

ATELIER 1

Dr Brigitte REBOULOT, CRIPS PACA

Risques de transmission de l'hépatite C





Contexte : Risque de transmission sexuelle

Le risque de transmission sexuelle de l'hépatite C est considéré comme extrêmement faible parmi les hétérosexuels (qq soit la pratique sexuelle)

Couples hétérosexuels stables :

$< 1 / 10^6$ contacts sexuels (Vandelli, 2004)

Hétérosexuels multipartenaires :

Risque 2 fois plus important (Wang, 2007)

⇒ Pas de recommandation de prévention des risques sexuels dans les couples hétérosexuels

Contexte : chez les HSH

Depuis 2000, en Europe, chez des homosexuels VIH+ non usagers de drogue IV :

- Survenue d'hépatites aiguës C associées à:
 - ◆ IST concomitantes (syphilis, LGV) (*Ghosn, 2006*)
 - ◆ certaines pratiques sexuelles (fist) (*Browne, 2004; Danta 2007*)
- Incidence du VHC augmente chez les VIH+ (*Rauch, 2005; Urbanus, 2007*)
- 2/ 3 des contaminations incidentes sont chez les HSH
- D'où étude HEPAIG 2006 – 2007 : hypothèses de transmission, pratiques particulières... dans 290 services hospitaliers VIH.
- 56 cas VHC rapportés en 2006, 46 en 2007

Résultats HEPaIG

Nombre médian de partenaires sexuels : 20 [1;170]

Avoir eu au moins 1 IST : 63 %

Usage de cocaïne pernasal : 26 %

Avoir consommé ≥ 1 substance psycho-active avant les rapports sexuels : 94 %

Pénétrations anales non protégées 90%

Pratiques hard : dont fist 57% non protégé

Pratiques avec saignement : 47%

Multiplicité des opportunités de transmission du VHC

- IST, VIH
- Pratiques hard : « pratiques très insertives »
- associées à des consommations multiples de substances psycho-actives
- SLAM et cathinones

- **Nécessité d'adapter la prévention : nouvelles pratiques d'injection et nouveaux usages – Usagers qui n'ont pas la culture de l'injection et qui ne se sentent pas concernés par la RDR**
- **Ne s'identifient pas comme UD**
- **Souvent personnes très insérées socialement**
- **Modifications de nos pratiques médicales : on parle peu de sexualité aux UD; on parle pas de drogue aux HSH**
- **« on n'était pas préparés à ça »**

Nécessité d'échanger et de débriffer sur la violence de ces récits parfois insupportables



Édito / 24

Drogues de synthèse :
la préoccupante « **mode** »
de l'**injection de cathinones** / 2

L'expérience d'un centre
de santé sexuelle parisien / 7



/ 11

Retour sur
l'**interdiction**
de la **méphédronne** / 9

Mieux connaître le **slam**
et les **risques associés** / 16

La prévention
des **pratiques à risques**
chez les gays / 19

« **Break the cycle** »
un programme pour rompre
le cycle de l'**injection** / 21

www.vih.org



Prévalence VHC et Grossesse

Prévalence VHC et Grossesse

- Moyenne estimée en France : **voisine de 1%**
- Soit pour 800 000 naissances / an : environ 8 000 cas / an
- Taux plus élevés dans certains sous-groupes de populations : co-infection VIH-VHC (jusqu'à 40%), patientes toxicomanes

Modalités du dépistage du VHC / G

- **Sérologie pas obligatoire**
- **Pas d'obligation de proposition systématique du test**
- **A proposer systématiquement aux groupes à risque (ANAES 2005)**
- **Bien entendu, tester systématiquement tous les enfants nés de mère VHC+ (comment les sélectionner si on ne dépiste pas les mères avant ??)**

- Pas d'influence du VHC sur la grossesse
- Pas d'influence de la grossesse sur le VHC
- Pas d'influence du VHC sur développement du fœtus

- **Le problème lié au VHC = transmission verticale du virus**
- Les traitements anti-VHC sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse

- **Taux de transmission mère-enfant : 5 à 6 %**
- Facteurs favorisants : virémie, coinfection VIH, UDVI

- CAT : Protéger le fœtus de toutes les situations d'exposition au sang (épiso, forceps, amniocentèse : évaluer le bénéfice)

**Pour améliorer la
situation :
changer les modalités
du dépistage**



Réinfection par le VHC

On parle pas tous de la même chose :

Réinfection après guérison, ou après traitement ?

- **Résurgence de l'infection**
- **Superinfection greffée sur une ancienne infection**
- **Recontamination après guérison**
- **Facteurs pour la réinfection :**
 - **liés au génotype**
 - **facteurs individuels de protection :**
pas UDVI, jeune, femme, pas VIH

**La question qui est posée :
est ce que ça vaut le coup de traiter les
UDVI s'ils se recontaminent après ?**

**Taux de recontamination reste bas :
19 % de récurrences chez les UDVI
traités et guéris dont
4,7% de recontaminations**

Perspectives

Si prévalence du VHC < 60% :

- Effet positif de la RDR**
- Trt VHC est coût efficace**

**Stratégie la plus efficace :
donner le traitement aux UDVI qui
n'accèdent pas à la RDR**