

Objectifs de la formation

- Renforcer les connaissances sur la thématique des hépatites virales et hépatite C en particulier
- Gérer le dépistage du VHC en maîtrisant sa stratégie et ses techniques
- Etre capable de mener à bien un conseil pré et post test VHC adapté
- Savoir utiliser les outils de collecte des données relatives à cette prestation

Généralités sur les hépatites

Définitions

Hépatites:

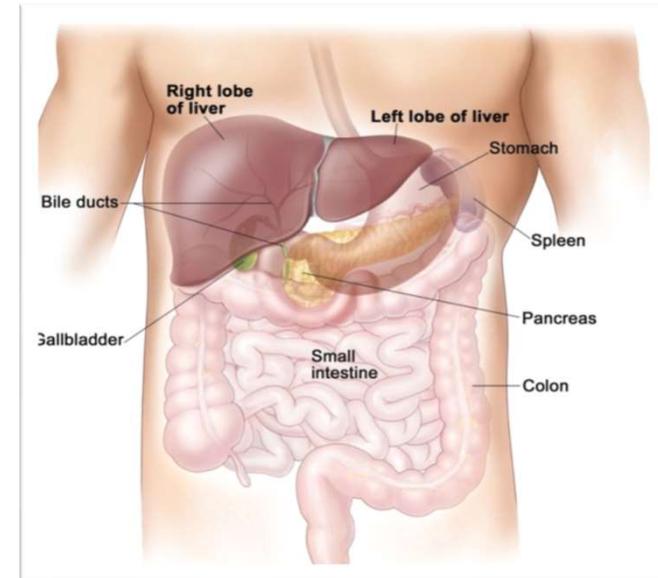
- Inflammation du foie
- Causes diverses: Alcool, médicaments, Stéatoses, surcharge en fer, cuivre, auto immune, ischémie...

Hépatites virales:

- Atteinte du foie par des virus hépatotropes

Le foie

- Organe Vital
- 2^{ème} organe en terme de poids, 1400 à 1600 grammes chez l'adulte
- Cellules du foie = hépatocytes
- Contient 10% du volume sanguin total
- Traversé par 1.4 litre de sang /min
- Plus de 100 fonctions: Fonctions d'épuration et de synthèse de nombreuses substances (urée, hormones, bile, fibrinogène...)
- Stocke également les glycoènes et les vitamines
- Organe doté de faculté de régénération.



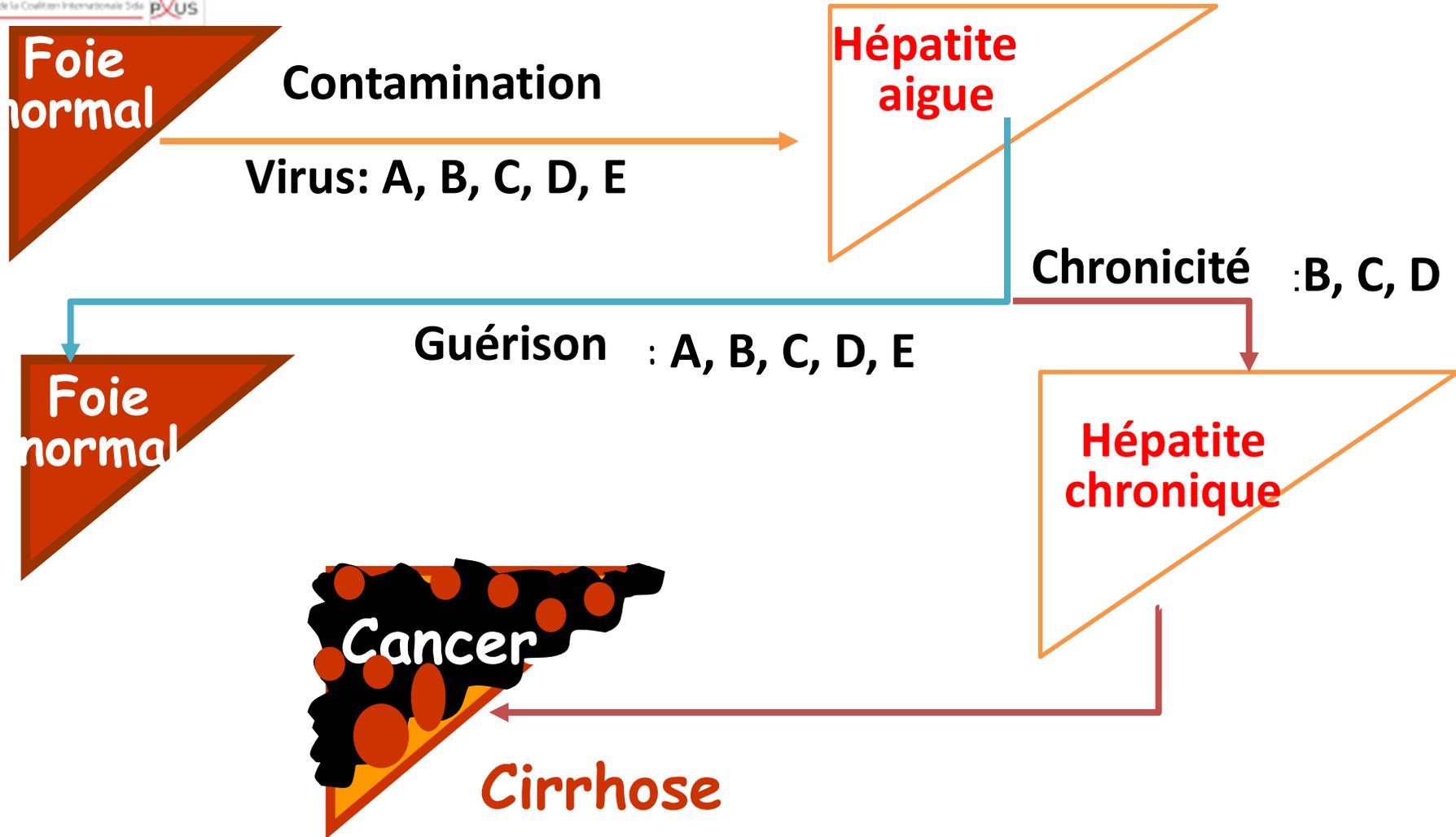
Virus responsables des hépatites

- Ont un **tropisme pour l'Hépatocyte**
- Appartiennent à des **familles différentes**
- On distingue :
 - **6 Virus des Hépatites A, B, G, C, D et E +++**
 - Il existe des **Récepteurs Spécifiques** sur l'Hépatocyte
 - Des **facteurs spécifiques** du Foie sont nécessaires à la réplication des virus (VHB, VHC,...)
 - **Autres virus responsables d'atteintes hépatiques :**
 - Herpès Virus (CMV, EBV, Simplex)
 - Adénovirus ; Dengue
 - Cocksakie

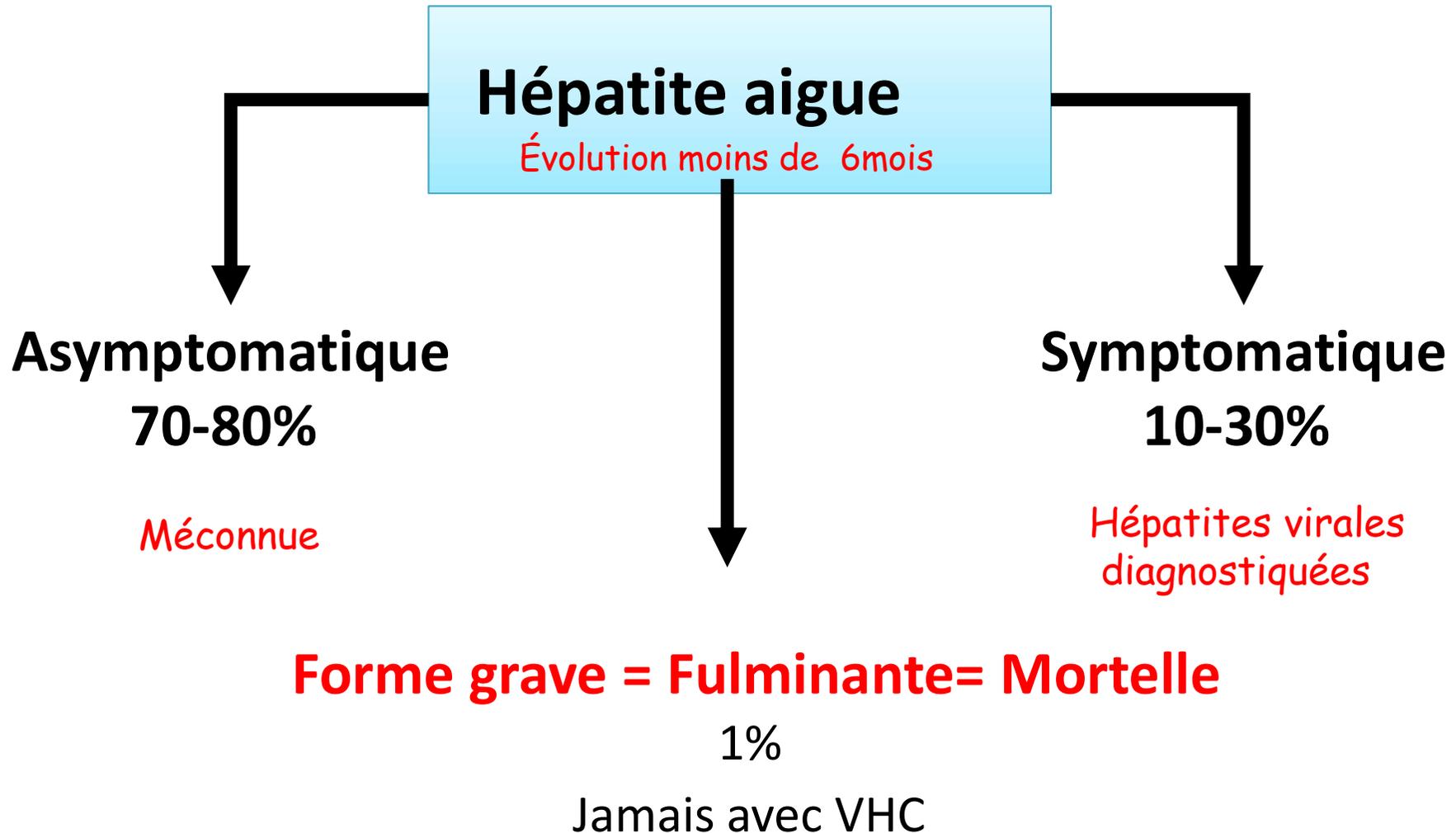
Formes des hépatites virales

- Hépatite virale aiguë
- Hépatite virale fulminante
- Hépatite virale Chronique

Histoire naturelle des hépatites virales



Manifestations cliniques



Manifestations cliniques



Modes de contamination

- 1- Transmission entérale : VHA, VHE
- 2- Transmission parentérale: VHB, VHC, VHD
- 3- Transmission sexuelle: VHB > VHC
- 4- Transmission foëto-maternelle: VHB > VHC

