

**Plan national de lutte
contre les hépatites B et C
2009-2012**

**RAPPORT D'ACTIVITE 2010
DU
COMITE DE SUIVI ET DE
PROSPECTIVE**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN	7
TABLEAU RECAPITULATIF DE L'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN.....	8
AXE STRATEGIQUE I	12
AXE STRATEGIQUE II.....	16
AXE STRATEGIQUE III	19
AXE STRATEGIQUE IV.....	22
AXE STRATEGIQUE V	25
BILAN DES GROUPES DE TRAVAIL	29
GROUPE DE TRAVAIL N°1 "DEPLOIEMENT DU PLAN EN REGION"	30
GROUPE DE TRAVAIL N°2 « LE PLAN ET LES DIFFERENTS ACTEURS ».....	33
GROUPE DE TRAVAIL N°3 "DEVELOPPER LA RECHERCHE ET LA PROSPECTIVE"	38
ANNEXES	40
ANNEXE 1 : COMPOSITION DU COMITE DE SUIVI ET DE PROSPECTIVE.....	41
ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE RESTREINT D'ANIMATION.....	43
ANNEXE 3 : DOCUMENTS DES GROUPES DE TRAVAIL	44
DOCUMENTS DU GROUPE N° 2 :	44
CREATION D'UN CENTRE DE RESSOURCES POLYVALENT POUR MINI-RESEAUX DE PROXIMITE EN SEINE-SAINT-DENIS.....	44
RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ETRANGERES ET LEUR DROIT AU SEJOUR POUR RAISONS MEDICALES, EN CAS D'INFECTION VIRALE B OU C	48
ANNEXE 4 : ACTIONS MENEES PAR L'ANRS EN 2009, 2010 ET PERSPECTIVES 2011	55
ANNEXE 5 : ACTES DE LA JOURNEE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES DU 19 MAI 2010.....	59
ANNEXE 6 : REGLEMENT INTERIEUR	100
ANNEXE 7 : ABREVIATIONS	106

INTRODUCTION

Pr. Daniel Dhumeaux, Président du Comité national de suivi et de prospective du Plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.

Un nouveau plan de lutte contre les hépatites virales B et C a été lancé par le Ministre chargé de la santé en février 2009, faisant suite à deux plans antérieurs (1999-2002, dédié à l'hépatite C, et 2002-2005, étendu à l'hépatite B). Si ces plans ont permis des avancées majeures dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces infections, des progrès restaient à faire. Au milieu des années 2000, les études réalisées par l'InVS et l'INSERM indiquaient en effet que dans notre pays environ 500.000 personnes étaient infectées par l'un ou l'autre de ces deux virus, que seulement un sujet infecté sur deux avait été dépisté, que 4.000 décès survenaient chaque année liés à ces infections et que plusieurs milliers de nouvelles contaminations étaient encore annuellement constatées. Dans le même temps, des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine thérapeutique (une guérison était obtenue chez 50% des malades atteints d'hépatite C et un contrôle chez 80% de ceux atteints d'hépatite B) et ces progrès devaient permettre à terme de réduire la morbi-mortalité de ces infections, comme le fixaient les objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Tout justifiait un nouveau plan.

Pour conduire ce plan, l'adapter aux innovations et participer à son évaluation, un Comité national de suivi et de prospective a été mis en place qui se réunit annuellement et dont la vice-présidence, a été confiée à Michel Bonjour (*). Ce comité est composé de 46 personnes représentatives des instances institutionnelles et associatives concernées par la problématique. Pour une surveillance plus régulière, un groupe restreint a été constitué, d'une quinzaine de membres, comprenant les responsables et co-responsables du suivi des cinq axes stratégiques du plan et les responsables des trois groupes de travail mis en place dans le cadre du volet prospectif du Comité national. Ces groupes avaient pour missions respectives : le déploiement du plan en région, selon un souhait exprimé par le Ministre au moment de la mise en place des nouvelles agences régionales de santé (ARS), les relations entre le plan et ses différents acteurs (avec pour l'année 2010 des interventions prévues dans les champs du dépistage et de l'éducation thérapeutique) et le développement de la recherche et de la prospective, en relation avec les innovations les plus récentes.

Le décret n°2009-1548 du 11 décembre 2009 relatif à la création du comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 précise ses missions et sa composition et stipule qu'un rapport d'activité soit annuellement établi. Ce rapport fait l'objet du présent document. Établi par les membres du Comité restreint et le Dr. Lionel Lavin, chargé de mission "hépatites" à la Direction générale de la santé au sein du bureau des « infections par le VIH, IST et hépatites » de la sous-direction de la prévention des risques infectieux, ce rapport détaille l'avancement des actions du plan et celui des missions de chacun des groupes de travail. Il indique qu'à ce jour, à mi-chemin du plan, parmi les 55 actions qui le composent, 44 sont soit terminées, soit engagées et 11 restent encore à mettre en œuvre. Ce résultat satisfaisant laisse espérer de voir aboutir la quasi-totalité des actions avant la fin 2012. Il ne doit cependant pas masquer les difficultés rencontrées et le retard difficilement explicable pris par certaines actions, comme celle très attendue de l'inscription à la nomenclature des tests non invasifs d'évaluation de fibrose, validés par la Haute autorité de santé en 2008¹.

L'activité des groupes de travail fait également l'objet d'un rapport détaillé.

- Le déploiement du plan est une action phare pour la mise en œuvre des actions en région. La période actuelle est celle de la rédaction par les ARS des projets régionaux de santé dans laquelle les différents acteurs de la santé, du social et du secteur associatif devront prendre une part active pour que les hépatites soient justement représentées et qu'un maillage plus coordonné soit établi entre la ville et l'hôpital. Qu'elles soient sociales ou territoriales, les inégalités de santé identifiées dans les régions devront être corrigées et un accent devra être mis dans chaque région pour une amélioration

¹ A la date de sortie de ce rapport les tests non invasifs de fibroses sont inscrits à la nomenclature.

significative de la prévention et de l'accès aux soins, vis-à-vis notamment des populations les plus vulnérables.

