

Tableau 3 | Déclarations de consensus pour un programme de santé publique sur la NAFLD

Numéro	Déclaration	Classification
1. Le poids humain et économique		
1.1	D'après les estimations actuelles, la NAFLD (stéatose hépatique non alcoolique) touche 20 à 25 % de la population adulte mondiale et l'on estime que 20 % des personnes atteintes de NAFLD développeront une stéatohépatite non alcoolique (NASH). On dispose cependant d'un nombre limité d'études épidémiologiques robustes concernant la distribution selon le stade de fibrose, l'âge, le sexe, les facteurs de risque et la zone géographique. Ces données incomplètes limitent les possibilités d'action conjointe, tant au niveau national qu'international.	A
1.2	Il existe pour certains pays des données de registres centralisés, de dossiers médicaux informatisés ou de statistiques officielles, qui constituent des sources précieuses d'information. Cependant, des différences dans le recueil des données, notamment l'utilisation de codes administratifs différents (ICD, International Classification of Disease) limitent les possibilités de comparaison.	A
1.3	Il existe peu de données concernant la NAFLD pédiatrique. Les estimations de la prévalence varient considérablement et l'on dispose d'informations limitées sur le devenir à long terme des enfants atteints de NAFLD. Cependant, les données disponibles indiquent que la NAFLD est un problème de plus en plus présent dans les populations pédiatriques, notamment chez les enfants obèses.	U
1.4	De très nombreux facteurs doivent être pris en compte dans le cadre de la prévention et du traitement de la NAFLD. Ceux-ci comprennent les facteurs de risques métaboliques, en particulier l'insulino-résistance, mais également les facteurs génétiques, sociaux et environnementaux, qui peuvent jouer un rôle dans le développement et la progression de la maladie.	U
1.5	La NAFLD entretient une relation étroite avec d'autres maladies métaboliques. Sa prise en charge réduira probablement la prévalence et la gravité de ces maladies.	A
1.6	Il existe des raisons sociales mais également économiques pour lutter contre la NAFLD. Des données montrent que l'évolution de la NAFLD est associée à des coûts de santé importants, avec des conséquences socio-économiques et une diminution de la qualité de vie, notamment chez les patients atteints de fibrose avancée et de cirrhose. Une prise en charge précoce pourrait permettre de réduire le poids de la maladie, les coûts de santé et les conséquences socio-économiques.	U
2. Sensibilisation et éducation		
2.1	La communication à propos de la NAFLD et ses conséquences représente un défi majeur pour la communauté des hépatologues.	A
2.2	Pour que la NAFLD soit reconnue comme problème de santé publique, il faut élaborer des messages clairs sur la maladie et ses conséquences ainsi que sur les mesures à prendre. Ces messages doivent être adaptés en fonction des différentes cibles concernées, comprenant gastroentérologues, hépatologues, médecins généralistes, diabétologues et autres spécialistes concernés, mais également groupes à risque, médias et responsables politiques.	A
2.3	Les médecins généralistes et les diabétologues ont un rôle essentiel à jouer dans l'identification des patients atteints de fibrose avancée et leur orientation vers des hépatologues. Il est donc nécessaire de les sensibiliser.	A
3a. Définition et mise en œuvre des modèles de prise en charge : considérations générales		
3.1	Étant donné le large spectre de la NAFLD et les différents niveaux de soins requis par les patients dans ce spectre, il sera important de disposer de modèles de prise en charge clairement définis et adaptés au contexte pour faire face au fardeau de la maladie.	A