Merci de votre attention



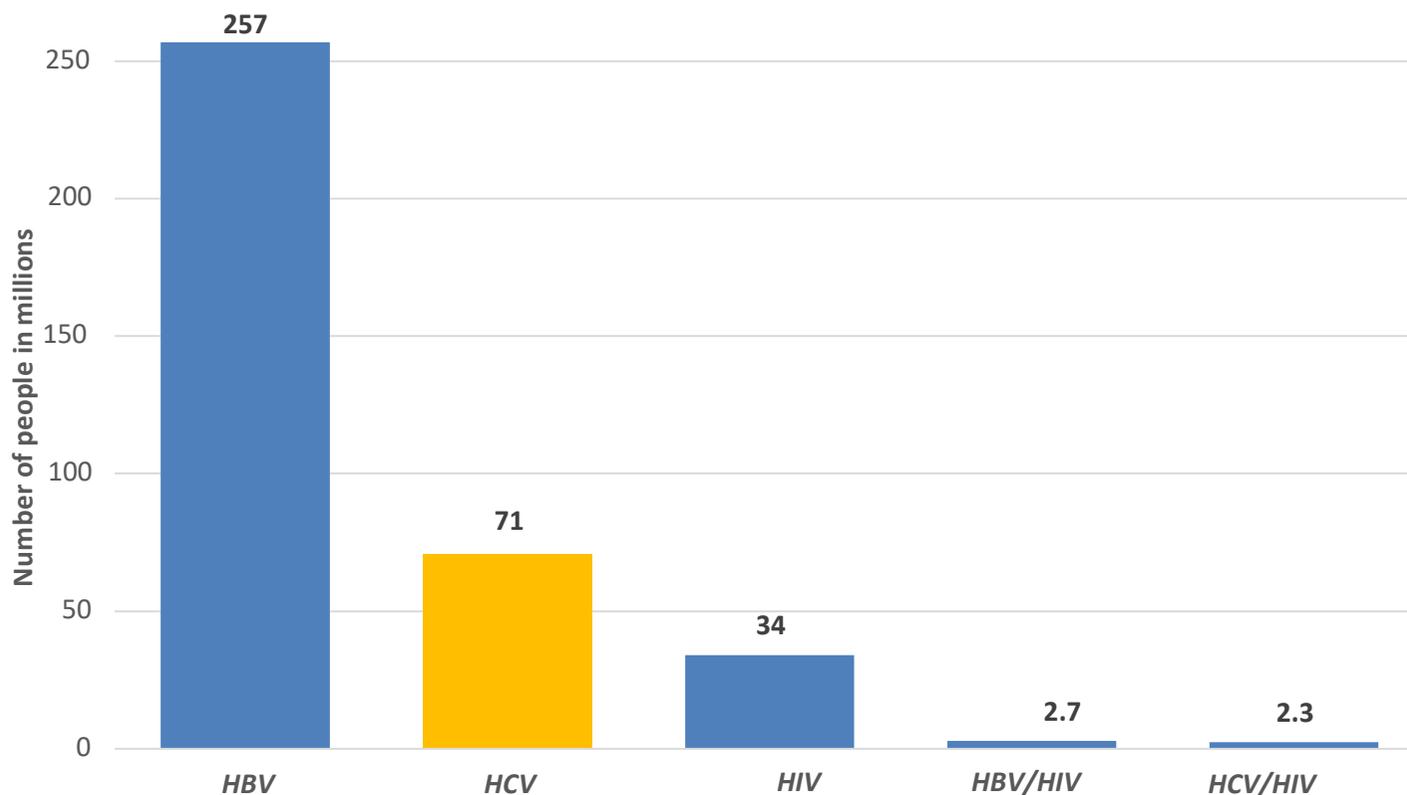
Hépatite virale C

Epidémiologie dans le monde et au Maroc

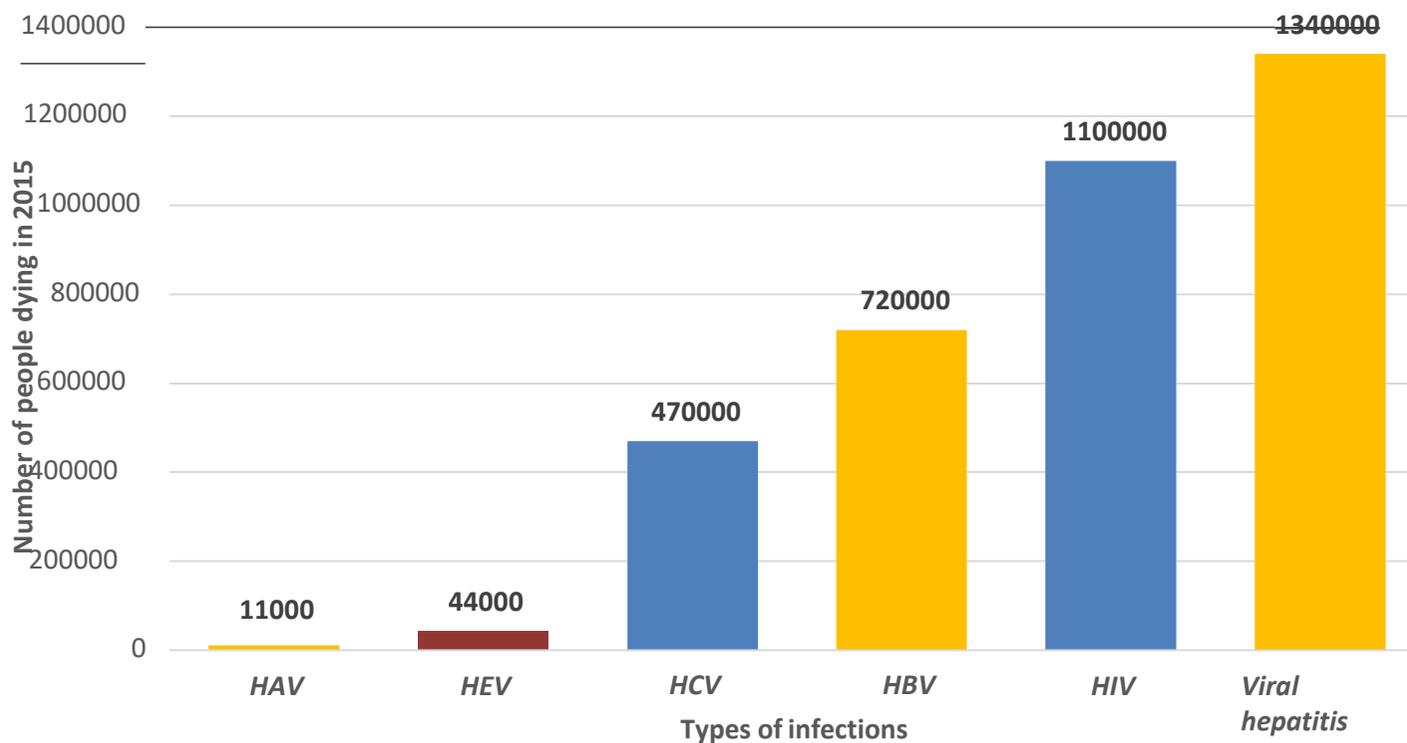
Les Hépatites Virales : Enjeu de Santé Publique Mondial majeur

- **2 Milliards** de sujets infectés par **VHB**
→ 400 millions de porteurs chroniques du VHB
- **185 millions de porteurs chroniques du VHC**
- **2 millions** de décès par an
- Évolution vers la cirrhose et l'hépatocarcinome x
200

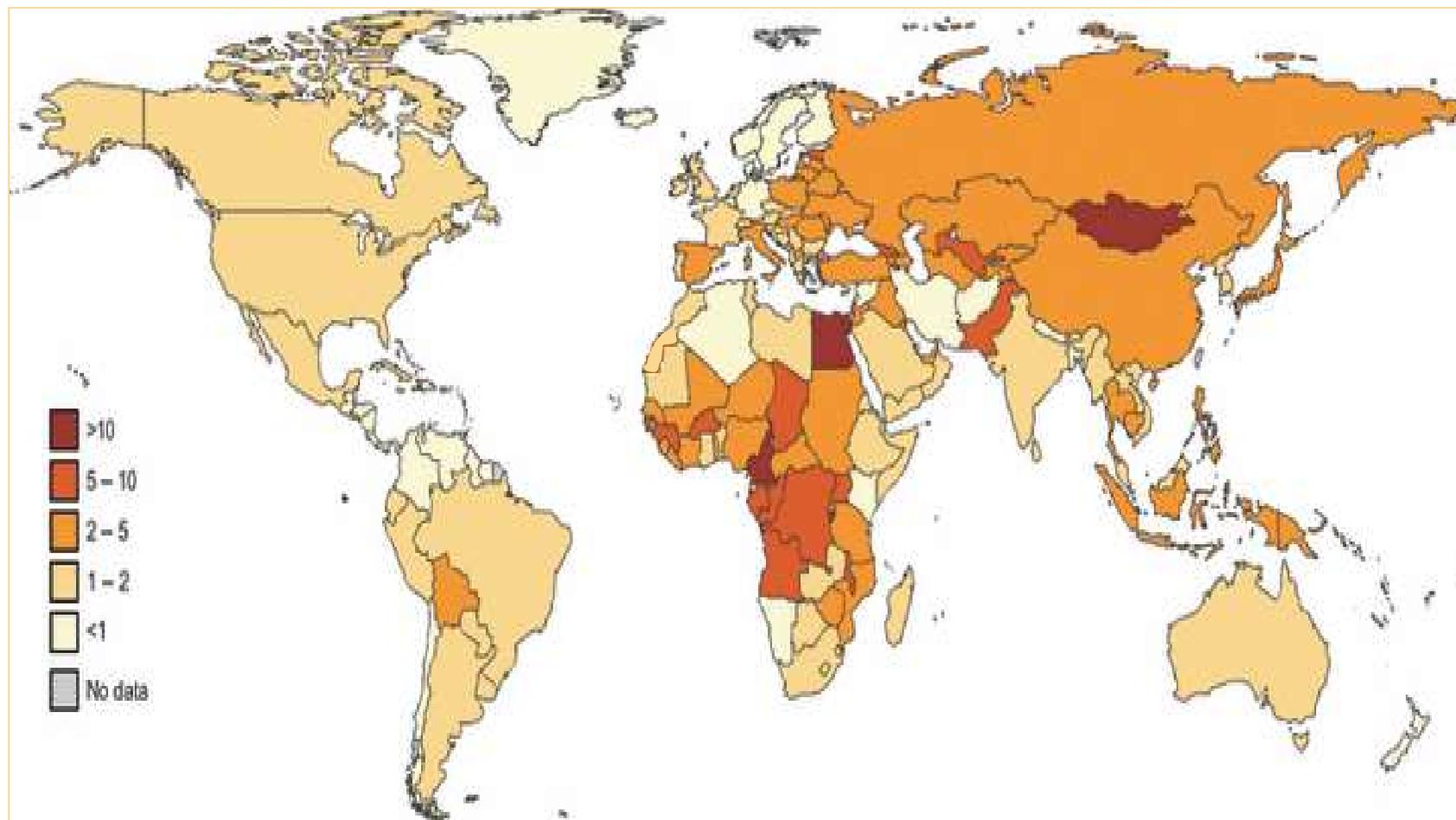
Nombre de personnes vivant avec les hépatites virales et le VIH



Décès lié aux hépatites , VIH



Prévalence de l'infection chronique à VHC



D. Lavanchy. Clinical Microbiology and Infection 2011

Situation épidémiologique des hépatites virales au Maroc

- Aucune étude n'a été réalisée au niveau national pour estimer la prévalence des HVB/HVC
- Les données disponibles émanent des études épidémiologiques publiées chez les groupes à risque, population générale, ou donneurs de sang
 - Rareté des données épidémiologiques dans ce domaine (on dispose d'estimations seulement)