- En termes de dépistage (groupe 2), des propositions ont été faites pour une amélioration significative : 250.000 personnes atteintes d'hépatite B ou d'hépatite C sont actuellement méconnues et c'est pour elles une perte de chance, eu égard aux progrès thérapeutiques précédemment signalés. Une étude médico-économique récente a conduit à envisager le dépistage des infections à VIH en population générale : 50.000 personnes infectées par ce virus sont encore méconnues. Une étude similaire est à prévoir pour les hépatites, tenant compte de l'arrivée des tests de détection rapides et non veineux.

- Plusieurs études réalisées dans notre pays ont montré que l'éducation thérapeutique, telle qu'elle est inscrite dans le parcours de santé de la loi HPST, avait un impact majeur dans le cadre des hépatites. L'intervention d'un personnel d'éducation thérapeutique a en effet entraîné une amélioration significative de l'observance au traitement et par là-même de la guérison des patients atteints d'hépatite C, réduisant le nombre de retraitements. Ce constat est d'autant plus important que de nouvelles stratégies thérapeutiques, prévues dans les prochains mois, vont être associées à un accroissement majeur des taux de guérison et, de ce fait, à l'origine d'une importante augmentation du nombre de patients à traiter. Parmi les aides que nos tutelles devront apporter à ce moment, l'éducation thérapeutique sera en première ligne.

- L'arrivée de ces nouveaux traitements doit effectivement être programmée et une étude de modélisation a été proposée, confiée à l'INSERM, pour évaluer le nombre de patients susceptibles d'arriver dans nos structures de soin lors de l'autorisation de mise sur le marché et d'adapter les moyens à leur prise en charge. Les résultats de cette étude seront prochainement communiqués.

En mai 2010, l'Organisation mondiale de la santé a décidé d'inscrire les hépatites virales, au même titre que le paludisme, le SIDA et la tuberculose, comme un des problèmes de santé les plus préoccupants à l'échelon planétaire et a proposé qu'une journée mondiale leur soit annuellement dédiée. Le Comité national de suivi et de prospective a organisé le 19 mai 2010, à l'initiative du Ministre chargé de la santé, une journée de sensibilisation auprès des acteurs concernés par les hépatites et dont les actes sont en annexe. Son succès nous a conduits à la proposition d'une nouvelle journée en 2011, avec le projet, cette année, d'inscrire les actions menées en France dans le cadre européen. La France a certainement beaucoup à apprendre des initiatives conduites ailleurs, mais elle peut aussi servir d'exemple : sans doute du fait de l'investissement de nos tutelles et de ses Plans et de l'implication des professionnels de santé et des associations de patients, notre pays occupe en effet une position de premier ordre à l'échelon international dans le cadre du dépistage et de la prise en charge et est aujourd'hui, avec l'aide de l'ANRS, la deuxième puissance scientifique, après les Etats-Unis, dans le domaine de la recherche clinique et fondamentale. Cette position doit être maintenue. Elle doit aussi conduire notre pays à s'impliquer plus activement dans les actions de solidarité vis-à-des pays les plus défavorisés où les hépatites constituent un fléau qu'une prévention et une prise en charge efficaces pourraient à terme contrôler.

(*) Vice-président de la "Fédération SOS hépatites"

Mr. Michel Bonjour, Vice-Président du Comité national de suivi et de prospective du Plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.

Plusieurs plans nationaux de lutte contre les hépatites se sont succédés depuis 1999 : le « Plan national de lutte contre l'hépatite C – 1999-2002 » et le « Programme national hépatites B et C – 2002-2005 » dont les objectifs ont été partiellement atteints. Si des progrès thérapeutiques ont été majeurs ces dernières années, (on guérit maintenant plus de 50 % des hépatites C et un contrôle, avec arrêt de la multiplication virale, est assuré dans 80 % des cas d'hépatite B), de nombreuses mesures de ces différents plans n'ont pas été réalisées ou pas atteint totalement leurs buts. La pratique du dépistage doit être aujourd'hui plus spécifiquement orientée vers des groupes chez lesquels les études épidémiologiques ont montré une prévalence élevée de l'infection (personnes en situation de précarité, migrants originaires de pays de forte endémie, détenus). Chez les usagers de drogue, le niveau de séroprévalence de l'hépatite C reste particulièrement élevé et la persistance de comportements à risque est responsable d'une contamination alors même qu'un dépistage antérieur négatif a pu être jugé rassurant, d'où l'effort à faire sur la réduction des risques en expérimentant de nouvelles méthodes. De même il nous paraît que l'incitation à la vaccination contre le VHB est insuffisante voire frileuse.

Si la référence à l'Education Thérapeutique du Patient apparaît en référence dans tous les textes et recommandations (ALD, plans divers, accréditation), les moyens dont disposent les établissements et structures pour la mettre en place sont insuffisants lorsqu'ils existent. La création des ARS complique la donne dans les rapports entre financeurs éventuels et les acteurs de santé. Le travail du groupe1 montre que la retranscription du plan en région est loin d'être évidente et le nombre de mesures et de plans divers s'entrecroisant n'est pas fait pour faciliter la réalisation de ces mesures.

L'arrivée des nouvelles molécules, le constat des spécialistes sur le degré de non-observance dans des traitements simples mais longs de l'infection à VHB nous inquiète d'autant plus. Nous inquiète aussi la disparition de certains réseaux et le manque de moyens évident consacrés à la vie de ces structures indispensables. Il en est de même pour les associations de malades qui sont des acteurs indispensables dans la lutte contre ces affections. Une autre question se pose : comment motiver, intéresser et former nos médecins généralistes, en première ligne pour le dépistage et l'accompagnement des malades dépistés avec ou sans traitements ?

