aux soins.

Dans le champ de la prévention, les actions sont menées auprès de publics diversifiés : le « tout public » dans le cadre des journées mondiales des hépatites, le « jeune public » à travers des informations dans les lycées sous forme de stands... Les messages diffusés concernent le dépistage, les modes de contamination, les moyens de prévention, la vaccination contre l'hépatite B... Dans ce cadre, de nouvelles plaquettes ont été réalisées : triptyques sur les virus des hépatites B et C (VHB et VHC) destinés au public, plaquettes d'information à l'usage des professionnels et bénévoles amenés à animer des stands de prévention.

Des formations sont organisées en direction des professionnels de la santé et du social (auprès des travailleurs sociaux, de la santé scolaire...).

Dans le domaine de la réduction des risques, le pôle hépatites a relancé le travail en partenariat avec différentes professions dont la pratique peut engendrer des risques infectieux. Cela a abouti à l'élaboration de nouvelles plaquettes destinées aux professionnels de la coiffure et de l'esthétique. Concernant les actes de tatouage et de piercing, l'association a amorcé une réflexion guidée par le décret n° 2008-149 du 19 février 2008 et l'arrêté du 12 décembre 2008 afin de proposer aux professionnels pratiquant ces actes une formation valide répondant aux exigences du ministère. Cela vient s'inscrire dans la continuité du travail déjà effectué par REVIH-STTS (guide de bonnes pratiques, site Internet, flyers et affiches « Si c'est bien fait, c'est OK »). Toutes ces actions permettent de maintenir une dynamique informative auprès des professionnels et du public ; l'enjeu étant de conserver voire d'élever le niveau de vigilance par rapport aux risques.

Dans le champ du soin, la prise en charge se veut globale et cohérente en vue de l'amélioration de l'état de santé et de la vie quotidienne du patient. Ce dernier est au centre des préoccupations de l'équipe et mobilise des ressources et des compétences complémentaires (médecins, psychologue, infirmière, diététicienne, secrétaire, bénévoles...). Le pôle hépatites propose ainsi des consultations ; il travaille en lien avec les médecins référents hospitaliers et la médecine libérale.

Au Centre Hospitalier, des réunions de concertation composées du médecin coordinateur, F. BOURHIS, de gastro-entérologues et de médecins en infectiologie sont organisées afin de mener une réflexion commune sur les dossiers des patients (conduite à tenir, indication de traitement...). Certaines situations sont soumises à un avis supplémentaire par visio-conférence avec le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

La direction générale de la santé (DGS) a lancé le **nouveau plan national** de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Il faut retenir cinq axes stratégiques : réduire la transmission des virus (prévention primaire), renforcer le dépistage, améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge, cibler les populations carcérales, améliorer la surveillance (épidémiologie, évaluation et recherche).

Sylvie BOUTONNET - Infirmière

Centre Hospitalier - Pavillon Ste Hélène - BP 1125 - 73011 CHAMBERY cedex

REVIH-STTS

☎ 04 79 96 58 25

☎ 04 79 96 58 27

mail : revih-sts@orange.fr

Santé Précarité

☎ 04 79 96 51 06

☎ 04 79 96 51 71

site internet : www.revih-sts.fr



Des questions sur les modes de contamination, le dépistage...



L'éducation thérapeutique

(3^{ème} axe stratégique du plan 2009-2012)

Le poste d'infirmière du pôle hépatites se caractérise par une double mission : une mission en lien avec le réseau de prévention et une mission en lien avec les malades (service de gastro-entérologie et d'infectiologie).

Ce sont essentiellement les médecins hospitaliers qui proposent aux patients les consultations infirmières; mais les malades lui sont aussi adressés par des professionnels libéraux.

Les consultations visent à accompagner les patients durant le traitement, avec 3 objectifs principaux :

- aller jusqu'au bout du traitement
- maintenir une observance maximum (cela augmente les chances de réponses thérapeutiques de 20%)
- conserver une qualité de vie et favoriser l'autonomie (appropriation de savoirs et de compétences).

Le dispositif prévoit aussi de répondre à des demandes ponctuelles d'information hors du cadre d'un traitement.