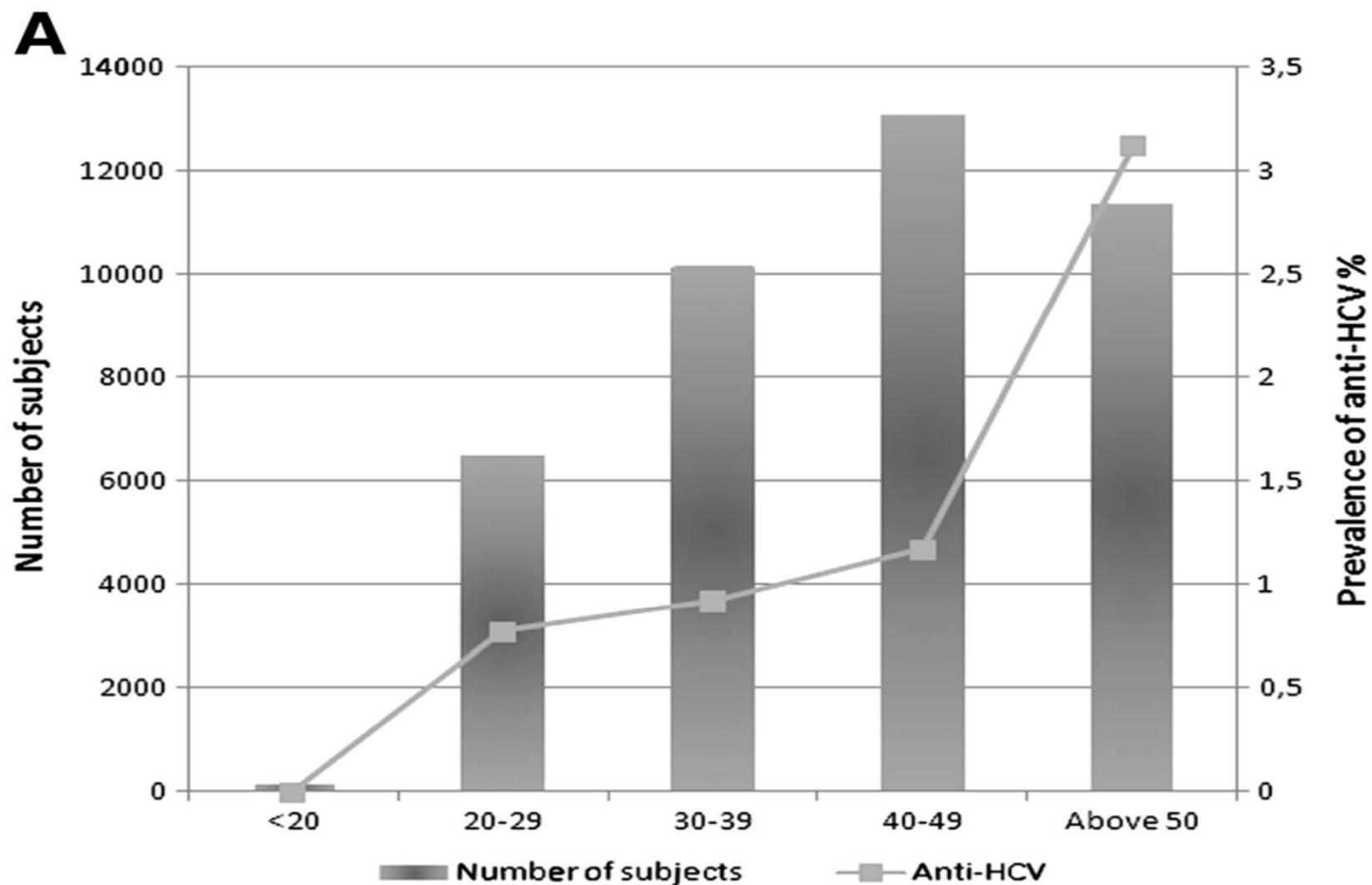
Prévalence du VHC au Maroc

- *Chez la population générale*

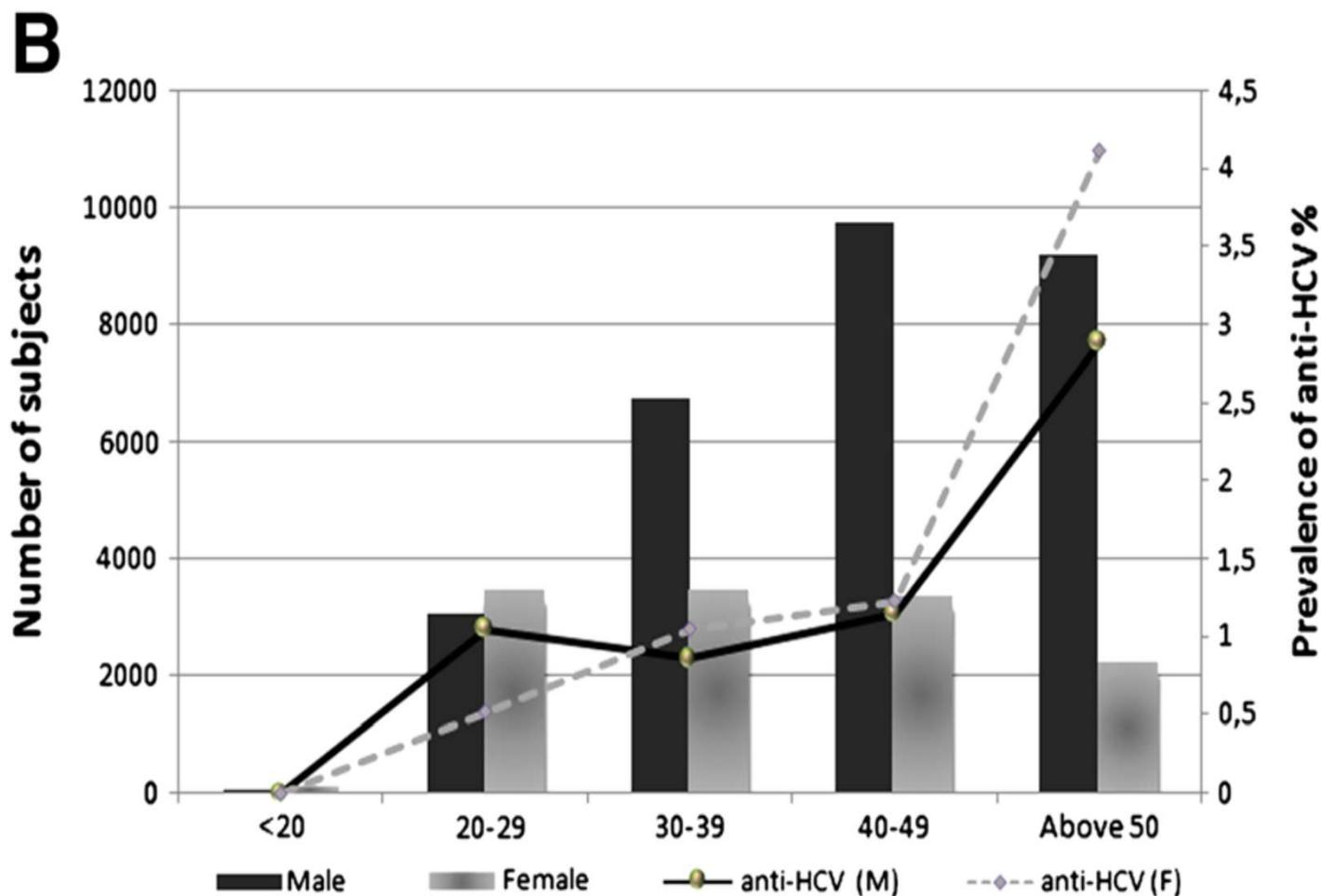
1,2% : selon l'OMS

1,58 %: selon une étude transversale au Maroc sur les donneurs du sang

Caractéristiques sérologiques de l'HVC selon l'âge



Caractéristiques sérologiques de l'HVC selon le sexe



Prévalence du VHC au Maroc parmi les populations les plus à risque

- Usagers de drogues injectables (UDIs) : +++
- prévalence du VHC de 45% à Tanger et 79% à Nador (données 2011-2012)
- Hémodialysés : prévalence entre 35% et 76%
- Hémophiles : 2% à 42% ;
- Personnes vivant avec le VIH : 5-20%
- Patients ayant séjourné en milieu d'hospitalisation : 6-10%
- Porteurs d'IST : 3%
- Clients des barbiers : 1,1%

Prévalence des génotypes de l'HVC au Maroc

Le génotype 1 est le plus prédominant, **le génotype 2** est également fréquent, **le génotype 3 et 4** sont plus rares et **les génotypes 5 et 6** n'existent pas au Maroc



Prévalence des génotypes de l'HVC au Maroc selon l'étude PRACTICE

Hépatite C est sous-diagnostiquée au Maroc

41 269
personnes
1,58%

Baha et al. *BMC Public Health* 2013, **13**:50
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/50>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

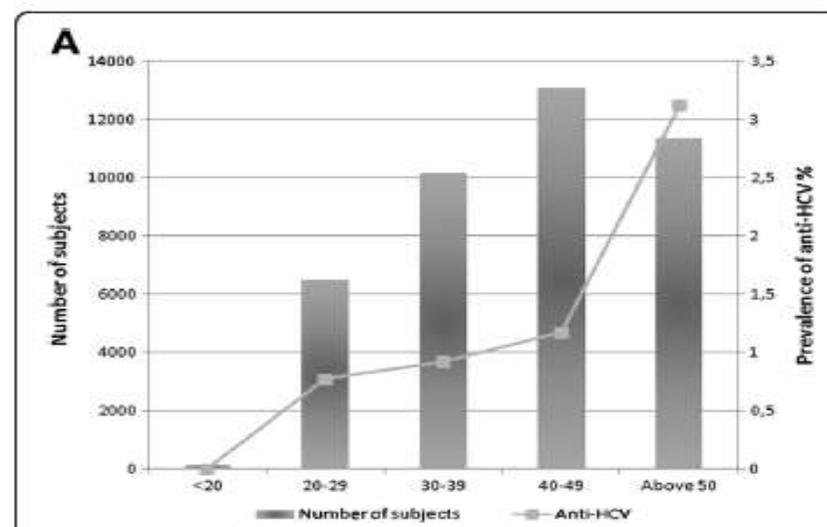
Prevalence and risk factors of hepatitis B and C virus infections among the general population and blood donors in Morocco

Warda Baha^{1,2}, Abderrahim Foullous¹, Noureddine Dersi¹, Thierry Paluku They-they^{3,4}, Khadija El alaoui³, Nadia Nourichafi³, Bouchra Oukkache⁴, Fatiha Lazar¹, Soumaya Benjelloun¹, My Mustapha Ennaji², Abdelouhad Elmalki¹, Hassan Mifdal³ and Abdelouaheb Bennani^{1*}

3 % de la population mondiale

Au Maroc
1 à 3 % soit
100 000 à 300 000
et jusqu'à 400 000

3000 cas seulement
sont diagnostiqués
chaque année



Merci de votre attention



Projet

**« Plaidoyer pour l'accès
universel au traitement de
l'hépatite C »»**

- Financé par UNITAID
- Il est mené en partenariat avec 17 ONG locales dans 7 pays à revenus intermédiaires dont le Maroc
- L'ALCS est la structure qui est en charge du projet

Objectifs

- Lever les barrières d'accès au traitement dans les pays adhérents;
- Faire en sorte que les pays du projet mettent en place des PSN ambitieux pour aller vers l'accès universel à la PEC du VHC

Plan Stratégique National (PSN) et VHC

But du PSN



**Éliminer les HV en tant que menace
de santé publique à l'horizon 2030**

Objectifs généraux du PSN

- Réduire les nouvelles infections par les HV de 30% d'ici 2021;
- Réduire la prévalence des infections chronique par le VHC de 35% en 2021;
- Réduire la mortalité liée aux HV de 10% d'ici 2021.

Traitement au Maroc

- Disponible mais pour que son accès soit effectif pour tous les marocains, il faut que le **Plan Stratégique National de Lutte contre les Hépatites Virales** soit mis en œuvre

Dans ce cadre L'ALCS vise:

- L'accompagnement de l'engagement** du gouvernement pour la lutte contre les hépatites virales;
- Le plaidoyer** pour que ce plan inclue les populations les plus vulnérables à la maladie, qui sont souvent marginalisées

L'ALCS et son engagement dans la lutte contre l'hépatite C

L'ALCS a investi dans le champ de la lutte contre l'hépatite C:

- En menant des actions de plaidoyer depuis **2014**;
- En soutenant l'engagement du ministère de la Santé pour la production locale d'Antiviraux à Action Directe.



- [Communiqué de presse conjoint de trois organisations \(ALCS, ITPC et CMD5\) du 18/09/2014 sur les nouveaux traitements et les licences de Gilead.](#)
- [Communiqué de presse à l'occasion de la journée mondiale contre les hépatites en 2015](#)

Suite

- En structurant et en intensifiant ces actions à partir de septembre **2016** dans le cadre du projet « Plaidoyer pour l'accès universel au traitement de l'hépatite C » porté par **Coalition Plus**.
- En avril **2017**, ALCS adressé une lettre au chef du gouvernement afin de mettre à l'ordre du jour de la rentrée gouvernementale la lutte contre l'hépatite C.