Nous ne sommes pas pessimistes car le travail qui est accompli par les différents groupes - nous en sommes témoins - est d'une qualité optimum mais, pour que ce résultat ne soit pas qu'un catalogue de bonnes intentions, il faudrait que ces deux épidémies soient reconnues à la hauteur de cet enjeu de santé publique par les autorités. On peut compter sur les associations pour atteindre cet objectif.

**ETAT d'AVANCEMENT
DES
ACTIONS DU PLAN**

TABLEAU RECAPITULATIF DE L'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
AXE I : REDUCTION DE LA TRANSMISSION DES VIRUS B ET C			
Objectifs 1 : renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter			
I -1-1 Information des médias et des relais d'opinion		X	
I -1-2 Information et communication en direction des professionnels de santé		X	
I -1-3 Soutien des associations de santé communautaire		X	
Objectifs 2 : augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B			
I - 2-1 Information des médecins relative à la vaccination des nourrissons et des enfants		X	
I -2-2 relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB		X	
I -2-3 information et communication en directions des HSH exposés à la transmission sexuelle du VHB		X	
I - 2 -4 Proposition de la vaccination contre Hépat B de manière systématique et gratuite aux UD dans les CSAPA			X
I -2-5 Proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie	X		
I -2-6 Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé		X	
Objectifs 3 : renforcer la réduction des risques de transmission chez les UD			
I -3 -1 Amélioration des pratiques de RDR chez les UD pour ce qui concerne la consommation associée d'alcool		X	
I -3 -2 Etude de faisabilité d'une stratégie de prévention à l'injection		X	
I - 3-3 Education à la santé des UD injecteurs pour réduire les risques de transmission virale (ERLI)		X	
I - 3 -4 Suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone		X	
I - 3 -5 Agir dans les lieux festifs		X	
Objectifs 4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risques			
I -4-1 Instructions aux établissements de santé pour rappeler les mesures à prendre en cas d'accidents d'exposition au sang (AES)		X	
I -4-2 Réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée			X
I - 4-3 Sensibilisation au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations homosexuelles à risque		X	

AXE II : RENFORCEMENT DU DEPISTAGE DES HEPATITES B ET C			
Objectifs 1 : Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque			
II - 1-1 Incitation au dépistage		X	
II - 1-2 Etude de faisabilité de recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie	X		
II - 1-3 Incitation des usagers de drogues au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat			X
II - 1 -4 Développement de l'information et de l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie		X	
Objectifs 2 : Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats			
II - 2-1 validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par le virus B et C et mise en œuvre		X	
II - 2-2 Amélioration des modalités de rendu des résultats des analyses biologiques		X	
AXE III : RENFORCEMENT DE L'ACCES AUX SOINS. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES D' HEPATITES B ET C			
Objectifs 1 : Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C			
III - 1-1 actualisation du "guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C"	X		
III -1-2 organisation des soins et rôle des différents acteurs dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C		X	
III -1-3 amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C avant, pendant et après traitement		X	
III -1-4 amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés et addictions et services de prise en charge des hépatites		X	
Objectifs 2: Favoriser l'éducation thérapeutique du patient			
III -2-1 promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique		X	
Objectifs 3: soutenir des actions hors soins des pôles de référence "hépatites C" et les partenariats avec les associations de patients, d'usagers et de professionnels			
III -3-1 évaluer l'adéquation entre les missions et les moyens des pôles de référence hépatites pour les activités hors soins	X		
III -3-2 développement de partenariats avec les associations d'usagers et patients		X	
III -3-3 développement de partenariats avec des professionnels en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants		X	

Objectif 4: améliorer la formation des professionnels de santé			
III -4-1 inscrire les hépatites B et C comme thème prioritaire dans la formation médicale continue			X
III -4-2 favoriser l'information et la formation sur les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose, leur intérêt, leurs limites et leur place dans la prise en charge	X		
III -4-3 formation à l'addictologie des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des hépatites virales chroniques		X	
AXE IV: MESURES COMPLEMENTAIRES ADAPTEES AU MILIEU CARCERAL			
IV -1 amélioration de la proposition systématique du dépistage des hépatites B et C lors de la visite "entrant" et renouvellement éventuel de la proposition		X	
IV -2 soutien des personnes détenues atteintes d'hépatite virale chronique B et C		X	
IV - 3 réalisation d'une enquête sur la prévalence de l'hépatite virale C de l'infection VIH et des traitements de substitution en milieu carcéral		X	
IV -4 élaboration d'une circulaire relative à l'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge des infections à VHB VHC et VIH		X	
IV -5 évaluation de l'application des recommandations de la politique de RDR infectieux en milieu carcéral		X	
AXE V: SURVEILLANCE ET CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES, EVALUATION, RECHERCHE ET PROSPECTIVE			
Objectif 1: Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologique			
V -1-1 surveillance régulière de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogue et suivi d'indicateurs indirects de l'incidence		X	
Objectif 2: Renforcer l'évaluation			
V -2-1 étude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C			X
V -2-2 évaluation médico économique comparant la prise en charge des usagers de drogues en "microstructure médicale" à celle réalisée dans les CSAPA	X		
V -2-3 mesure de la répartition de la primo prescription de traitement antiviral de l'hépatite C entre la ville et l'hôpital		X	
V -2-4 évaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C	X		
V -2-5 intérêt en sante publique de la primoprescription conditionnelle du traitement antiviral de l'hépatite C par des médecins généralistes	X		
V -2-6 enquête de pratiques sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation des fibroses en ville dans l'hépatite C	X		

V -2-7 évaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et de sérovaccination des NNX de mère +		X	
V -2-8 évaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour UD		X	
V -2-9 expérimentation des outils de RDR pour UD hors injection		X	
V -2-10 évaluation du rôle et de l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officine dans la mise en place des politiques de RDR		X	
Objectif 3: Développer la recherche et la prospective			
V -3-1 évaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux	X		
V -3-2 étude de faisabilité de la primo prescription conditionnelle de méthadone par des médecins généralistes		X	
V -3-3 expertise sur les greffes de foie pour hépatites virales B et C		X	
V -3-4 modélisation de la morbidité des hépatites B chroniques en fonction des scénarii thérapeutiques	X		
Objectif 4: suivi et évaluation du plan national			
V -4		X	
terminé			
en cours			
prévu			
en retard			