3.2	La plupart des personnes atteintes de NAFLD peuvent être prises en charge par un médecin généraliste ; seuls les patients dont la maladie est avancée doivent être orientés vers un hépatologue. Les parcours de soins spécifiques à la NAFLD peuvent guider les décisions en matière de soins, notamment les décisions concernant l'orientation d'un patient vers un spécialiste.	A
3.3	Chez les personnes atteintes de NAFLD, en particulier chez celles qui présentent une fibrose avancée, il faut souvent traiter plusieurs comorbidités, notamment le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires.	A
3.4	Il existe peu de données sur l'impact des différents modèles de prise en charge de la NAFLD sur les résultats des patients et le rapport coût-efficacité. Le manque de données et d'investissements dans la recherche sur la mise en application continue d'entraver la conception et l'administration de soins adaptés à différents environnements et contextes de soins.	A
3.5	Le stade de la fibrose est un paramètre prédictif important des résultats hépatiques à long terme et de mortalité globale chez les personnes atteintes de NAFLD. La présence d'une fibrose avancée indique qu'il faut orienter le patient vers un hépatologue.	A
3.6	Les tests non invasifs (TNI) peuvent être efficaces pour exclure une fibrose avancée et montrer la nécessité d'une évaluation plus approfondie ou d'une orientation vers un hépatologue, en particulier lorsque plusieurs tests non invasifs sont utilisés de manière séquentielle.	A
3.7	La disponibilité et l'utilisation des différents TNI varient selon les contextes de soins. Si les tests sanguins non brevetés étaient mieux connus, ils pourraient être utilisés efficacement dans la plupart des établissements de soins primaires et secondaires, comme les centres de traitement du diabète.	A
3.8	Les personnes atteintes de diabète de type 2 (DT2) et/ou d'obésité présentent généralement un risque accru de complications liées à la NAFLD. La collaboration et la coordination entre les différents acteurs du système de santé seront nécessaires pour prendre en charge ces patients de la manière la plus efficace possible.	A
3b. Définition des modèles de prise en charge : chez les enfants de moins de 18 ans		
3.9	L'histoire naturelle de la NAFLD pédiatrique est mal connue, en raison du nombre limité d'études prospectives et du fait de la nature complexe de la maladie, notamment des pathologies propres aux enfants atteints de NAFLD. De plus amples données sur l'histoire naturelle, la physiopathologie et les facteurs de risque de progression de la maladie permettraient d'améliorer la prise en charge de cette population.	U
3.10	Les modèles de prise en charge destinés aux enfants devraient répondre à tous les besoins médicaux et inclure un soutien psychologique. Ils devraient également être conçus pour transférer en douceur les soins du service pédiatrique au service pour adultes.	A
3.11	En raison du nombre insuffisant de TNI validés chez l'enfant, il est difficile d'établir un diagnostic et d'avoir accès aux soins rapidement.	A
3.12	Les données disponibles montrent que la NAFLD pédiatrique est associée à une mortalité et une morbidité à la fois hépatique et non hépatique. Les enfants atteints de NAFLD pourraient bénéficier de prises en charge multidisciplinaires adaptées à leurs besoins médicaux particuliers.	A
3c. Définition des modèles de prise en charge : considérations pour les milieux à faibles ressources		
3.13	Dans les milieux à faibles ressources, il est plus difficile d'accéder aux outils de diagnostic (dont les TNI), en particulier aux examens d'imagerie plus coûteux. Dans ces contextes, le diagnostic oblige souvent les médecins à faire des choix pragmatiques et à recourir à des solutions peu coûteuses.	A
3.14	Dans le cadre des soins primaires dans les milieux à faibles ressources, la NAFLD n'est pas mentionnée dans les directives actuelles de l'OMS sur la détection, le diagnostic et le traitement des principales maladies non transmissibles (MNT). L'inclusion de la NAFLD dans ces directives permettrait d'améliorer les soins pour ces populations.	A