Suite

- ALCS a mené **fin 2017** un travail de sensibilisation des professionnels de la santé de la Délégation Générale auprès de l'Administration Pénitentiaire (DGAPR) afin de préparer une campagne de dépistage et traitement de l'hépatite C en milieu carcéral, à travers deux ateliers:
 - le premier à Tanger, [le 09/03/2017](#).
 - le second à Marrakech, le 18/11/2017

Suite

L'ALCS a lancé des études et des recherches scientifique et qui sont en cours de réalisation concernant:

- Le circuit de traitement
- L'investissement
- L'état des lieux sur la place des hépatites dans l'offre de réduction des risques auprès des usagers de drogues injectables au Maroc

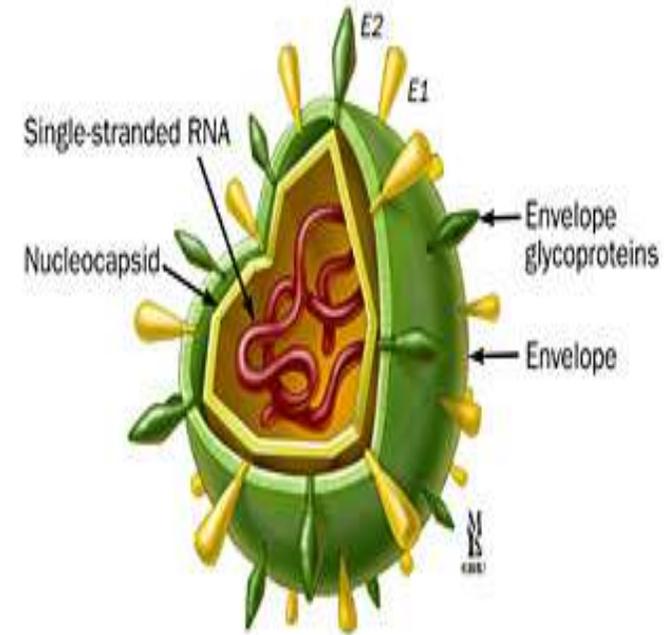
Merci pour votre attention



Histoire naturelle de l'hépatite virale C

Hépatite Virale C

- VHC: 1989.
- Famille des *Falviviridae*
- ARN simple brin
- Enveloppé , 50 à 60 nm
- Réplication cytoplasmique
- 6 génotypes
- Pas de vaccin
- Éradication virale possible: DAA

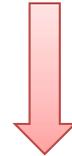


Présentation clinique de l'HVC

Le plus souvent asymptomatique: 90%



Hépatite aiguë



Hépatite chronique

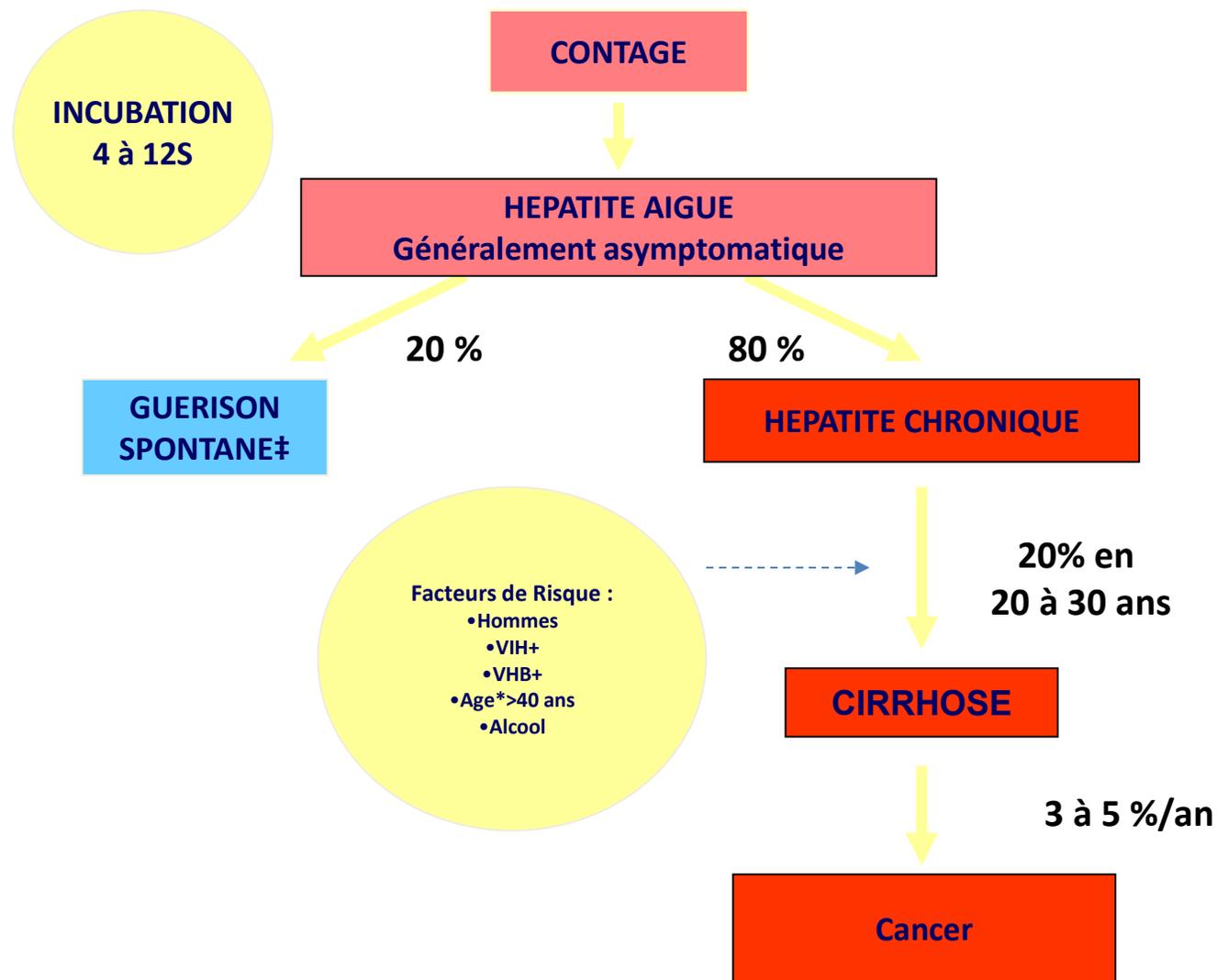


Cirrhose et complications



Manifestations extrahépatiques

Hépatite C : Histoire naturelle



L'hépatite C évolue en silence

Incubation

- 7 à 8 semaines
- Extrêmes : 2 à 26 semaines

silencieuse

Syndrome
pseudo grippal

Hépatite virale C aigue

- Anictérique dans 75 à 90 %
- Malaise, nausées, urines foncées, ictère,

Ictère conjonctival



Hépatite C aigue
asymptomatique:
75 à 90 % des cas

Hépatite virale C chronique

- Asymptomatique dans 75 %

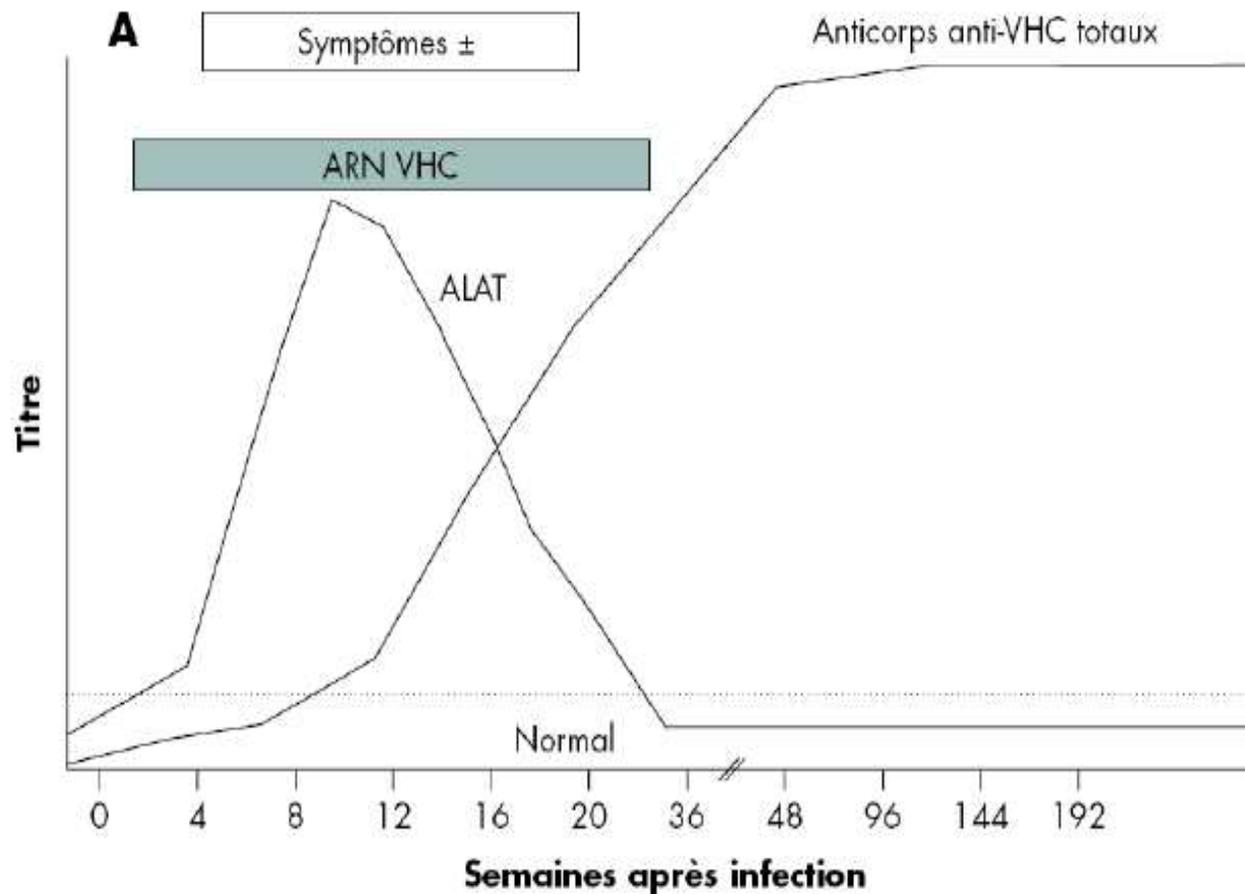


Porteurs du VHC
avec des ALAT normales

Hépatite C
biochimiquement active

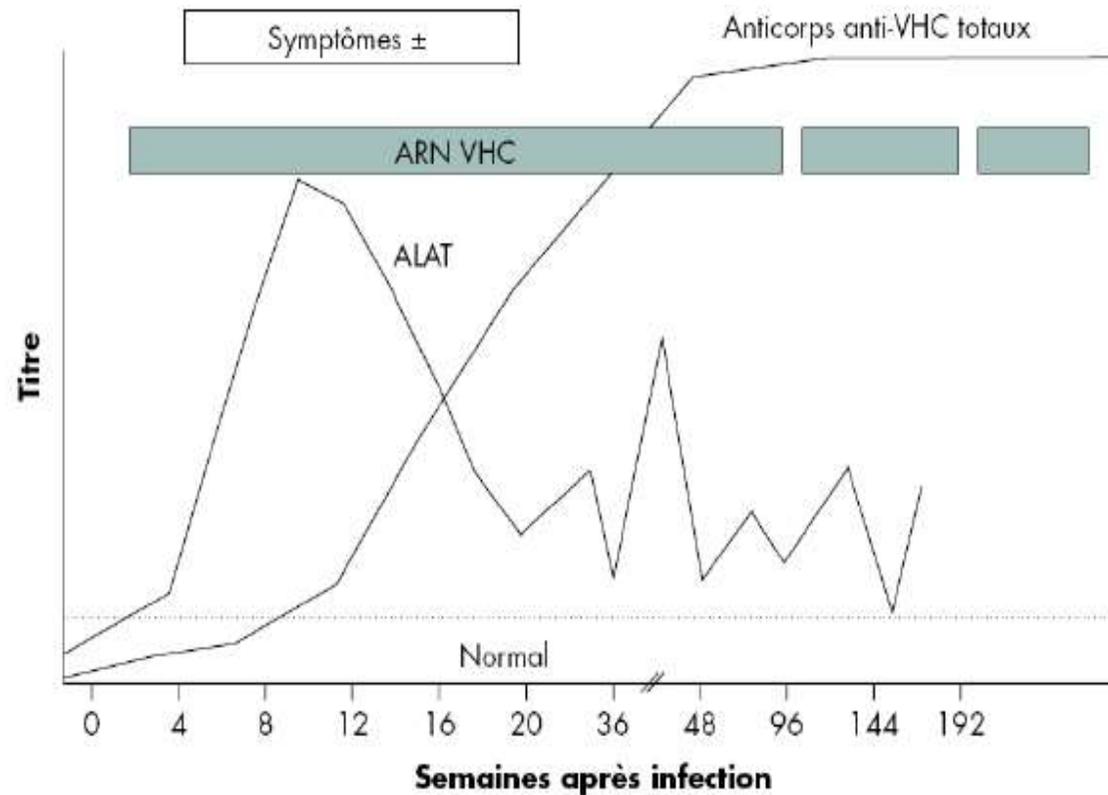


Cinétique d'évolution des marqueurs virologiques au cours de l'hépatite aiguë C





Cinétique d'évolution des marqueurs virologiques au cours de l'hépatite C chronique