Axe stratégique I

Réduction de la transmission des virus B et C

Coreponsables : Dominique ROULOT (AFEF), Fabrice OLIVET (ASUD),

Parmi les 17 actions, 2 sont terminées, 14 sont engagées et 1 n'est pas engagée

I- Objectif 1

Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter

I-1. Action 1 : Information des médias et des relais d'opinion. **Action engagée**

Cela passe par l'identification et la rencontre de personnes relais d'opinions. L'Inpes a actualisé et imprimé un dossier de presse en 2009. Chaque année, des fiches sont rédigées par l'Inpes dans le dossier de presse transmis aux ARS et aux partenaires nationaux pour la semaine nationale de la vaccination.

I-1. Action 2 : Information et communication en direction des professionnels de santé. **Action engagée**

L'Inpes a diffusé en 2009 des supports de communication hépatites destinés aux professionnels de santé. Les documents sur la vaccination, destinés aux médecins ont été mis à jour. L'InVS a fait plusieurs communications lors de congrès nationaux (AFEF) en 2009 et 2010.

I-1. Action 3 : Soutien des associations de santé communautaire. **Action engagée**

L'aide à la mobilisation des associations pour promouvoir la réduction des risques est en cours

I- Objectif 2

Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B

I-2. Action 1 : Information des médecins relative à la vaccination des nourrissons et des enfants. **Action engagée**

Un numéro de la collection « repère sur votre pratique » sur la prévention de l'hépatite B auprès des populations les plus exposées a été diffusé très largement et réédité à plusieurs reprises. Une campagne de sensibilisation à la vaccination contre l'hépatite B a été organisée dans certaines régions au cours de la semaine nationale de vaccination.

I-2. Action 2 : Relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB. **Action engagée**

La cohorte ELFE (étude longitudinale française depuis l'enfance) concernant le dépistage et la séro-vaccination des nouveau-nés de mère AgHBs+ a été mise en route en 2009 et le recueil des données se poursuit en 2010 ;

L'Inpes a développé un partenariat avec les sages-femmes pour une meilleure information sur les vaccinations autour de la maternité. .

I -2. Action 3 : Information et communication en directions des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes exposés à la transmission sexuelle du VHB. **Action engagée**

En 2009, un carte intitulée : « ce soir, tu risques de coucher avec l'hépatite B » a été diffusé. Une campagne pour lutter contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) a débuté en 2010.

I -2. Action 4 : Proposition de la vaccination contre hépatite B de manière systématique et gratuite aux UD dans les CSAPA. **Action terminée**

Une circulaire n°79-2008 a été rédigée en 2008 pour permettre aux CSAPA de proposer à leurs patients, à partir de 2008, un dépistage et une vaccination gratuite contre l'hépatite B

I -2. Action 5 : Proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie. **Action non engagée**

La circulaire envisagée n'a pas été réalisée, néanmoins cette proposition a été inscrite dans les supports produits par l'Inpes à destination de ces populations et des professionnels.

I -2. Action 6 : Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé. **Action engagée**

Des enquêtes concernant la couverture vaccinale des professionnels de santé ont été réalisées en 2009 : baromètre MG 2009, enquête VAXISOIN par le Geres, enquête STUDYVAX. Les résultats du baromètre MG 2009 sont disponibles en 2010.

Les résultats des 2 enquêtes InVS faites en 2010 seront connus en 2011.

I- Objectif 3

Renforcer la réduction des risques de transmission chez les UD

I -3. Action 1 : Amélioration des pratiques de réduction des risques chez les UD pour ce qui concerne la consommation associée d'alcool. **Action engagée**

La nouvelle enquête COQUELICOT 2, qui sera menée en 2011, permettra d'évaluer le résultat de la politique de réduction des risques, le niveau de dépistage et de connaissance de leur statut des usagers de drogue.

I -3. Action 2 : Etude de faisabilité d'une stratégie de prévention à l'injection. **Action engagée**

L'INPES a organisé d'une part en mars 2010 un séminaire de travail sur la prévention et l'éducation à la santé et d'autre part une enquête nationale par Internet auprès d'usagers de drogue sur les contextes de la première injection PRIMINJECT. Les premiers résultats sont disponibles début 2011 et pourront permettre de préciser les modalités d'appui à d'éventuelles actions de terrain

I -3. Action 3 : Education à la santé des UD injecteurs pour réduire les risques de transmission virale. **Action engagée**

En 2009, un guide intitulé : « Réduire les risques infectieux chez les UDI » a été édité par l'Inpes et diffusé aux professionnels du champ médico-social et sanitaire.

En 2010, l'ANRS a accepté de soutenir un projet « Evaluation des effets de sessions d'Accompagnement et d'Education aux Risques Liés à l'Injection (AERLI) menées auprès de personnes qui consomment des produits psycho-actifs par la voie injectable (personnes CPPVI) ». L'enquête COQUELICOT 2 en cours devrait renseigner sur les pratiques liées à l'injection.

I -3. Action 4 : Suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone. **Action engagée**

L'afssaps a débuté une surveillance de la commercialisation d'une forme « sèche » de la méthadone en s'appuyant sur les réseaux de pharmacovigilance. Il s'agit toujours d'une primoprescription et des demandes d'assouplissement aux conditions d'accès sont faites

I -3. Action 5 : Agir dans les lieux festifs. **Action engagée**

Il est proposé de verser des subventions aux associations pour diffusion de messages de prévention dans les lieux festifs tels que : bars, discothèques, soirées étudiantes, festivals, soirées techno. L'Inpes propose une mise à disposition de documents sur les risques liés à certaines pratiques

I- Objectif 4

Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risques

I -4. Action 1 : Instructions aux établissements de santé pour rappeler les mesures à prendre en cas d'accidents d'exposition au sang (AES). **Action engagée**

L'actualisation de la circulaire du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques est prévue fin 2010.