La démarche éducative contribue à initier et faire fructifier la relation au patient (cadre de travail basé sur la collaboration : le malade est acteur). Les séances d'éducation vont au-delà de la simple information : c'est un travail d'évaluation avec identification des besoins et des ressources des patients qui permet de poser un diagnostic éducatif.

Le programme d'éducation thérapeutique comprend des consultations avant traitement, une consultation d'initialisation du traitement et des consultations de soutien au traitement organisées selon les besoins et la demande des malades. La consultation est aussi ouverte aux proches des patients (conseil, information).

La consultation avant traitement :

C'est une première prise de contact avec l'infirmière et la possibilité d'instaurer une relation de confiance. L'expérience a montré que les premiers pas lors de la mise en route du traitement sont déterminants pour la suite. Cette consultation est une préparation au traitement : évaluation de la compréhension du patient et réajustements éventuels (dimension cognitive), évaluation du contexte (dimension socioprofessionnelle et psychoaffective). Cet entretien permet de définir avec la personne le moment adapté pour débiter la bi-thérapie.

La consultation d'initialisation du traitement :

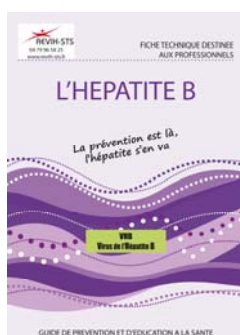
Elle est centrée sur le traitement : information sur les effets secondaires, la manière de les gérer au mieux ; éducation à l'auto-injection et évaluation...

Les consultations de soutien au traitement et les consultations téléphoniques :

Il s'agit de renforcer les messages en lien avec le traitement et la maladie. On fait le point sur la tolérance du traitement, les répercussions éventuelles sur la vie quotidienne, l'observance ... Ces séances permettent d'identifier les ressources du patient (on mobilise ce qui fonctionne bien et on soutient les efforts) et d'identifier les difficultés et facteurs limitants afin d'en référer au médecin. Les consultations téléphoniques permettent de maintenir un lien pour les personnes géographiquement éloignées ou en cas de difficultés particulières. C'est un temps proposé de soutien et d'écoute.

Afin d'assurer une continuité dans la prise en charge, des liens sont établis avec les partenaires libéraux, les CADA, CHRS...et une collaboration étroite s'effectue avec l'infirmière de la PASS.

Sylvie BOUTONNET
Infirmière du Pôle hépatites



...rendez-vous sur le site de REVIH-STIS
-> outils de prévention



Dans le cadre de la journée mondiale des hépatites, l'ESPACE DE SANTE PUBLIQUE ouvrira exceptionnellement ses portes

le mardi 19 mai de 10 h à 12 h et de 14 h à 17 h

En parallèle, diverses manifestations auront lieu : stands de prévention au centre ville de Chambéry :
boulevard de la Colonne de 15h à 18h, dans les lycées et autres structures partenaires.

Les hépatites virales chroniques et la nutrition

Le régime alimentaire est une composante importante de la prise en charge globale des patients infectés par les virus des hépatites B et C.

Cependant, il ne s'agit pas là de parler de régime au sens restrictif du terme mais bien d'une **alimentation équilibrée** afin d'obtenir un statut nutritionnel optimal à tous les stades de la maladie et aider le foie à mieux fonctionner. En effet, hormis l'alcool qu'il convient de supprimer, il n'y a aucune restriction alimentaire et tous les aliments y compris les œufs, le chocolat... sont autorisés.

♦ Le plus tôt possible, chez les personnes atteintes d'hépatites virales chroniques, l'accent sera mis sur l'intérêt de bien se nourrir en diversifiant son alimentation ce qui permettra d'obtenir un équilibre nutritionnel. Au cours de la consultation diététique, après avoir pris connaissance des habitudes alimentaires des patients, les conseils seront adaptés afin de répondre aux besoins en calories, protéines, vitamines, minéraux et de faire un bon choix dans les matières grasses. Chez la personne en surpoids atteinte de stéatose hépatique, il faudra peut-être envisager une perte de poids pour améliorer l'état de son foie mais il ne s'agira en aucune façon d'adopter un régime-choc amaigrissant !