Merci de votre attention



Modes de transmission du VHC

Contacts de sang à sang

- **Transfusion sanguine:** risque «résiduel» très faible
- **Usage de drogues :** 25% à 89%.
 - partage du matériel d'injection ou de préparation à l'injection (cuillère, filtre, eau)
 - partage de pailles (cocaïne) ou de pipes (Crack)
- **Contamination lors des soins (dialyse, gestes endoscopiques) en diminution:**
 - application des précautions standards
 - investigations systématiques autour de cas de séroconversion en milieu de soins (signalement des infections nosocomiales)



Autres modes de transmission du VHC

- Transmission mère-enfant
 - Possible : 3%-7%
 - augmente : jusqu'à 20%
 - en cas de charge virale VHC maternelle élevée
 - en présence d'une co-infection VIH

Césarienne a discuter

Allaitement est autorisé



Autres modes de transmission du VHC

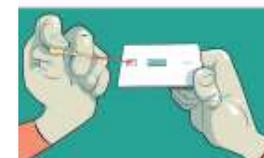
- Transmission sexuelle : rare mais possible !
 - Favorisée en cas de multipartenariat sexuel, IST, VIH
 - Exceptionnelle chez les couples hétérosexuels (<1cas/10⁶ rapports sexuels)
 - Augmentation de l'incidence VHC depuis 2000 chez les hommes VIH+ ayant des rapports sexuels entre hommes, en lien avec l'activité sexuelle (rapport non protégés, multipartenariat, IST, consommation de psycho-actifs)
- Autres (intra-familial, piercing, tatouage.....)



Moyens de prévention

Mesures de prévention

- Utilisation de matériel stérile ou à usage unique dans les gestes invasifs.
- Utilisation du kit d'injection pour les usagers de drogues injectables.
- Consultation et suivi des femmes enceintes.
- Usage des préservatifs systématiques
- Utilisation de matériel tranchant à usage unique.
- Matériel de toilette intime à usage personnel.
- Dépistage



Merci de votre attention



Dépistage VHC



Introduction

Pour l'ALCS

Le dépistage VHC



**est une action à introduire dans le
système du**



Dépistage VIH

**instauré et mené par l'ALCS dans
ses CIDAG**

Pourquoi dépister?

- Connaître son statut sérologique :
Les hépatites sont souvent asymptomatiques.
- Etre traité précocement en cas de séropositivité:
- Bénéficier du nouveau traitement permettant de traiter efficacement l'hépatite virale C et éviter l'évolution vers ses complications.

Intérêt du dépistage du VHC

- ❑ **Bénéfices individuels (pour la personne qui fait le test) :**
 - Meilleure prévention pour l'individu
 - Accès à la prise en charge, initiation du traitement en cas de séropositivité.
 - Accès aux interventions spécifiques de prévention de la transmission en cas de co-infection
 - Meilleur état psychologique et planification positive du futur

Intérêt du dépistage du VHC

Bénéfices collectifs (pour la santé publique) :

- Diminution de la charge virale collective
- Réduction des nouvelles contaminations
- Diminution des complications de l'HVC.
- Diminution du nombre des décès lié à l'HVC.
- Réduction du coût de la prise en charge en cas de dépistage précoce.
- Mobilisation des soutiens appropriés (exemples)

Tests de dépistage du VHC

Test rapide

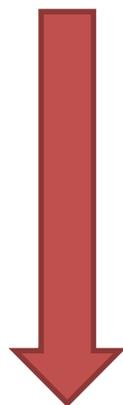
- Test de détection des anticorps anti-VHC sur bandelette
- Résultat rapide en moins de trente minutes, après prélèvement de quelques gouttes de sang au bout du doigt.

Dépistage : Par qui et où

- Médecins, conseillers communautaires habilités

- Stratégie :
 - Fixe
 - Mobile par les UMD
 - Stratégie avancée par les mallettes

Le dépistage du VHC à l'ALCS



**Même démarche que celui
du dépistage du VIH**

Stratégie de dépistage du VHC à l'ALCS

Le dépistage VHC utilisera les mêmes ressources du dispositif du dépistage actuel:

- 24 CIDAG Fixes**
- 5 UMD**
- Stratégie avancée par les mallettes**
- Actions ponctuelles :**
 - Journée Nationale de Dépistage
 - Journée portes ouvertes
 - Campagnes de Dépistage

Mesures de sécurité en matière de dépistage du VHC

- Chaque prélèvement doit être considéré comme potentiellement infectieux;
- Il faut appliquer les mesures de sécurité tout au long du processus de dépistage VHC.

Mesures personnelles

- Développer de bonnes habitudes de travail
- Maintenir propre et en ordre l'espace de travail
- Ne jamais manger, boire ou fumer sur l'espace de travail
- Interdire la mise des aliments dans le réfrigérateur du site de dépistage

Elimination des déchets

- Ne pas compromettre la santé du personnel du site, ni celui chargé de la collecte des déchets
- Tout matériel tranchant ou souillé de sang doit être éliminé dans les conteneurs DASRI
- Tout autre déchet dans les ordures: Ne pas polluer l'environnement par déchets à risque ou par des déchets assimilables à des ordures ménagères.

En cas d'accident d'exposition au sang (AES)

Contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang contaminé via:

- Une effraction cutanée
- Une projection sur une muqueuse
- Une projection sur une peau lésée

Déclaration obligatoire !

Premiers secours en cas d'exposition à des agents pathogènes transmis par le sang

- **Effraction cutanée**
 - Laissez saigner la plaie.
 - Ne pincez pas et ne frottez pas la lésion.
 - Lavez la plaie immédiatement avec du savon et de l'eau qui n'irriteront pas la peau.
 - En l'absence d'eau courante, lavez la plaie avec un gel ou une solution nettoyante pour les mains.
 - N'utilisez pas de solutions fortes (eau de javel, iode ou produits à base d'alcool) car elles risquent d'irriter la plaie et d'aggraver la blessure.

Premiers secours en cas d'exposition à des agents pathogènes transmis par le sang

- Projection de sang ou de liquides biologiques sur une peau intacte
 - Lavez immédiatement la surface de peau souillée sous l'eau courante.
 - En l'absence d'eau courante, lavez la surface souillée avec une solution nettoyante pour les mains.
 - N'utilisez pas d'antiseptiques à base d'alcool.
 - Ne frottez pas la peau
- Projection dans la bouche
 - Crachez immédiatement.
 - Rincez-vous soigneusement la bouche avec de l'eau ou un soluté physiologique et crachez de nouveau. Répétez l'opération plusieurs fois.
 - N'utilisez pas de savon ni de désinfectant dans la bouche.

Premiers secours en cas d'exposition à des agents pathogènes transmis par le sang

- **Projection dans les yeux**

- Irriguez immédiatement l'œil touché avec une solution oculaire stérile, de l'eau ou un soluté physiologique.
- Asseyez-vous, penchez la tête en arrière et demandez à quelqu'un de verser lentement de l'eau ou un soluté physiologique sur l'œil, en soulevant et en abaissant doucement la paupière pour bien nettoyer l'œil.
- Si vous portez des lentilles de contact, ne les retirez pas pour nettoyer l'œil, car elles forment une barrière protectrice. Retirez-les une fois l'œil lavé et nettoyezles de la façon habituelle. Vous pourrez les remettre ensuite sans risque.
- N'appliquez pas de savon ni de désinfectant sur l'œil.

Prophylaxie post-exposition (PPE) VIH

- La PPE doit être instaurée le plus tôt possible après l'exposition, de préférence moins de 4 heures après (<48h).
- La décision de mettre en route le traitement antirétroviral dépend de plusieurs facteurs, tels que :
 - le statut VIH de la personne exposée et de la personne source (si elle est connue),
 - la nature du liquide biologique en cause,
 - la gravité de l'exposition
 - le délai entre l'exposition et le début du traitement.

Prophylaxie post-exposition (PPE) VIH

- La PPE ne doit pas être administrée aux personnes dont on sait qu'elles sont VIH positives ou dont le test de dépistage est positif.
- Le schéma prophylactique recommandé associe trois médicaments antirétroviraux à prendre en continu pendant 28 jours.
- Si un test de dépistage du VIH a été effectué initialement, il doit être renouvelé 4-6 semaines après l'exposition, puis à nouveau 6 mois après l'exposition si l'intéressé a suivi un traitement antirétroviral.
- Même s'il prend une PPE antirétrovirale après une exposition accidentelle au VIH, le sujet exposé ne doit pas avoir de rapports sexuels non protégés ni faire don de son sang jusqu'à ce que le test effectué 6 mois après l'exposition confirme qu'il est séronégatif.

Prophylaxie post-exposition (PPE)

Hépatite B

En cas d'exposition au VHB:

On suivra les algorithmes recommandés pour les tests de dépistage et l'administration post-exposition du vaccin anti-hépatite B et/ou d'immunoglobuline anti-hépatite B.

Hépatite C

En cas d'exposition au VHC, On peut effectuer :

- Initialement un test de mise en évidence de l'ARN du virus et le renouveler 4 à 6 semaines
- puis 4 à 6 mois après l'exposition.

Merci de votre attention



Diagnostic & traitement du VHC

Diagnostic biologique d'une hépatite virale C

Première étape

**Sérologie
Hépatite C**

Ou

**Test
rapide HVC**

+

Deuxième étape

**PCR
Hépatite C**

**PCR
quantitative
en temps réel**

Ou

**Charge virale
VHC**

Test rapide

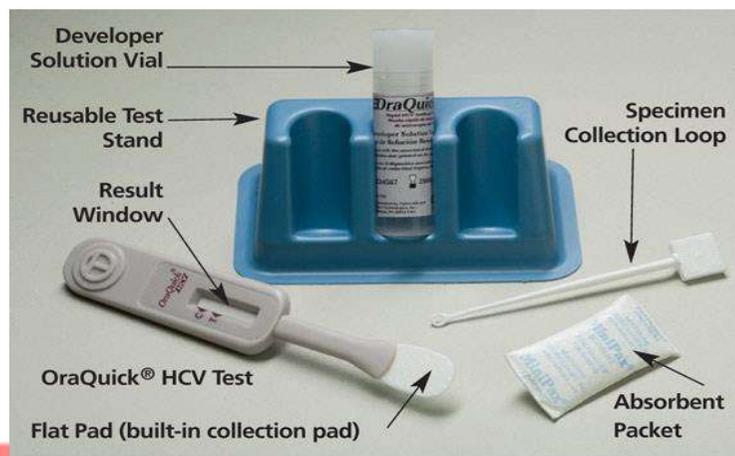
- **Si test négatif :**
 - La personne n'a pas contracté le VHC
 - Ou Fenêtre sérologique
- **Si test positif :**
 - La personne est très probablement infectée par le VHC :
 - Infection évolutive
 - Ou Cicatrice sérologique
 - Ou Faux Positif : similitude antigénique avec d'autres virus



Nécessité d'une confirmation par la charge virale/PCR

Performances du test rapide

	Spécificité (IC95%)	Sensibilité (IC95%)	VPP	VPN
<i>Sang total capillaire</i>				
OraQuick® HCV Rapid Ab Test	100% (97,9-100,0)	99,4% (97,7-99,9)	100%	98,4%
TOYO® anti-HCV test	98,2% (94,8-99,4)	96,2% (93,3-98,0)	99,0%	93,1%
Labmen® HCV test	100% (94,4-100,0)	62,7% (54,8-69,5)	100%	49,6%
<i>Liquide craviculaire</i>				
OraQuick® HCV Rapid Ab Test	100% (97,9-100,0)	98,2% (95,9-99,1)	100%	96,6%



Sérologie : ELISA

- Détection des anticorps anti-VHC par un test immuno-enzymatique
- Détection qualitative des anticorps
- Valeur supérieure ou égale à 1,00: positive
- Spécificité: 99,6%
- Sensibilité: 99,1%