I -4. Action 2 : Réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée. **Action terminée**

La circulaire du 06 juillet 2009 concernant la réglementation relative à la mise en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée y compris de maquillage permanent et de perçage corporel, a été publiée.

I -4. Action 3 : Sensibilisation au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations homosexuelles à risque. **Action engagée**

Une brochure comprenant des informations spécifiques sur le VHC est mise à disposition des hommes ayant des relations avec d'autres hommes notamment séropositifs pour le VIH.

Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe I :

- ANRS-METHAVILLE : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC.

- *Projet Parcours* : Parcours de vie, VIH et Hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile de France.

- *Etude sur les risques de transmission du VIH et du VHC liés à la consommation de crack et évaluation d'outils de réduction des risques spécifiques.*

- ANRS-FORMVAC Etude multicentrique prospective évaluant l'impact de différentes interventions de santé publique destinées à améliorer l'adhésion à la vaccination contre l'hépatite B des sujets vus en consultation de dépistage anonyme et gratuit en France.

- AERLI : Evaluation des effets de sessions d'Accompagnement et d'Education aux Risques Liés à l'Injection (AERLI) menées auprès de personnes qui consomment des produits psycho-actifs par la voie injectable (personnes CPPVI).

<p>Au total, une amélioration de l'information en particulier sur la vaccination contre l'hépatite B, en direction du grand public, mais également des professionnels de santé est la meilleure piste pour réduire les risques de transmission des hépatites B et C.</p>

Axe stratégique II

Renforcement du dépistage des hépatites B et C

Coreponsables: Françoise ROUDOT-THORAVAL (personnalité qualifiée), Pascal REVAULT (COMEDE).

Parmi les 6 actions, 1 est terminée, 4 sont engagées et 1 ne sont pas engagées

II- Objectif 1.

Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque

II -1. Action 1 : Incitation au dépistage. **Action engagée**

L'incitation au dépistage passe par une amélioration de l'information du grand public et des personnels de santé, pour mieux connaître et reconnaître les situations à risque. L'INPES a actualisé et diffusé en 2010 deux brochures sur l'hépatite C en direction du grand public. Des journaux, distribués dans des lieux de vie communautaires, évoquent également les facteurs de risque des hépatites et leur prévention. Des affiches pour les salles d'attente des médecins, mais également des documents destinés aux professionnels de santé devraient être plus largement distribués. Le suivi de l'activité de dépistage par le réseau des laboratoires Rena-VHC/B et les CDAG reste un bon indicateur de l'action.

II -1. Action 2 : Etude de la faisabilité de recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie. **Action non engagée**

Plutôt que de cibler sur la consultation d'anesthésie pré-opératoire dont la mission n'est pas à proprement parler le dépistage des hépatites, il apparaît plus réaliste d'améliorer l'information pour inciter au dépistage, à l'occasion d'une discussion, différents types de médecins : généralistes, médecins du travail, médecins scolaires, gynécologues-obstétriciens ... Aussi, aucun contact avec la Société française d'anesthésie n'a encore été pris.

II -1. Action 3 : Incitation des usagers de drogue au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat. **Action réalisée**

Une circulaire aux DDASS a été rédigée en 2009 pour rappeler au personnel des CARRUD l'importance de l'incitation au dépistage des hépatites, chez les UD fréquentant ces lieux d'accueil. Les CSAPA, dans leur rôle de prévention, ont un budget spécifique pour pouvoir proposer une vaccination contre le virus de l'hépatite B. Cela ne pourra en revanche pas être le cas pour les CDAG, une vaccination dans l'anonymat n'étant pas possible. La nouvelle enquête COQUELICOT 2, qui sera menée en 2011, permettra d'évaluer le résultat de la politique de réduction des risques, le niveau de dépistage et de connaissance de leur statut des UD.

II -1. Action 4 : Développement de l'information et de l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie. **Action engagée**

L'Inpes publie des livrets de santé bilingue destinés aux patients et remis par les professionnels de santé et du social, dans lesquels la prévention des hépatites B et C est abordée. Ces livrets existent en 23 langues. L'information à approche communautaire doit être poursuivie. Le COMEDE, à côté de ses différentes missions de prise en charge des exilés, mène une action de dépistage des hépatites. Des expériences de proposition systématique de dépistage des hépatites chez les migrants au niveau de certaines PASS existent, qui pourraient être généralisées à l'ensemble d'entre elles. Il serait pertinent

de développer des outils de communication adaptés à un public large (affiches, dépliants...) pour une sensibilisation à la vaccination contre l'hépatite B, notamment en direction de populations particulièrement affectées par les hépatites B, mais pas seulement. A ce propos le groupe s'interroge sur les publications prévues par l'Inpes en la matière. L'Inpes a réalisé des actions d'information sur l'hépatite B (prévention, dépistage) des migrants originaires d'Afrique subsaharienne au travers d'outils multithématiques (magazines santé), a réalisé un film court diffusé sur les chaînes TV communautaires, diffusé un roman photo (200 000 exemplaires) informant sur l'hépatite B et incitant au dépistage.

II- Objectif 2

Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats

II -2. Action 1 : Validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par le virus B et C et mise en œuvre. **Action engagée**

Un groupe de travail a été réuni par la HAS pour évaluer les propositions d'algorithme de dépistage pour le VHB et le VHC. Un dépistage des marqueurs du VHB en 2 étapes n'a pas été retenu. Les conclusions du groupe sont actuellement en relecture et sont attendues pour début 2011².

Une prise en charge à 100% des sérologies de l'hépatite B a fait l'objet d'une demande d'inscription au PLFSS qui n'a pas été retenue en 2010 pour 2011.