♦ Lorsque le patient est sous traitement, les effets secondaires souvent rencontrés (fatigue, nausées, perte d'appétit...) obligent à réévaluer les ingesta et à donner les conseils adaptés pour une meilleure tolérance des aliments (goût altéré parfois, sensibilité aux odeurs...) et pour intensifier la prise alimentaire (enrichissement des préparations, collations...) afin d'éviter une perte de poids éventuelle. C'est à ce moment-là que des compléments nutritionnels peuvent être proposés afin de fournir des calories supplémentaires.

En conclusion, la progression de la maladie est fréquemment une cause de malnutrition. Il faut, dans un premier temps, corriger les idées fausses concernant les « interdits » alimentaires (seul l'alcool est à proscrire) afin d'avoir une alimentation équilibrée et maintenir un niveau d'activité physique si cela est possible.

Dans le cas des patients traités, l'objectif premier sera d'obtenir une alimentation suffisante malgré la lourdeur des traitements avec une surveillance régulière du poids.

Le suivi diététique est individualisé et il évolue avec la maladie, il doit respecter les goûts et les habitudes du patient, tenir compte des paramètres cliniques et sociaux afin d'aider la personne à se nourrir correctement tout en y trouvant du plaisir.

Laetitia TORCHIO
Diététicienne du Pôle hépatites



Des questions sur les risques professionnels
et les mesures de prévention...

...rendez-vous sur le site de REVIH-STs

-> réseau de prévention

-> coiffeurs / esthéticiennes



Pour être protégé contre l'hépatite B, pensez à vous faire vacciner !

Consultation psychologique des patients atteints d'hépatite virale

La consultation psychologique du Pôle Hépatites de REVIH-STS a été mise en place en mai 2001 : la bi-thérapie INTERFERON peg (une seule injection hebdomadaire désormais au lieu des 3 avec l'IFN standard) + RIBAVIRINE se faisait en traitement curatif sur 24 à ou 48 semaines ; des traitements associés, injectables aussi, se sont vus prescrire pour limiter certains effets secondaires hémolytiques et permettre ainsi la poursuite de la bi-thérapie. En cas de non réponse virologique, le traitement curatif pouvait être prolongé ; puis le traitement dit d'entretien a été proposé qui devait ralentir l'évolution vers les complications hépatiques, avant d'être préconisé de façon plus spécifique; en même temps, les « nouvelles molécules » étaient attendues (et le sont toujours) comme la garantie d'un non abandon thérapeutique et la promesse d'une possible guérison à venir. La charge virale à présent quantifiable en temps réel et le FIBROSCAN, quand il est accessible, affinent encore les repères cliniques et thérapeutiques. Pour autant, la réalité des patients n'a elle guère évoluée et s'inscrit dans une temporalité a priori scandée par les « événements » médicaux mais aussi rythmée par la résonance intime, subjective, de ces événements avec leur propre histoire de vie, avec leurs propres représentations, et avec leurs propres capacités à composer

avec la réalité objective de la maladie et du soin.

Chaque événement provoque l'émergence de cette subjectivité en quête de reconnaissance : reconnaissance par l'autre qui soigne, mais aussi reconnaissance par soi-même tant il est vrai que l'épreuve de la conscience de sa maladie et celle du traitement bouleversent un tant soit peu le rapport à soi et à l'environnement.

Il y a ces moments si particuliers que sont l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique grave même si elle est souvent restée longtemps asymptomatique ; la décision de démarrer (parfois à nouveau) un traitement très lourd, ou sa procrastination voire son évitement ; le temps du traitement médicamenteux stricto sensu. avec sa symptomatologie cette fois bruyante qui n'affecte pas que le corps mais bien la personne toute entière ; l'annonce d'une non réponse virologique et celle de devoir poursuivre ou arrêter ce traitement ; le délai d'attente avant de pouvoir confirmer une guérison virologique (6 mois au moins après l'arrêt du traitement) ; et parfois aussi réaliser qu'éradication virale n'est pas synonyme de guérison hépatique ; ce pourra être aussi l'annonce d'une cirrhose ou d'un cancer hépatocellulaire, celle d'une pathologie se révélant au décours du traitement (diabète, parkinson, épilepsie ...); plus tard encore celle de la nécessité d'une transplantation venant aussi opérer des profonds remaniements de cette réalité subjective et du rapport à la vie mais aussi à la mort... Il y aura désormais un

avant et un depuis...