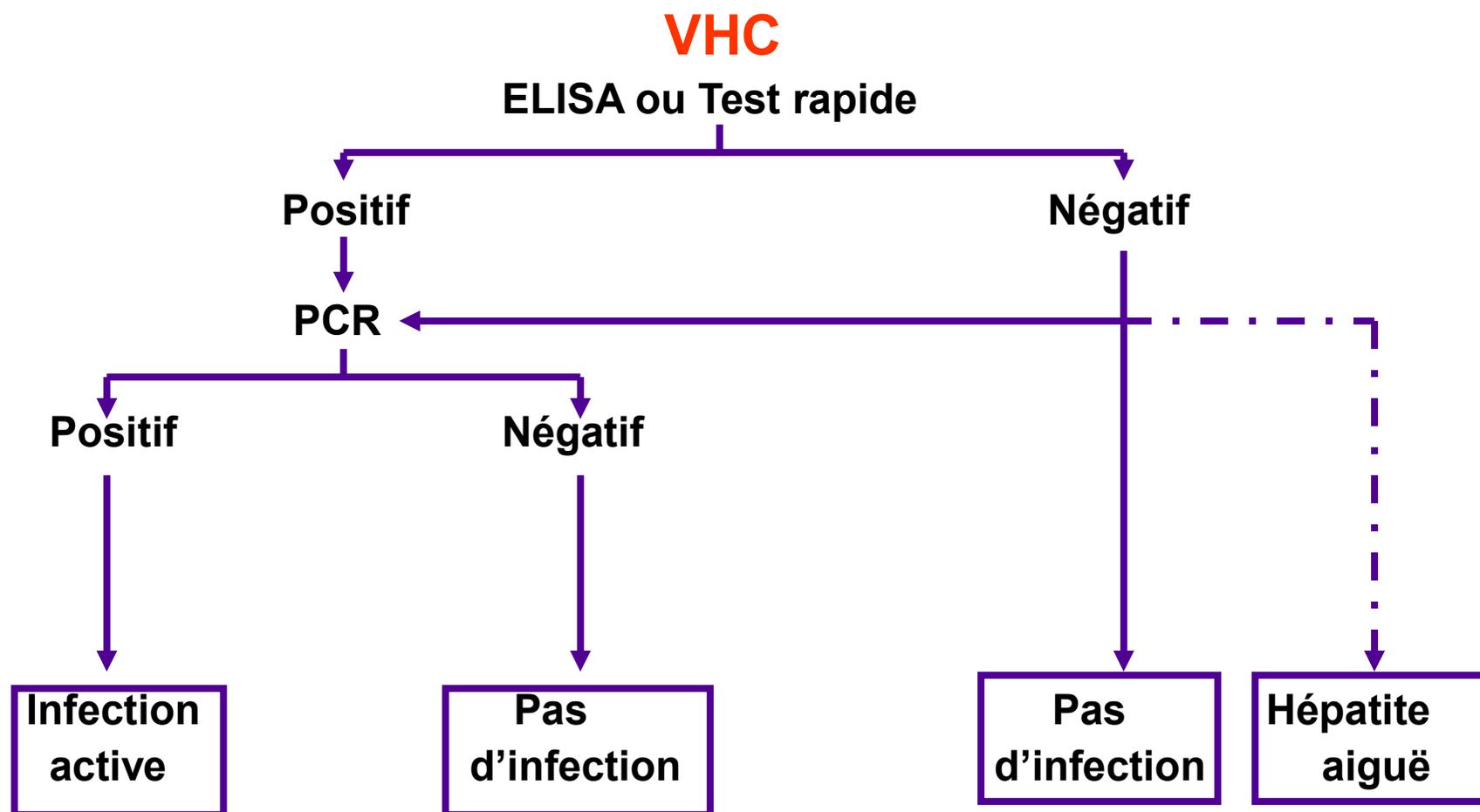


Diagnostic moléculaire

- Recherche de l'ARN du VHC du génome VHC par RT-PCR en temps réel
- Résultats en unités internationales par millilitre (UI/ml).
- Très sensible avec une limite inférieure de détection de l'ordre de **12 UI/m**



Interprétation de la sérologie



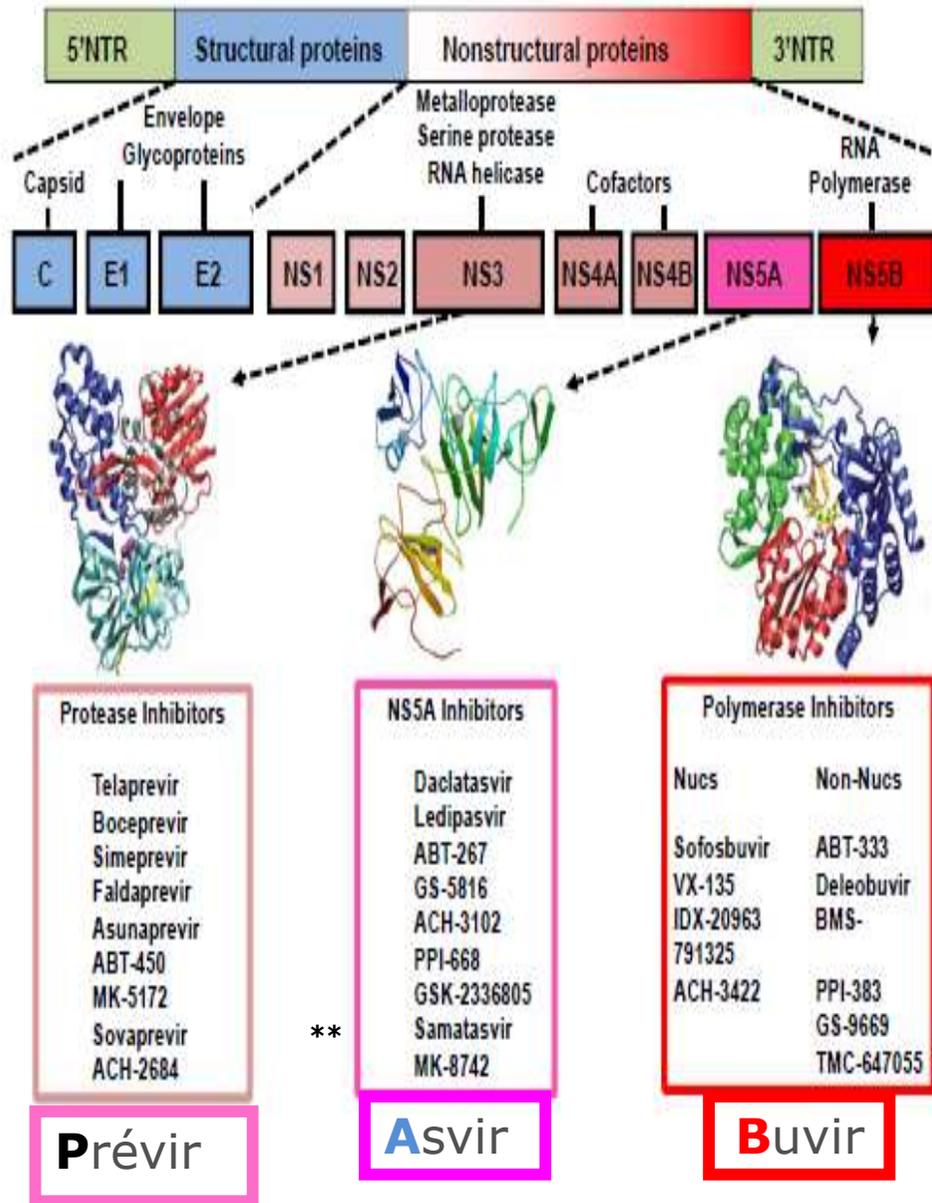
Bilan préthérapeutique de l'hépatite

- Annonce de la maladie et accompagnement
- Génotypage seulement dans deux cas:
 - 1/ patient au stade de cirrhose
 - 2/ patient en échec thérapeutique
- Evaluation de la fibrose :
 - FibroScan (examen de référence)
 - Si fibroscan non disponible, Fibrotest ,scores APRI ou FIB4

Interprétation des résultats du FibroScan



- F0: Pas de fibrose (Upto 2.5 Kpa)
- F1: Fibrose minime (2.5 to 7.0 Kpa)
- F2: Fibrose modérée ou significative (7.0 to 9.5 Kpa)
- F3: Fibrose sévère (9.5 to 12 Kpa)
- F4: cirrhose (12 to 75 Kpa)



*: Grazoprevir

** : Elbasvir

Liver International ISSN 1478-3223, Schinazi et al

Traitement HVC

Antiviraux à action directe (AAD)

Les AAD commercialisés au Maroc :

- 1) INHIBITEURS DE LA POLYMERASE NS5B :
Sofosbuvir
- 2) INHIBITEURS DE LA PROTEINE NS5A :
 - **Daclatasvir**
 - **Velpatasvir** (AMM en cours de finalisation)

Traitement de l'HVC non compliquée

TABLE 4.1 Currently available pangenotypic DAAs for the treatment of HCV-infected persons without cirrhosis

HCV-infected persons without cirrhosis		
glecaprevir/ pibrentasvir	sofosbuvir/ daclatasvir	sofosbuvir/ velpatasvir
8 weeks ¹	12 weeks	12 weeks

¹ Persons with HCV genotype 3 infection who have received interferon and/or ribavirin in the past should be treated for 16 weeks.

Traitement de l'HVC compliquée par une cirrhose

TABLE 4.2 Current available pangenotypic DAAs for the treatment of HCV-infected persons with compensated cirrhosis

HCV-infected persons with compensated cirrhosis			
glecaprevir/ pibrentasvir	sofosbuvir/ daclatasvir	sofosbuvir/ daclatasvir	sofosbuvir/ velpatasvir
12 weeks ¹	24 weeks	12 weeks may be considered in countries where genotype 3 distribution is known and prevalence is <5% ²	12 weeks

- 1 Persons with HCV genotype 3 infection who have received interferon and/or ribavirin in the past should be treated for 16 weeks.
- 2 In a population of persons with cirrhosis where 5% of persons would be infected with genotype 3 HCV, the SVR would be 80% in the 5% infected with genotype 3 and 93% in the 95% infected with other genotypes, leading to an overall SVR rate of $(0.05 \times 0.80) + (0.93 \times 0.95) = 92\%$.

TABLE 5.3 Drug–drug interactions between antiretrovirals and direct-acting antivirals

DAA	ABC	ATZ/r	DRV/r	DTG	EFV	LPV/r	NVP	RAL	TDF	TAF	ZDV	XTC
Daclatasvir	Green	Adjust dose	Green	Green	Adjust dose	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Glecaprevir/pibrentasvir	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Sofosbuvir	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Sofosbuvir/ledipasvir	Green	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Green	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Green	Green	Monitor for renal toxicity when used with EFV or boosted protease inhibitor	Green	Green	Green
Sofosbuvir/velpatasvir	Green	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Green	Red	Monitor for renal toxicity when used with TDF	Red	Green	Monitor for renal toxicity	Green	Green	Green

Red = do not co-administer

Yellow = possible toxicity/interaction/dose adjustment, as specified

Green = no interaction; can be co-administered

Suivi biologique du traitement

TABLE 5.4 Monitoring framework before and during DAA treatment

Time	DAA alone	DAA + ribavirin ^a
	Full blood count, renal, liver function	Full blood count, renal, liver function
Baseline	X ^b	X
Week 4		X
Week 12 after end of treatment	X	X

^a Recommended treatment for adolescents with genotypes 2 and 3 HCV infection

^b If Hb >10 g/dL then no need to check again at week 4

Avantages des AAD

- Meilleure efficacité, **VRS >98% + meilleur profil de tolérance**
- Pan génotypique (Sofosbuvir, Daclatasvir, Velpatasvir)
- Modalité d'administration (voie, prise) +++
- Traitement de durée plus courte (3/6 mois)
- **Possibilité de traiter sans utilisation de Ribavirine et/ou PEG-INF**

Conclusion

- VHC: Problème de santé publique
- Sous diagnostic
- Traitement:
 - Efficace,
 - Orale, bien tolérée
 - Eradication virale: 98%
- Dépistage ++++++