II -2. Action 2 : Amélioration des modalités de rendu des résultats des analyses biologiques. **Action engagée**

Un document expliquant au patient la signification du résultat d'un dépistage positif pour le VHC « un dépistage positif, que faire ? » a été récemment actualisé par l'Inpes. Il faudrait un document similaire pour le VHB. A noter toutefois que des documents d'information sont diffusés par SOS Hépatites, parmi lesquels « hépatite chronique B : quelques notions pour mieux connaître ma maladie ». L'intégration du résultat du dépistage du VHB pendant la grossesse dans l'outil « maternité » élaboré par l'Inpes reste à faire. Au total, une amélioration de l'information en direction du grand public, mais également des professionnels de santé et notamment médecins généralistes, du travail, scolaires ... est la meilleure piste pour accroître le dépistage des hépatites B et C chez les sujets venant consulter, mais également favoriser le dépistage de l'entourage des sujets dépistés positifs.

Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe II :

- *Prévention des hépatites virales (HV) B et C chez les publics précaires* : évaluation opérationnelle et comparaison de deux stratégies d'intervention dans les foyers SONACOTRA de la région lyonnaise. ANRS-HEPAPRECA. Ce projet a donné lieu à une publication : Sahajian F, Bailly F, Vanhems P, Fabry J, Trepo C; Members of ADHEC. A randomized trial of viral hepatitis prevention among underprivileged people in the Lyon area of France. J Public Health (Oxf). 2010 Sep 27. [Epub ahead of print]PMID: 20876189.

² A la date de sortie de ce rapport les recommandations sur les stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C élaborées par la HAS ont été publiées.

- *Les déterminants de la proposition de diagnostic et de soins des hépatites virales B et C aux migrants en Côte d'or.* Etude auprès du personnel soignant (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, etc...). Rapport en attente de publication.

- *ANRS-OPTISCREEN B* : L'application d'algorithmes de décision et l'utilisation de tests rapides permettent-ils d'optimiser le dépistage et la prévention de l'hépatite B ?

Axe stratégique III

Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites B et C

Coresponsables : Michel DOFFOËL (personnalité qualifiée), Xavier AKNINE (ANGREC)

Parmi les 11 actions, 1 est terminée, 7 sont engagées et 3 ne sont pas engagées.

III- Objectif 1.

*Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs
dans la prise en charge de l'hépatite C*

III -1.Action 1 : Actualisation du "guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C".
Action non engagée

L'actualisation par la HAS du guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C sera engagée lorsque les recommandations de bonnes pratiques seront élaborées. Ce travail devrait se dérouler en 2012.

III -1.Action 2 : Organisation des soins et rôle des différents acteurs dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C. **Action engagée**

Un groupe de travail DGOS / DGS a été mis en place au printemps 2010 pour permettre l'actualisation de la circulaire du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins des patients atteints de l'hépatite C, la mobilisation des médecins généralistes pour la prise en charge de l'hépatite C et l'incitation au travail en réseau.

III -1.Action 3 : Amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C avant, pendant et après traitement. **Action engagée**

Les recommandations contenues dans la mise au point diffusée par l'AFSSAPS ont été transmises à la HAS. Leur analyse est en cours. La prévalence élevée de l'hépatite C chez les patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques et la fréquence élevée des comportements à risque dans cette population devraient permettre de sensibiliser les psychiatres à l'intérêt du dépistage de l'hépatite C, a fortiori s'ils ont une formation en addictologie. Leur implication dans la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C devrait être également facilitée.

III -1.Action 4 : Amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés et addictions et services de prise en charge des hépatites. **Action engagée**

Le cadre de la coopération et de la coordination avec l'offre de soins spécialisée en hépato-gastro-entérologie lors de l'élaboration des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie est défini en application de la circulaire n° 2008/79 du 28 février 2008. Ces schémas régionaux sont actuellement discutés dans le cadre des PSRS.

III- Objectif 2

Favoriser l'éducation thérapeutique du patient

III -2 Action 1 : Promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique. **Action engagée**

La promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique est engagée, en sachant que les programmes doivent obtenir une labellisation auprès des ARS. Les hépatites virales n'apparaissent pas en tant que telles parmi les pathologies prioritaires de l'éducation thérapeutique, mais s'intègrent dans les pathologies chroniques. Cette promotion de l'éducation thérapeutique devra tenir compte de l'arrivée des trithérapies dans l'hépatite chronique C.

III- Objectif 3

Soutenir des actions hors soins des pôles de référence "hépatites C" et les partenariats avec les associations de patients, d'usagers et de professionnels

III -3.Action 1 : Evaluer l'adéquation entre les missions et les moyens des pôles de référence hépatites pour les activités hors soins. **Action non engagée**

Cette action sera mise en œuvre avec les travaux engagés avec l'action III -1.Action 2

III -3 Action 2 : Développement de partenariats avec les associations d'usagers et patients. **Action engagée**

Des partenariats ont été développés avec les associations d'usagers et patients, en particulier SOS Hépatites, dans le domaine du dépistage et de l'éducation thérapeutique, grâce au soutien aux associations par des subventions.

III -3 Action 3 : Développement de partenariats avec des professionnels en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants. **Action engagée**

Un document rédigé par le groupe de travail n°2 est en cours de validation au sein de ce groupe.

III- Objectif 4

Améliorer la formation des professionnels de santé

III -4.Action 1 : Inscrire les hépatites B et C comme thème prioritaire dans la formation médicale continue. **Action terminée**

III -4.Action 2 : Favoriser l'information et la formation sur les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose, leur intérêt, leurs limites et leur place dans la prise en charge. **Action non engagée**

Cette formation spécifique est à intégrer dans le cadre de la FMC. L'inscription de ces méthodes à la nomenclature est toujours en attente³.

³ A la date de sortie de ce rapport les tests non invasifs de fibroses sont inscrits à la nomenclature.

III -4.Action 3 : Formation à l'addictologie des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des hépatites virales chroniques. **Action engagée**

La formation à l'addictologie des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des hépatites virales chroniques est engagée en répondant aux appels à projets pour la formation des professionnels hospitaliers avec l'organisation de rencontres interprofessionnelles addictologues-hépatologues-médecins généralistes et en sensibilisant les sociétés scientifiques pour les professionnels extra-hospitaliers.

Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe III :

- *Observance thérapeutique chez des patients multitraités* : le cas de la toxicomanie. Ce projet a donné lieu à la publication d'une thèse, et d'un chapitre « Implications des troubles psychiatriques et des addictions sur l'observance et la qualité de vie des patients co-infectés par le VIH et le VHC » (p.37-43) dans l'ouvrage "Psychiatrie, VIH et hépatite C : Quels enjeux de santé publique ? Quels enjeux pour la psychiatrie ? ". Ed. Elsevier Masson. 2009.

- *Développement international d'un questionnaire de qualité de vie spécifique du VHC.*

- *Enquête VESPA 2010* : Nouvelle enquête nationale transversale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH sida en France métropolitaine, aux Antilles, en Guyane et à la Réunion.

Axe stratégique IV

Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

Coresponsables : Patrick SERRE (APSEP), Jean - Michel DELILE (ANITEA)

Parmi les 5 actions, 5 sont engagées.

IV- Action 1 : Amélioration de la proposition systématique du dépistage des hépatites B et C lors de la visite entrant et renouvellement éventuel de la proposition. **Action engagée**

L'incitation au dépistage doit être plus forte et plus efficiente. Elle doit se décliner par un renforcement de l'offre de dépistage, de son organisation quant aux modalités de dépistage et par quels acteurs de santé. Le dépistage doit être proposé systématiquement au début de l'incarcération, mais également pendant la détention des patients. Une harmonisation des pratiques au sein des UCSA est plus que jamais nécessaire, d'autant plus qu'il existe une grande disparité entre les établissements pénitentiaires et les régions.

Les patients détenus, pour une immense majorité, le sont dans des établissements pénitentiaires de type maison d'arrêt, où les temps de détention sont courts. Il faut donc s'appliquer à raccourcir les délais d'obtention des résultats des examens de dépistage, ce qui implique une meilleure coordination avec les structures de laboratoire hospitalières.

Nous considérons que les réponses à cet objectif sont très partiellement obtenues pour le moment. Des mesures complémentaires à l'action 1, pourrait être envisagées qui devront faire l'objet d'une validation.

- Faciliter l'accès aux soins. Cela comporte deux aspects : le premier est un renforcement de la prise en charge pluridisciplinaire par les équipes de l'UCSA qui mutualisent pour certaines d'entre elles déjà des moyens en provenance du centre hospitalier général et du centre hospitalier spécialisé ou du SMPR; le second est une meilleure concertation avec les services de pharmacie hospitalière dont dépend l'UCSA.

Les traitements institués doivent pouvoir l'être par les soignants médicaux de l'UCSA, en concertation avec les spécialistes référents en la matière, ces consultations spécialisées étant parfois difficiles à obtenir.

- Permettre une meilleure surveillance et observance aux traitements ; grâce aux nouvelles technologies disponibles sur site en particulier aux FibroScan qui pourrait être utilisé à bon escient avec des opérateurs spécifiquement formés, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux et à la mise en place dans les UCSA des appareils de télésanté pour réaliser des consultations à distance, mais également des actions d'éducation thérapeutique, tout en maintenant sur site des consultations régulières effectuées par des médecins spécialistes.

Renforcer et développer le rôle infirmier qui doit être important tant au niveau du soin que des actions de prévention et des actions d'éducation thérapeutique, comme le prévoient les derniers textes de loi HPST et loi sur l'éducation thérapeutique. Nous rappelons que l'UCSA doit coordonner toutes les actions.

- Faciliter l'accès à la couverture sociale de type régime général, ou de type CMU-CMUc. Le principal souci est l'obtention de la couverture sociale auprès des patients détenus nécessitant ce type de soin. Actuellement nous sommes en attente d'une concertation nationale avec la CNAM et les différents partenaires.

- Préparer la sortie : cela nous semble très important et requiert une coordination avec tous les acteurs intervenant à l'UCSA.

L'ensemble de ces mesures sont en cours de discussion et de rédaction avec tous les partenaires, dans le cadre de la révision du guide méthodologique de prise en charge sanitaire des détenus, à paraître fin 2011.

IV- Action 2 : Soutien des personnes détenues atteintes d'hépatite virale chronique B ou C. **Action engagée**

Le partenariat avec les associations de type CSAPA et toute autre association reconnue (SOS Hépatites, AIDES,...), doit être renforcé et nous constatons que ces associations peuvent beaucoup plus facilement intervenir au sein des établissements pénitenciers dans le cadre des actions coordonnées par les UCSA.

Cela démontre le souci constant qu'ont les soignants des UCSA à utiliser au mieux le temps de l'incarcération pour faciliter l'accès aux soins, mais également pour coordonner au mieux les actions, avec les réseaux existant extra muros en facilitant notamment la continuité des soins lors d'une remise en liberté, ou en cas de transfert vers d'autres établissements pénitentiaires.

L'objectif est en cours de formalisation dans certaines régions et devrait se généraliser progressivement d'ici 2012.

L'accès aux outils de réduction des risques doit être facilité. La vaccination contre l'hépatite B devrait être plus systématique. Des programmes d'action de prévention, de réductions des risques et d'information doivent être rédigés, soutenus et financés spécifiquement par les autorités sanitaires telles que les ARS. Ces actions sont destinées bien entendu avant tout aux patients détenus en partenariat avec les SPIP, mais il faut également renforcer les actions d'information et de formation auprès de tous les personnels soignants intervenant dans les UCSA sur ces pathologies (formation initiale et continue). Des actions d'information pourraient aussi être instituées en direction des personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire.