Quel soulagement bien sûr à la confirmation de la guérison virologique qui sera entendue essentiellement comme guérison tout court... et pourtant cette annonce pourra parfois induire quelque nostalgie, non pas de l'affection virale bien sûr, mais d'une probable fonction contenante du dispositif de soin investi au-delà des seuls enjeux thérapeutiques objectifs. Il y a aussi des patients pour nous dire qu'ils n'avaient jamais été aussi bien traités en tant que personne, si d'autres s'accrochent à une identité plus circonscrite de malade.

Inscrire le soin psychique dans la prise en charge de telles affections chroniques d'origine virales c'est aussi offrir au patient un lieu où l'alliance thérapeutique est d'abord au service du sujet, le « distrayant » parfois d'un surinvestissement de la maladie et de son traitement au profit d'un réinvestissement, fusse-t-il aléatoire, de ce que « être en vie » signifie pour lui quoi qu'il en soit. Cette offre de soin ne saurait être envisagée seulement contemporaine du traitement médicamenteux : elle s'inscrit de fait dans une temporalité dictée à la fois par des caractéristiques de personnalité et par celles de la maladie chronique, ainsi que leurs aléas en lien ou non avec l'affection virale et/ou le traitement – dans la mesure bien sûr où le patient le désire.

Nadine VACOGNE
Psychologue Clinicienne
Pôle hépatites REVIH-STS

L'Espace de Santé Publique est un service qui a été ouvert en 2006 à l'hôpital de Chambéry et qui est situé dans le bâtiment Sainte Hélène au 2ème étage.

Il s'agit d'une unité à compétence départementale qui assure, parmi ses missions, le fonctionnement du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

Dans le cadre du CIDDIST, des équipes composées de médecins, infirmières, sages-femmes, assistante sociale et secrétaires assurent la prévention et le dépistage du VIH, des virus des Hépatites B et C et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Les personnes sont accueillies sans rendez-vous lors de permanences qui ont lieu :

- le lundi de 10H00 à 12H00
- le mercredi de 10H00 à 13H00 et de 14H00 à 17H00
- le jeudi de 17H00 à 19H30.

Lors de ces permanences, ces personnes peuvent bénéficier :

- de conseils de prévention personnalisés
- de tests de dépistage du VIH, des hépatites B et C et des IST
- d'un suivi médical
- d'un accès aux soins et aux traitements en cas de besoin.

Le CIDDIST assure également cette activité :

- dans ses antennes départementales :
 - au centre d'orthogénie de l'hôpital de Chambéry
 - dans les centres de planification et d'éducation familiale du Conseil Général
 - à l'hôpital d'Aix-les-Bains
 - à l'hôpital de Saint Jean de Maurienne
 - dans un cabinet médical à Albertville

- au centre de soins pour toxicomanes « le Pélican »
- au sein des unités de soin des deux prisons de Savoie
- au sein de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du Centre hospitalier de Chambéry.

➤ de manière délocalisée
(hors les murs) :

- dans 11 stations de sports d'hiver
- à l'université de Savoie (Technolac et Jacob Bellecombette)
- lors de certaines manifestations (journée mondiale de lutte contre le sida, journée mondiale des hépatites, Sidaction, festival Lafi Bala, ...).