Merci de votre attention



Counselling HVC

Principes éthiques du testing



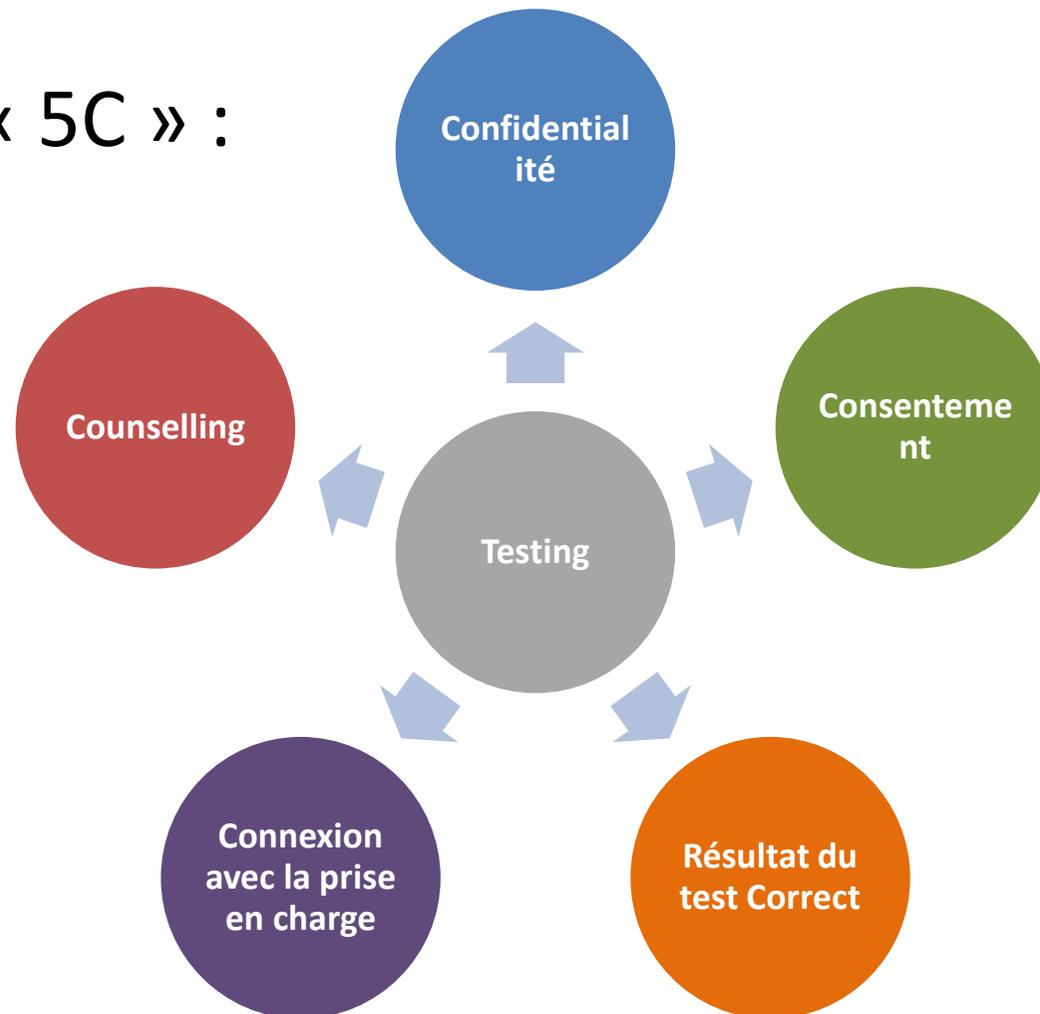
© Can Stock Photo - csp13261645

Principes éthiques du testing à l'ALCS

- Respect des droits humains et accès au test sans distinction de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, de niveau socio-économique ou de pratiques telles que l'usage de drogue...
- Absence de discrimination ou de stigmatisation
- Absence d'attitude moralisatrice ou de jugements de valeur
- Absence de coercition (obligation)

Principes éthiques du testing à l'ALCS

- Respect des « 5C » :



Principes éthiques du testing à l'ALCS

- **Services de qualité :**
 - Qualité du counseling
 - Qualité du test
 - Qualité du suivi

Counselling – En général

- Le counselling est une relation professionnelle d'aide basée sur la communication interpersonnelle entre un conseiller et un bénéficiaire
- Objectif : aider le bénéficiaire à prendre lui-même des décisions personnelles

Buts du counseling VHC

Le counselling VHC a deux buts principaux :

1. Fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par l'hépatite C
2. Prévenir la transmission du VHC en encourageant le changement de comportement et en félicitant les bons comportements.

Counselling – Principes de base (1)

- Le counseling fait partie intégrante de la démarche de dépistage de l'infection à VHC;
- Le counseling doit être réalisé par une personne formée au counselling VHC;
- Le counselling exige respect de la confidentialité et du consentement éclairé;

Counselling – Principes de base (2)

- Le soutien psychologique est essentiel;
- Le counselling doit être axé sur l'individu:

la communication mise en place doit tenir compte du fait que le bénéficiaire est un cas particulier, ayant des difficultés et des besoins spécifiques .

Qui peut faire le counselling?

- Médecin conseiller
- Conseillers communautaires



**Une formation préalable est
nécessaire**

Attitudes lors du Counselling

- Écoute active
- Acceptation
- Absence de jugement
- Empathie
- Congruence

Les techniques du Counselling

- Question ouverte
 - Reformulation du contenu
 - Reformulation des sentiments
 - Clarification
 - Focalisation
 - Silence
 - Technique de reflet

Spécificité du counselling VHC

Le test du VHC sans counselling a des répercussions psychologiques, médicales et sociales sur les personnes



C'est pourquoi ce test doit être précédé et suivi d'un conseil et entretien appropriés fournis par des professionnels formés et expérimentés

Étapes du counselling

Le counselling passe par deux étapes principales qui sont:

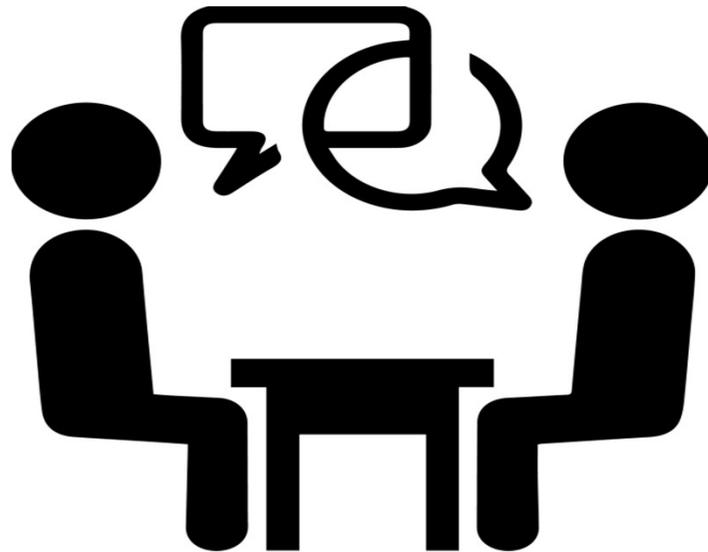
A. le counselling pré-test

B. le counselling post-test et l'annonce du résultat

Merci de votre attention



Counselling pré-test en matière d'infection à VHC



Le counseling pré-test

Définition:

C'est un dialogue entre le bénéficiaire et le conseiller ayant pour but de discuter du test et de clarifier le statut sérologique pour le bénéficiaire;

Objectif:

- Il a pour but de préparer le bénéficiaire au test de dépistage du VHC



**Un counselling pré-test bien mené
facilite l'annonce du résultat**

Etapes du counselling pré-test

- Il s'agit plutôt d'une information pré-test
- Le counseling pré-test ne doit pas :
 - Être trop long
 - Faire fuir le candidat au test
- Le counseling pré-test doit être adapté aux connaissances du consultant

Étapes du counselling pré-test

1. Accueillir le bénéficiaire

- Réserver au bénéficiaire un accueil chaleureux dans une ambiance de confidentialité
- Se renseigner sur le motif de la demande du test
- Rassurer le bénéficiaire sur le respect de ses droits, de la confidentialité, de l'anonymat et du consentement éclairé

Etapes du counselling pré-test

2. Evaluer les connaissances et compléter les lacunes :

- Représentations sociales
- Connaissances de base sur le VHC (transmission et facteurs favorisants, prévention, traitements,...)

3. Evaluer les comportements

- Evaluer les risques individuels encourus par le bénéficiaire
- L'auto-perception du risque par le bénéficiaire

Etapes du counselling pré-test

4. Préparer psychologiquement le bénéficiaire à l'annonce du test

- Expliquer la signification des deux possibilités de résultat
- Expliquer la séroconversion.
- Envisager avec le bénéficiaire les implications du résultat et l'impact qu'il pourrait avoir sur sa vie.

5. Octroyer du temps pour répondre aux questions du bénéficiaire

- Demander toujours au bénéficiaire s'il n'a pas de questions

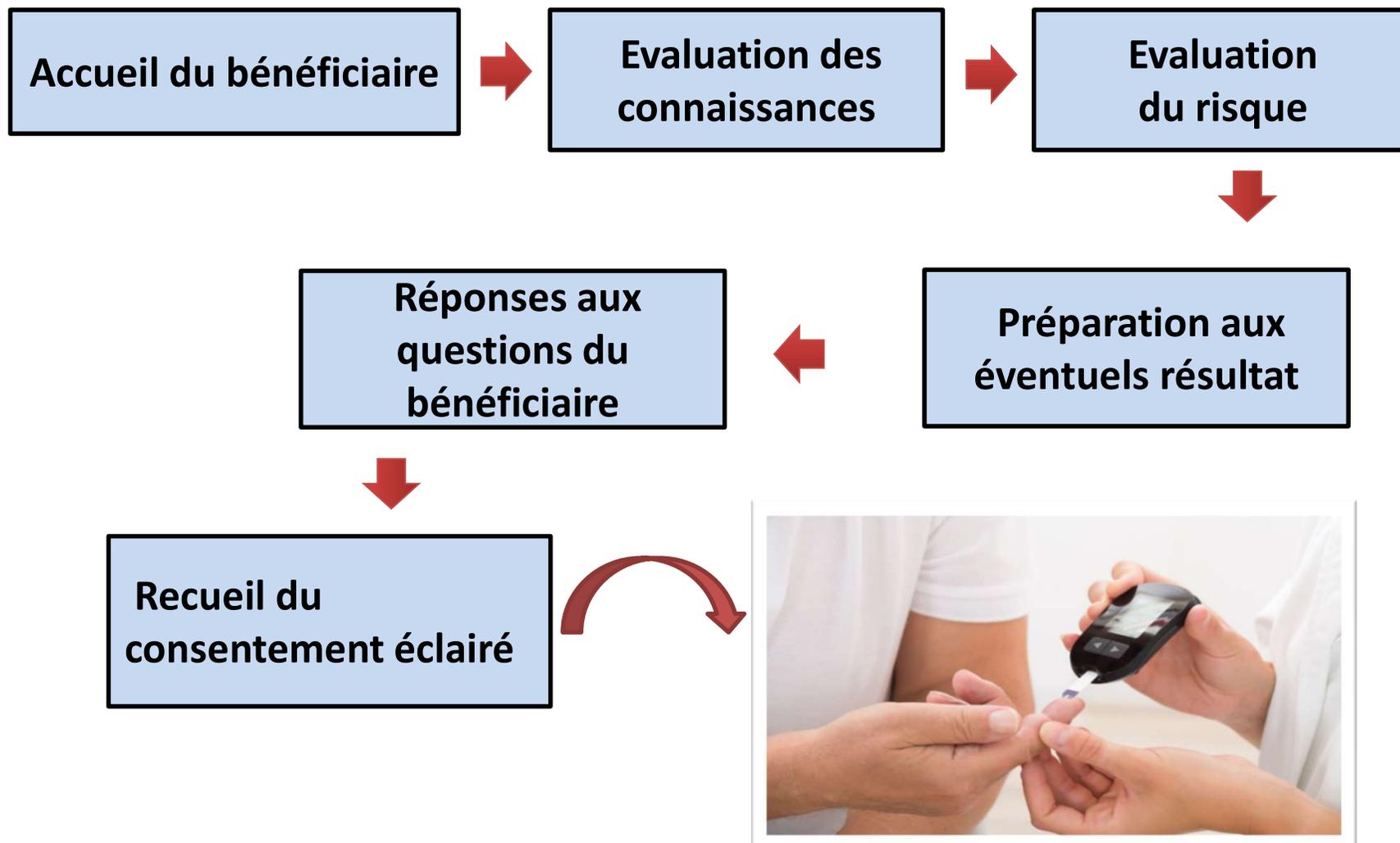
Etapes du counselling pré-test

7. Obtenir le consentement éclairé

- Le bénéficiaire veut faire le test tout en étant conscient de la signification du résultat du test et de ses conséquences
- Il ne faut jamais penser qu'un bénéficiaire qui visite un centre de dépistage est prêt à bénéficier du test de dépistage du VHC

Le counselling pré-test doit toujours être rapide et allégé mais pas banalisé.

