

Note de lecture

L'expertise collective de l'Inserm consacrée à l'hépatite C est une initiative qui doit être saluée au moins à deux titres : la pertinence des objectifs et le moment choisi pour la mener à bien.

Les informations recueillies bénéficient en effet des acquis du premier Programme national de lutte contre l'hépatite C lancé par Bernard Kouchner et parviennent au tout début du nouveau plan, en temps utile pour en influencer les étapes futures.

Cette « commande » de la DGS à l'Inserm s'inscrit dans la continuité des récentes conférences de consensus française et américaine et, permet d'en combler certains manques, mais aussi, et c'est louable, de répondre aux préoccupations des patients eux-mêmes.

Les coïncidences du calendrier renforcent encore cette opportunité puisque des décisions politiques récentes viennent, à l'occasion du renouvellement de l'ANRS, d'élargir les missions de cette agence en lui confiant la responsabilité de toute la recherche sur les hépatites virales B et C. Or, il s'agit d'un moment historique puisqu'il survient, précisément, alors que l'on a désormais acquis la certitude que l'hépatite C peut être curable et que sa première complication, la cirrhose, est en partie réversible si traitée à temps. Ce qui, au moins indirectement, fait espérer réduire le risque de carcinome hépatocellulaire, puisque la survenue de celui-ci est elle-même générée par la cirrhose.

Enfin et surtout, c'est actuellement que les nouvelles molécules antivirales (antiprotéases, hélicases, polymérases) confirment leur efficacité, annonçant une révolution thérapeutique susceptible de guérir ou de stabiliser la plupart des malades en quelques années.

En ciblant la transmission nosocomiale, l'histoire naturelle de la maladie et le devenir des patients, cette mise au point cherche à répondre en fait à plusieurs problématiques de nature bien différente :

- Les unes ont une dimension juridique : imputabilité de l'hépatite C à une transfusion méconnue du malade, risque nosocomial, impliquant l'hôpital ou le chirurgien s'il est lui-même infecté.
- Les autres sont de nature médico-économique, telle que la difficulté extrême de modéliser la probabilité de progression et les conséquences pour le système de soins d'une maladie protéiforme, multifactorielle, de pathogénie mal comprise, et dont le traitement peut modifier radicalement le devenir en fonction du stade évolutif auquel il sera prescrit.

Les réponses à ces questions sont indispensables aux décideurs politiques et de santé, afin de pouvoir, dès maintenant, réorienter au besoin les stratégies

concernant le dépistage, la prise en charge, la recherche et les incontournables programmations budgétaires.

La méthodologie scientifique retenue a été à la hauteur des enjeux. Un groupe multidisciplinaire, sous l'égide de l'Inserm, s'est astreint à une étude critique des bases de données et de la littérature.

Ce travail aboutit à un précieux thésaurus, dont la synthèse, au-delà de la réserve et de la prudence scientifique, est très riche d'enseignement.

Quelques « morceaux choisis » suffiront à illustrer la pertinence de l'analyse et des recommandations : le risque nosocomial est omniprésent, sous-estimé, difficile à cerner et encore plus à contrôler. La situation de l'hémodialyse par son ampleur et la survenue d'épidémies récurrentes, en France et dans le monde, impose de toute urgence un programme spécifique en cours de mise en œuvre.

L'imputabilité de l'hépatite C à un acte de soins, y compris à une transfusion, est reconnue comme « généralement difficile » et nécessite une procédure adaptée. Très sobrement le rapport conclut que l'étude des données confirme que la morbidité et la mortalité liées aux complications de la cirrhose, en particulier au carcinome hépatocellulaire, vont continuer d'augmenter en France jusqu'en 2020 (de 50 % au moins). En effet il est admis que l'impact des pratiques actuelles – minorité de patients traités et potentiels de malades évolutifs non dépistés – n'est pas suffisant pour influencer cette évolution.

Il serait nécessaire pour ce faire de traiter au moins 50 % des malades dont l'état s'aggrave. C'est reconnaître explicitement qu'on est encore loin des 80 % de malades traités que visait le premier programme de lutte contre l'hépatite C.

Et pourtant, le traitement est coût-efficace et se compare avantageusement à d'autres mesures prioritaires de santé publique, telles que la chimiothérapie anticancéreuse et antirétrovirale.

Les axes de recherche soulignent l'importance d'études de cohortes de patients évolués et/ou non répondeurs et le besoin d'indicateurs pertinents de progression vers la cirrhose et le cancer, car il faut impérativement permettre à plus de 100 000 malades concernés de bénéficier des progrès thérapeutiques imminents.

Il ne reste plus qu'à mettre en œuvre les priorités ainsi définies en précisant comment, dans le contexte actuel, on peut, de façon réaliste, atteindre quels objectifs, avec quels acteurs et quels moyens. C'est là bien sûr qu'est le défi, et le temps presse.

Professeur Christian Trépo

Chef du service d'hépto-gastro-entérologie

Hôpital de l'Hôtel Dieu, Lyon

Responsable du pôle de référence Hépatite C de Lyon