Docteur Antoine CAPRIOLI
Espace de Santé Publique
CIDDIST ☎ 04 79 96 51 52

Traitement de l'hépatite C : du présent vers l'avenir

Le présent :

Le traitement de l'hépatite C a progressé de façon significative ces dernières années grâce à l'association INTERFERON PEGYLE et RIBAVIRINE. Ce traitement permet d'obtenir potentiellement une guérison de cette infection virale chronique. La réponse virologique soutenue, qui correspond à une disparition du virus plus de 6 mois après l'arrêt du traitement, est obtenue dans environ 50 à 55 % des cas. Les résultats sont meilleurs chez les patients de génotype 2 ou 3 où les chances de réponses virologiques soutenues sont de 80 à 90 % après 6 mois de traitement. Les résultats après 12 mois de traitement sont moins bons avec 50 % de succès dans le génotype 1 et 65 % de succès pour le génotype 4.

Ce traitement a été une réelle avancée et il est important de rappeler qu'à la différence du VIH, le traitement en durée limitée peut permettre une éradication définitive du virus synonyme de guérison.

Les critères de mise au traitement sont bien codifiés : traitement systématiquement proposé au vu des bons résultats pour les génotypes 2 ou 3, traitement à entreprendre en cas de fibrose évolutive (supérieure ou égale à F2) pour les génotypes 1 ou 4. On doit également tenir compte de l'âge, d'éventuelles co-infections (VIH, hépatite B) et des antécédents de la personne (terrain psychologique...).

Le problème principal de ce traitement reste ses effets secondaires qui sont assez fréquents de type fatigue, amaigrissement, retentissement psychologique, irritabilité, retentissement éventuel sur la thyroïde, anémie... Ces effets secondaires donnent une mauvaise réputation à cette thérapeutique. Avec le recul et l'expérience, ce traitement est maintenant mieux expliqué, mieux encadré et mieux soutenu. Ceci repose sur des équipes multidisciplinaires de soutien au traitement et d'éducation thérapeutique développées à la fois en milieu hospitalier et vers la ville par l'intermédiaire des réseaux ville-hôpitaux : REVIH-STS et ResAdH en Savoie. Le soutien infirmier, psychologique et par le médecin traitant est en effet indispensable en complément d'une éventuelle prise en charge soit à l'hôpital, soit par des spécialistes en ville.

Le problème, outre les effets secondaires, reste la gestion des échecs du traitement. Ces derniers peuvent correspondre :
. Soit à des non-réponses au traitement : absence de diminution ou de disparition du virus VHC durant le traitement,
. Soit à des rechutes après l'arrêt du traitement : disparition du virus pendant le traitement mais rechute après l'arrêt de ce dernier.

Quel avenir ?

De nouvelles molécules ou de nouvelles stratégies thérapeutiques tentent de se développer depuis plusieurs années. Différentes pistes sont développées pour les années qui viennent :

Au vu de différentes études, il est maintenant tenté d'optimiser au mieux le traitement classique par INTERFERON PEGYLE-RIBAVIRINE en particulier en dosant la RIBAVIRINE de façon à pouvoir mettre ce médicament dans des taux sanguins les plus efficaces possibles. Des nouvelles formes d'INTERFERON, en train d'être développées, permettront peut-être de meilleurs résultats. Une bonne observance de l'ensemble du traitement est bien sûr fondamentale pour obtenir des meilleures chances de succès.

De nouvelles molécules sont en cours d'expérimentation. Il s'agit :

➤ Des antiprotéases, principalement. Deux molécules sont actuellement en phase 3 d'expérimentation et pourraient être disponibles dans les deux années qui viennent si leur efficacité et leur tolérance se confirment. Il s'agit principalement du Téraprevir. Ce traitement, expérimenté dans les génotypes 1, apporte 20 % de chances supplémentaires de succès en étant utilisé pendant 12 semaines en association avec le traitement classique Interféron Pégylé-Ribavirine, le traitement classique étant poursuivi ensuite. Le problème principal est celui de ses effets secondaires, en particulier cutanés. Il semble apporter également de bons résultats chez les patients rechuteurs ou non-répondeurs. Son efficacité et sa tolérance à plus large échelle sont en cours d'expérimentation grâce aux essais en cours.

La deuxième molécule en cours d'expérimentation avancée est le Bocéprevir. Sa tolérance paraît comme correcte et les premiers résultats encourageants. Là aussi, son utilisation se fait en association avec le traitement Interféron-Ribavirine. Outre la tolérance, il faut vérifier son efficacité à plus long terme et les éventuelles apparitions de résistance par mutation.