Cheminement du counselling



Merci de votre attention



Counselling post-test HVC



Counselling post-test

Définition:

Le counselling post-test est l'entretien au cours duquel le résultat est porté à la connaissance du bénéficiaire.

Etapes du counseling post-test

1. Accueil du bénéficiaire

- Réserver au bénéficiaire un accueil chaleureux dans une ambiance de confidentialité

2. Annonce du résultat du test

En général les bénéficiaires préfèrent recevoir leur résultat le plus rapidement possible.

 Donner le résultat d'un ton neutre et gérer la réaction du bénéficiaire.

3. Vérification de la compréhension du résultat du test

Test Négatif

Il est toujours plus aisé de donner un résultat négatif

**Signifie que les anticorps anti-VHC n'ont pas été détectés
dans le sang au moment du test**

Ne signifie pas que :

- Vous n'avez pas à coup sûr le VHC (fenêtré sérologique)
- Vous êtes immunisé contre l'hépatite
- Vous êtes résistant à l'infection
- Vous n'aurez jamais le VHC

3. Vérification de la compréhension du résultat du test

Test Négatif

A qui proposer de refaire le test?

Bénéficiaires qui déclarent continuer de prendre régulièrement un risque :

- PUDI
- HSH
- PS
- si IST

Entretien après un test négatif

Après l'annonce du résultat du test (oralement)

Négociation d'un plan de réduction des risques

- Identifier les comportements de réduction de risque
- Développer des étapes pas à pas vers un changement de comportement



Test Positif

- **Un résultat positif signifie que**
 - Vous êtes peut-être porteur du virus de l'hépatite virale C
 - Vous devez confirmer ce résultat par un 2^e test de confirmation (préciser où, quand et comment se fait le test de confirmation)



Test Positif

- Si vous êtes séropositif, vous pouvez donc transmettre le virus
- Vous devriez adopter des mesures de stratégie de réduction du risque de transmission
- Possibilités de partage du statut sérologique avec l'entourage et encouragement à proposer le test à l'entourage (membres de la famille, partenaires sexuels)



Test Positif

- **Ne signifie pas que :**
 - Vous êtes forcément porteur du virus de l'hépatite virale C
- **Dans tous les cas :** aiguillage vers le circuit de la confirmation et pour les PUDI également vers le circuit de la réduction des risques.

Après l'annonce du résultat du test (oralement)

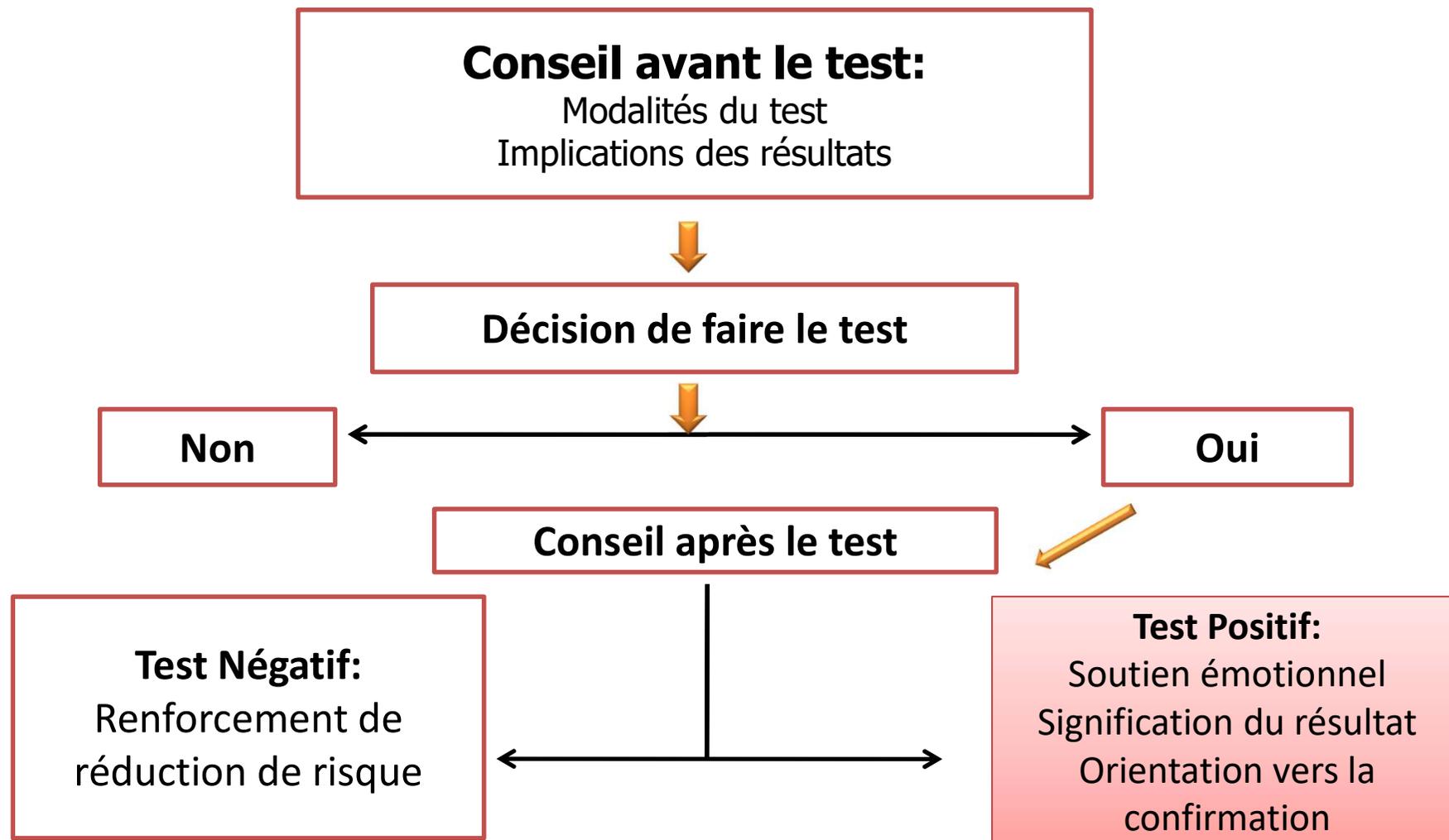
Soutien psychologique

- Soutien émotionnel

Orientation vers les centres de prise en charge

- Orientation vers la confirmation

Récapitulatif



5. Planification du prochain test de dépistage (fenêtre sérologie, re-testing chez les populations à risque)

➔ Orientation vers la consultation IST si besoin.

**Octroi de temps pour répondre aux questions
du bénéficiaire**

Merci de votre attention



Aspects organisationnels



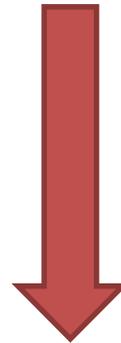
Coordination équipes de dépistage VHC

Composantes du Circuit du système du dépistage à l'ALCS

1. Comité national
2. Comité régional
3. Médecin coordinateur
4. Médecin du CIDAG
5. Médecin conseiller
6. Conseiller communautaire
7. Centre réfèrent

Implémentation du dépistage HVC

Le dépistage VHC est une action à introduire dans le système du dépistage VIH instauré et adopté par l'ALCS dans ses CIDAG



Le dépistage VHC s'intègre dans le cadre du dépistage du VIH

Rôles du comité national

- Collecte les informations des comités régionaux concernant le nombre de cas dépistés et celui des personnes dépistées positive
- Actualisation de la base de données des personnes dépistées
- Coordination entre les comités régionaux
- Mise en place des mécanismes de suivi et de collecte aux comités régionaux pour garantir la réussite de l'action du dépistage
- Communication des informations aux services concernés (ministère de la santé, ...)

Rôles du comité régional

- Organisation des réunions périodiques pour le suivi du processus du dépistage dans la région
- La mise en place des mécanismes nécessaires pour assurer le dépistage VIH/VHC
- Le recensement des personnes dépistées et le nombre de cas dépistés positifs et les communiquer au comité national
- La coordination entre les sections pour assurer un dépistage selon les règles de l'art.

Rôle du médecin coordinateur

En plus des attributions du médecin du CIDAG:

- Participe à la bonne gestion du CIDAG
(supervision interne du déroulement de l'activité, vérification des données, encadrement des conseillers communautaires, gestion des consommables);
- Planifie et coordonne les séances de dépistage (fixe et mobile) au niveau local ou régional en concertation avec les intervenants des projets de proximité, le bureau local et les prestataires du dépistage;
- Tient régulièrement des réunions de suivi avec l'équipe du dépistage
- Communique périodiquement le rapport des activités du dépistage.

Le rôle du médecin du CIDAG

- Il assure les counselling pré-test et post-test
- Il administre le test rapide VHC et annonce le résultat
- Il réfère les personnes dépistées positives pour la confirmation du test
- Il tient correctement les registres du dépistage
- Il encadre les conseillers communautaires et supervise toute action de dépistage dans le CIDAG pendant sa présence
- Il n'a pas d'activité de soins en matière du VHC

Rôle du conseiller communautaire

- Il pratique le dépistage HVC sous la responsabilité du médecin coordinateur du CIDAG
- Il n'a aucune activité de soins
- Il assure les counselling pré-test et post-test
- Il administre le test rapide VHC et annonce le résultat
- Il oriente les personnes dépistées positives vers la confirmation
- Il tient correctement le registre du dépistage
- Il participe dans les réunions de suivi.

Actions à mener au Centre réfèrent

- Désigner une personne qui centralise les fiches de référence en provenance de l'ALCS
- Remplir la contre référence du bénéficiaire puis la retourner à l'ALCS
- Faire le suivi des personnes référées par l'ALCS dans le circuit de la PEC (fiche de suivit , base de données) et communiquer le résultat périodiquement à l'ALCS
- Accompagner les personnes testées positive dans le circuit de la prise en charge

Référence et contre-référence des personnes dépistées positives pour la confirmation du test rapide

Référence:

- Expliquer au bénéficiaire la procédure de confirmation du test rapide au niveau du centre référent et lui indiquer l'adresse
- Compléter une fiche de « référence /contre-référence » en mentionnant clairement le site du dépistage, le numéro du test sur le registre du dépistage (n° d'ordre/année), le code unique du bénéficiaire et le nom et la signature du médecin conseiller.

Référence et contre-référence

- Suivre le résultat de la confirmation auprès du médecin traitant, puis le consigner sur le registre du dépistage. Le résultat du test de confirmation doit être communiqué au médecin référent pour qu'il soit annoncé sur la base de données.
- La fiche de suivi des personnes dépistées positives et orientées à la PEC doit être complétée par le médecin traitant. Cette fiche sera actualisée régulièrement puis communiquée au médecin référent de la section à la fin de chaque mois.

Référence et contre-référence

- Dans le cadre de la stratégie mobile (mallette/unité mobile de dépistage)
- les personnes dépistées positives doivent être également adressées au médecin conseiller au niveau du local de la section et pas directement au centre de confirmation

Contre-référence

- Du côté du centre référent, il est recommandé de désigner une personne qui centralise les fiches de référence en provenance de l'ALCS
- Cette personne sera chargée de renseigner le résultat du test de confirmation sur la fiche de contre référence du bénéficiaire puis de la retourner à l'ALCS, en précisant le code du bénéficiaire, la date de référence et le nom du médecin qui a référé le bénéficiaire.
- Il est également recommandé de renseigner le numéro du test rapide et/ou le code du bénéficiaire (informés sur la fiche de référence) sur la base de données du centre référent pour permettre par la suite la traçabilité et le suivi des personnes référées par l'ALCS dans le circuit de la PEC

Merci de votre attention