4. Traitement et prise en charge		
4.1	Les prises en charge visant à modifier les facteurs de risque liés au mode de vie constituent la base du traitement de la NAFLD. Certaines données indiquent que ces prises en charge peuvent prévenir la progression de la maladie avec, dans certains cas, une amélioration de la fibrose. Toutefois, des données supplémentaires sont nécessaires pour identifier les approches les plus efficaces et la manière de les mettre en œuvre dans la pratique clinique.	A
4.2	Même si le nombre de traitements pharmacologiques efficaces pour traiter la NAFLD augmente, les programmes visant à modifier les facteurs de risque liés au mode de vie restent essentiels dans la prise en charge de la NAFLD.	A
4.3	Pour pouvoir accéder aux programmes de traitement de la NAFLD, il faut qu'ils soient intégrés dans les politiques et directives nationales pertinentes en matière de soins de santé et qu'ils bénéficient d'un financement approprié. Les payeurs et/ou bailleurs de fonds privés et publics ont un rôle clé à jouer pour assurer le soutien financier (par exemple, le remboursement) de ces services.	A
4.4	La nature invasive de la biopsie du foie, la variabilité inhérente des résultats histologiques et l'absence de tout autre substitut validé pour le bénéfice clinique à long terme ont compliqué le développement de traitements efficaces pour la NAFLD.	A
5. Perspectives pour le patient et la communauté		
5.1	Les personnes atteintes de NAFLD peuvent fournir des informations précieuses pour concevoir et mettre en œuvre des prises en charge visant à préserver et à améliorer leur santé. Les patients et les associations de patients devraient participer activement à l'élaboration de politiques et de stratégies visant à lutter contre la NAFLD ; cependant, un nombre limité de ces groupes s'intéresse actuellement à cette maladie.	A
5.2	La NAFLD étant un problème de santé publique largement ignoré, il peut être utile de faire intervenir des personnalités connues qui en sont atteintes pour sensibiliser le public et plaider en faveur d'une plus grande action en matière de prévention et de traitement.	A
5.3	Les associations de patients et de professionnels qui s'intéressent à des MNT, dont le DT2, l'obésité, les maladies cardiaques et le cancer, peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation à la NAFLD, notamment en fournissant des informations aux groupes à risque.	U
5.4	La stigmatisation peut constituer un obstacle majeur lorsque l'on cherche à résoudre des problèmes de santé. De manière générale, les maladies hépatiques sont associées à une consommation excessive d'alcool et la NAFLD est associée à l'obésité. Ces deux types d'associations concernent des pathologies fortement stigmatisées, et les implications de cette stigmatisation doivent être reconnues et prises en compte lors de l'élaboration d'approches de prévention et de traitement de la NAFLD.	A
6. Stratégies politiques et approche sociétale		
6.1	Pratiquement aucun pays au monde ne dispose d'une stratégie nationale de lutte contre la NAFLD et elle n'est explicitement mentionnée que dans un petit nombre de stratégies nationales ou de recommandations cliniques pour des pathologies associées telles que l'obésité ou le diabète. Cela met en évidence la priorité extrêmement faible accordée à cette maladie dans les programmes de santé nationaux, et la nécessité d'un effort concerté pour élaborer et fournir une réponse solide en matière de santé publique.	U
6.2	Plusieurs MNT très répandues partagent des facteurs de risque communs avec la NAFLD, tels qu'une mauvaise alimentation, la sédentarité et une consommation d'alcool excessive. Les politiques, les mesures fiscales et la législation pourraient s'attaquer à plusieurs de ces maladies de manière simultanée et coordonnée.	A
6.3	La lutte contre la NAFLD nécessitera une action collective couvrant plusieurs disciplines et secteurs. Les cadres existants, comme les Objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies, peuvent utilement informer et guider le développement d'efforts multisectoriels pour s'attaquer aux causes directes, sous-jacentes et transversales de la NAFLD.	A
7. Leadership pour le programme de santé publique sur la NAFLD		
7.1	Les sociétés savantes nationales d'Hépatologie, en collaboration avec les gouvernements et d'autres parties prenantes, jouent un rôle majeur dans la lutte contre la NAFLD, notamment en élaborant des stratégies et des recommandations de santé publique et en collaborant avec d'autres associations et organisations de lutte contre la maladie.	A

7.2	Des organisations multilatérales telles que l'OMS jouent également un rôle déterminant dans l'élaboration et la mise en œuvre de la lutte contre la NAFLD, tout d'abord en reconnaissant la maladie comme un problème de santé majeur, puis en soutenant les efforts nationaux pour apporter des réponses de santé publique.	A
7.3	Les efforts déployés au niveau mondial pour étendre la couverture sanitaire universelle et faire en sorte que les systèmes de santé soient centrés sur les personnes constituent un mécanisme utile pour aborder de manière globale les MNT, non seulement la NAFLD, mais aussi les maladies associées telles que le diabète et l'obésité.	U

Système de classification : U, indique un accord unanime (100 %) ; A, un accord à 90–99 % ; B, un accord à 78–89 % ; et C, un accord à 67–77 %. NAFLD, stéatose hépatique non alcoolique ; NASH, stéatohépatite non alcoolique ; OMS, Organisation mondiale de la Santé.