D'autres molécules de la même famille d'antiprotéases sont en phase d'expérimentation moins avancée.

L'utilisation de ces molécules chez les patients co-infectés par le VIH restera, bien entendu, un enjeu important.

➤ Une deuxième famille de médicaments actifs contre le VHC est en cours de développement. Il s'agit des antipolymérase de type analogues nucléosidiques ou non nucléosidiques. Certaines de ces molécules ont dû être arrêtées en raison d'effets secondaires. D'autres sont en cours d'expérimentation. Il est trop tôt pour dire s'ils donneront des résultats intéressants. Leur efficacité mesurée sur une courte durée apparaît prometteuse.

D'autres pistes sont également en cours d'essai ou de développement. Il s'agit en particulier de médicament antifibrosants ainsi que l'expérimentation de nouvelles molécules comme la Nitazoxanide.

La Ribavirine reste un pivot du traitement mais son effet indésirable majeur reste l'anémie. Les nouvelles molécules proches de la Ribavirine, en particulier la Viramidine (Taribavirine), sont en cours d'essais pour confirmer une meilleure tolérance.

En conclusion, la recherche est donc active quant à la mise au point de nouveaux types de traitement pour l'hépatite C. L'orientation actuelle est de conserver dans un premier temps, en l'optimisant, le traitement par INTERFERON-RIBAVIRINE qui reste le pivot du traitement et en y associant de nouvelles molécules pour aller vers des schémas de type tri-thérapies ou multi-thérapies. L'objectif sera d'apporter un meilleur pourcentage de succès global et de pouvoir proposer des schémas thérapeutiques pour les patients non-répondeurs ou rechuteurs. Dans un deuxième temps, on pourra aller vers une combinaison des nouvelles molécules en espérant une meilleure efficacité et une meilleure tolérance.

Le dépistage précoce et la prévention restent fondamentaux.

Transfusion et Hépatites : Où en est-on ?

La transfusion a malheureusement été pourvoyeuse d'un grand nombre d'hépatites B et C dans les années 70 à 90. Fort heureusement, la sécurité virale des produits transfusés n'a cessé de s'améliorer dans ces 15 dernières années. Les sérologies hépatites B et C des donneurs ont été testées dès que le virus a été identifié, c'est-à-dire dès 1988 pour le VHB et dès 1990 pour le VHC mais il a fallu attendre 1992 et la dernière génération des tests Elisa pour détecter tous les donneurs VHC positifs et les refuser au don du sang.

Actuellement, la politique de sélection des donneurs est telle, qu'on ne peut absolument pas laisser passer de cas positifs, quitte à refuser des gens sains mais avec marqueurs faussement positifs.

La crainte de la transmission de l'agent Creutzfeldt Jacob par le sang a entraîné l'éviction totale de tous les donneurs de sang transfusés une fois dans leur vie, même si sains, depuis septembre 1997.

En 2001, une Détection du Génome Viral (DGV), sorte de PCR couplée sur le VHC et le VIH, a été mise en place, permettant de diminuer le temps de la fenêtre silencieuse.

L'InVS surveille annuellement le risque résiduel viral chez les donneurs de sang.

On estime pour la période 2004 – 2006, que le risque VHC est de 2 dons infectés par an : 1 cas pour le VIH et 1 cas tous les 3 ans pour le VHC. Ces cas ne sont néanmoins pas observés bien que 500 000 patients aient reçu 2 700 000 produits sanguins labiles (PSL) en 2007.

Le risque viral résiduel de la transfusion est très faible, à tel point qu'en 2006, le ministère a supprimé le suivi post-transfusionnel sérologique systématique des receveurs pour le VIH et les hépatites B et C.

Le réseau d'Hémovigilance et l'Afssaps surveillent aussi les receveurs de PSL. Il n'y a qu'une contamination virale prouvée par VHC en 2007, aucune en 2006.

Le risque actuel de la transfusion consiste essentiellement en des problèmes d'allergies et d'immunisation contre les globules rouges mais surtout, il existe une pénurie de sang qui pourrait devenir problématique dans les années à venir car le nombre de patients transfusés augmente.