Tableau 4 | Recommandations consensuelles pour un programme de santé publique sur la NAFLD

Numéro	Recommandation	Classification
1. Le poids humain et économique		
1	Il est nécessaire d'investir dans la recherche afin de mieux comprendre l'épidémiologie de la NAFLD, en particulier dans les groupes de population peu étudiés comme les enfants et les personnes ne présentant pas de facteurs de risque métaboliques manifestes.	A
2	En l'absence d'études de populations prospectives et longitudinales, d'autres méthodes de recherche doivent être envisagées, comme celles qui utilisent les dossiers médicaux électroniques.	A
3	Pour la NAFLD, des investissements devraient être faits aux niveaux mondial, régional et local. Pour cela, des boîtes à outils doivent être préparées pour fournir des conseils sur l'obtention des données économiques requises et la communication des résultats aux décideurs politiques, aux bailleurs de fonds et/ou aux payeurs de soins de santé, ainsi qu'aux autres parties prenantes concernées.	A
2. Sensibilisation et éducation		
4	Les sociétés professionnelles et les autres parties prenantes pertinentes, telles que les associations de patients, devraient collaborer dans le cadre d'un processus transparent visant à réexaminer soigneusement la nomenclature des stéatopathies, en accordant une attention particulière aux avantages et aux obstacles au changement de nom de la « stéatose hépatique non alcoolique ».	A
5	La communauté des hépatologues doit faire appel à des experts en communication sanitaire pour élaborer conjointement des stratégies efficaces et des outils pratiques afin de sensibiliser les publics visés, notamment les médias et les décideurs.	A
6	La terminologie et le concept de « cirrhose compensée » devraient être adoptés car ils reflètent mieux le continuum de la maladie avancée et le risque accru de décompensation que l'utilisation actuelle des stades 3 et 4 de fibrose.	B
7	Les organismes professionnels doivent mettre au point des outils de connaissance simples et des cours éducatifs destinés aux hépatologues et aux diabétologues, aux médecins généralistes, aux spécialistes d'autres disciplines, ainsi qu'aux populations à risque, aux médias et aux responsables politiques. Les cours devraient inclure les activités de l'école de médecine et de la formation médicale continue.	A
3. Définition et mise en œuvre des modèles de prise en charge		
8	Les planificateurs et professionnels de santé doivent concevoir et mettre en œuvre des parcours de soins NAFLD réalisables localement, en utilisant les tests disponibles afin de déterminer efficacement les besoins en soins d'un patient et le diriger vers les services appropriés.	U
9	Les professionnels de santé, plus particulièrement les médecins généralistes, les diabétologues et ceux s'occupant des personnes obèses, devraient disposer des outils et des connaissances nécessaires pour prendre en charge les personnes atteintes de NAFLD. Ces professionnels devraient, au minimum, être en mesure d'identifier les patients qui doivent être orientés vers un hépatologue.	A
10	Les modèles de prise en charge multidisciplinaire devraient constituer la base de la prise en charge des personnes atteintes de NAFLD, en particulier celles qui présentent une fibrose avancée.	U
11	La recherche doit se concentrer sur la mise au point de tests non invasifs (TNI) plus précis et plus efficaces pour la stratification des risques chez les patients, y compris les enfants, dans le cadre des soins primaires, et pour la quantification de la fibrose et le diagnostic de la NASH dans le cadre des soins secondaires.	U
12	Des recherches sur la mise en œuvre devraient être entreprises pour mieux comprendre les obstacles à l'adoption des TNI actuellement disponibles.	A