Il faut donc trouver de nouveaux donneurs sains et fidèles.

Dr V. GAY, médecin d'hémovigilance, CH Chambéry

Bonjour tout le monde,

Témoignage

Transfusé en Novembre 1985, hépatite virale C découverte en 1995. J'ai rapidement compris qu'il fallait passer par un traitement, même lourd, pour mettre toutes les chances de mon côté. Il a fallu "accepter" que ma maladie soit due à une négligence de la science - si par contre la négligence d'hommes politiques avait été incriminée pour le VIH - et que, sans ces transfusions, je pourrais avoir une meilleure santé. Ces politiques ont choisi, parce que cela coûtait moins cher, de ne pas faire subir certains traitements au sang, en prenant ainsi de gros risques et j'estime qu'il ne suffit pas de dire "responsables mais pas coupables", car dans ces cas-là, n'importe qui peut faire n'importe quoi, à tous les niveaux ! Je n'ai toujours pas changé d'avis à ce sujet.

En juin 2003 je me suis décidé à faire le traitement. Il est vrai que ce traitement a été très difficile à supporter. J'ai ressenti fatigue, lassitude, nausées, fièvre, état grippal, besoin de dormir à n'importe quel moment de la journée, démangeaisons sur tout le corps contre lesquelles je ne pouvais pas lutter, impossibilité de travailler moi qui auparavant m'occupais toujours.

J'ai traversé des périodes de doute, plus de libido. Malgré cela j'ai toujours pensé qu'au bout il y aurait peut-être une amélioration ou même une guérison. J'ai toujours préparé mes comprimés et fait mes injections moi-même. J'ai toujours fait confiance au spécialiste qui me suit et, me sentant à l'aise avec lui, je lui ai posé des tas de questions et il me répondait franchement. Nous avons même parlé ensemble de l'éventualité d'une greffe de foie et il m'a dit que ce n'était pas encore le moment, mais qu'il fallait faire une échographie tous les six mois pour voir s'il n'y avait pas de cellules cancéreuses, de "nodules".

A la fin de ce premier traitement le virus était toujours détectable et 8 mois après j'ai repris un second traitement. La charge virale était moins élevée mais le virus toujours là. Je ne voulais plus faire de traitement ... le Docteur me disait qu'il y avait peut-être des chances ... j'ai accepté de recommencer ... mais surtout, il fallait le faire. Après une interruption de 6 mois, j'ai donc repris un troisième traitement d'une durée de 18 mois cette fois, alors que les deux autres étaient, le premier de un an et le second de 6 mois (dit alors traitement d'entretien).

Sur l'avis de mon spécialiste en ville qui travaillait en collaboration avec un médecin hospitalier de Grenoble, j'ai donc repris cette bi-thérapie INTERFERON en injection une fois par semaine et RIBAVIRINE en comprimés quotidiens. Les effets secondaires qui s'étaient atténués pendant la période du traitement d'entretien se sont accentués avec encore grande fatigue, faiblesse des jambes, besoin de me coucher souvent, démangeaisons, perte d'appétit. Malgré tout cela j'ai "tenu le coup" et gardé le moral en général, malgré les résultats des prises de sang qui montraient une baisse des plaquettes et ... tout le reste ! Peu avant la fin de ce traitement j'ai dû aussi commencer un autre traitement en raison d'un Parkinson qui venait d'être diagnostiqué.

Vivant seul je n'ai pas beaucoup été aidé, côté famille 10%, côté amie 15%. C'est un traitement très lourd, équivalent ou presque à "la chimio" et puis, c'est tous les jours. Finalement le résultat m'a prouvé que j'avais bien fait de garder confiance, et de tenir bon pendant ces 18 mois car depuis la fin du traitement le 7 septembre 2007, le virus n'est plus détectable. Je dois néanmoins rester sous surveillance ...

Je tiens à remercier la psychologue du Pôle Hépatites de REVIH-STS qui m'a beaucoup aidé ainsi que mon spécialiste et mon généraliste.

V.P. le 19 février 2009