13	La recherche active de cas doit être envisagée dans les groupes de population présentant un risque accru de fibrose avancée. Les populations cibles spécifiques doivent être déterminées localement, mais devraient inclure les personnes atteintes de diabète de type 2 et celles atteintes d'obésité abdominale.	A
14	Des recherches sur la mise en œuvre sont nécessaires pour identifier les éléments essentiels des modèles de prise en charge efficaces pour la NAFLD dans différents contextes de soins, y compris ceux à faibles ressources, et pour fournir des résultats généralisables qui peuvent guider l'élaboration de modèles de prise en charge dans différents contextes.	A
15	La prévention et le traitement de la NAFLD pédiatrique devraient être une priorité, à la fois pour améliorer la santé des enfants et pour réduire le fardeau de la maladie à un âge plus avancé.	A
4. Traitement et prise en charge		
16	La recherche devrait se concentrer sur l'identification des prises en charge, en particulier des mesures hygiéno-diététiques (régimes alimentaires et activité physique) et des traitements pharmacologiques qui peuvent aider les personnes atteintes de NAFLD et d'obésité à atteindre et à maintenir une perte de poids d'au moins 10 %.	A
17	Des programmes efficaces de traitement structuré du mode de vie devraient être mis à la disposition des personnes atteintes de NAFLD, en particulier si elles présentent un risque accru de fibrose avancée et/ou de progression rapide de la fibrose.	A
18	Les critères histologiques de substitution actuellement acceptés pour l'approbation conditionnelle des médicaments contre la NASH devraient être normalisés, dans le but de les remplacer à terme par des biomarqueurs non invasifs de diagnostic et de substitution.	A
5. Perspectives pour le patient et la communauté		
19	Les associations médicales et les autres parties prenantes doivent aider les groupes de patients à répondre aux besoins des personnes atteintes de NAFLD. Dans la mesure du possible, des groupes spécifiques de patients atteints de NAFLD devraient être créés. Les groupes de patients qui s'intéressent aux maladies associées, notamment le diabète et l'obésité, doivent recevoir des informations pertinentes sur la NAFLD afin de les partager avec leurs membres.	A
20	Les groupes de patients atteints de maladies hépatiques et de maladies non transmissibles (MNT) associées devraient participer à l'élaboration de recommandations de pratique clinique pour la NAFLD. Les associations médicales devraient également soutenir ces groupes de patients en développant des documents pertinents sur la NAFLD pour leurs membres.	A
6. Stratégies politiques et approche sociétale		
21	Les efforts de détection, de prévention et de traitement de la NAFLD devraient être intégrés dans un ensemble plus large de prises en charge qui traitent de manière holistique les facteurs de risque des MNT, en se concentrant spécifiquement sur les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité et la consommation excessive d'alcool.	A
22	Les organisations mondiales de santé (dont l'OMS) et les institutions nationales doivent intégrer la NAFLD dans leurs documents techniques sur les MNT et l'inclure dans les MNT prioritaires.	A
23	L'OMS devrait consacrer une Journée mondiale de la santé (le 7 avril) à la santé hépatique afin de souligner la prévalence mondiale de la NAFLD et son importance pour la santé publique.	A
24	Parmi ses principaux objectifs, le programme de prévention de la NAFLD devrait inclure la création de sociétés plus saines, plus équitables et plus durables. Pour cela, il faudrait mettre l'accent sur les objectifs des ODD qui sont pertinents pour la prévention et le traitement de la NAFLD.	A
7. Leadership		
25	Une coalition mondiale d'organisations et d'individus devrait diriger le développement d'une feuille de route de santé publique sur la NAFLD et soutenir la communauté sanitaire mondiale en la suivant.	A
26	Les sociétés médicales impliquées dans la prise en charge des différents aspects du syndrome métabolique devraient collaborer officiellement pour traiter la NAFLD, notamment en élaborant conjointement des directives, des notes d'orientation et des plans d'action.	A

Système de classification : U, indique un accord unanime (100 %) ; A, un accord à 90–99 % ; B, un accord à 78–89 % ; et C, un accord à 67–77 %. NAFLD, stéatose hépatique non alcoolique ; NASH, stéatohépatite non alcoolique ; OMS, Organisation mondiale de la Santé.