IV- Action 3 : Réalisation d'une enquête sur la prévalence de l'hépatite virale C, de l'infection à VIH, et des traitements de substitution en milieu carcéral (Prevacar). **Action engagée**

Des enquêtes de prévalence de l'hépatite C et du VIH, et des traitements de substitution aux opiacés (TSO), ont été entreprises ces trois dernières années ; la plus importante se nomme « PREVACAR », pilotée par la DGS en partenariat avec l'InVS, et dont l'objectif était de réaliser un état des lieux de l'offre de soins concernant toutes ses pathologies. Le dépouillement des réponses est pratiquement terminé, et les conclusions devraient paraître au cours du premier semestre 2011⁴.

D'autres enquêtes réalisées par des professionnels de santé ont été organisées auprès des équipes soignantes, pour affiner le ressenti des besoins nécessaires à la bonne prise en charge de ces pathologies auprès des patients.

Il conviendra à l'avenir de développer régulièrement ce type d'enquête en partenariat avec l'InVS pour pouvoir évaluer au fil du temps la pertinence des actions en matière de soins mais également de prévention et d'éducation à la santé.

⁴ A la date de sortie de ce rapport les résultats de l'enquête "Prevacar" ont fait l'objet de communications notamment lors de la journée nationale de lutte contre les hépatites du 25 mai 2011.

Cet objectif est pour le moment atteint, mais nous avons une obligation de pérenniser ces enquêtes, pour garder une cohérence avec la demande des patients.

IV- Action 4 : Elaboration d'une circulaire relative à l'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge des infections à VHB, VHC et VIH. **Action engagée**

Cet objectif découle du dépouillement des résultats des enquêtes précédentes et la circulaire devra être proposée au plus tard au cours du premier semestre 2012. On attend également la rédaction finale du nouveau guide de prise en charge sanitaire des patients détenus.

IV- Action 5 : Evaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral. **Action engagée**

Le rapport Santé/Justice de l'année 2001 publié par le Ministère de la santé et le Ministère de la justice, nous semble utile, mais il est souhaitable de pouvoir se référer au nouveau plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 en matière de politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, récemment présenté par les ministres concernés. Dans ce plan, une part très importante est consacrée à l'évaluation et au suivi des actions en matière de prise en charge des pathologies hépatiques, du SIDA et des traitements de substitution. Il est donc nécessaire de réfléchir rapidement à la création d'indices de qualité et de pertinence de toutes les actions entreprises dans ce domaine.

Enfin il est à noter que des actions de cet axe du plan hépatites sont reprises dans le plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice sorti en octobre 2010 : action 2.1 (prévacar) et action 6.1 (dépistage à l'entrée et renouvellement).

Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe IV :

- *ANRS-PR²DE* : Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus : Un inventaire a été réalisé en 2010 avec le soutien de Sidaction. Résultats en cours d'analyse.

Axe stratégique V

Surveillance et connaissances épidémiologiques, évaluation, recherche et prospective

Coresponsables : Stanislas POL (personnalité qualifiée), Christine LARSEN (InVS)

Parmi les 16 actions, 1 est terminée, 9 sont engagées et 6 ne sont pas engagées.

V- Objectif 1.

Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques

V -1.Action 1 : Surveillance régulière de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues et suivi indirect de l'incidence. **Action engagée**

A la fin de l'année 2010, a débuté la préparation du terrain de l'enquête COQUELICOT (voir I-3.Action1). Cette étude va permettre d'estimer la prévalence de l'hépatite C chez les UD en 2011 et de la comparer à celle de l'enquête réalisée en 2004.

La déclaration obligatoire (DO) de l'hépatite aiguë B symptomatique ne peut pas donner d'indication sur la prévalence du VHB chez les UD. La DO indique la proportion de personnes pour lequel un usage de drogues (pernasal ou par injection) est présent dans les 6 semaines à 6 mois avant le début de l'hépatite aiguë B symptomatique. La DO permet d'estimer l'incidence de l'infection par le VHB dans la population générale. L'incidence annuelle des hépatites aiguës B symptomatiques a été estimée à 1/100 000 habitants, restant stable entre 2005 et 2009, avec une incidence (formes asymptomatiques et symptomatiques) estimée à 3,8/100 000 habitants, soit 2 421 cas par an en moyenne, dont 184 passeraient à la chronicité. Parmi les 730 cas d'hépatite B aiguë notifiés entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2009, l'usage de drogues était évoqué comme exposition possible dans les 6 mois précédant le diagnostic d'hépatite aiguë B dans 18 cas (2,5%) (données InVS).

L'Inpes a réalisé des enquêtes sur les perceptions, connaissances, attitudes et pratiques de la population et des professionnels à l'égard des hépatites virales, concernant la prévention, le dépistage et la vaccination. Celles-ci apporteront des informations importantes pour tous les acteurs de la lutte contre les hépatites virales.

Ainsi l'Inpes a enrichi d'un module sur les hépatites virales le baromètre médecin réalisé en 2009 et le baromètre Santé réalisé auprès de la population en 2010. Les résultats sont disponibles pour le baromètre médecins généralistes et fin 2011 pour le baromètre population. Par ailleurs, le nouveau KABP/SIDA organisé en cofinancement avec l'ANRS intègre pour la première fois un module détaillé sur les connaissances, attitudes, perceptions et pratiques sur les hépatites B et C incluant le dépistage et la vaccination. Cette enquête a été réalisée au premier semestre 2010 et les résultats seront disponibles fin 2011.

V- Objectif 2.

Renforcer l'évaluation

V-2. Action 1 : L'étude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C est terminée et le rapport final a été restitué. **Action terminée**

V-2. Action 2 : L'évaluation médico-économique comparant la prise en charge des usagers en « microstructure médicale » à celle réalisée dans les CSAPA **Action non engagée**

V-2. Action 3: Mesure de la répartition de la primo-prescription du traitement antiviral de l'hépatite C entre la ville et l'hôpital. **Action engagée**

L'analyse des données de la CNAMTS est en cours.

V-2. Action 4 : Evaluation des pratiques professionnelle et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C. **Action non engagée**

L'inscription a fait l'objet d'une demande à la HAS en 2009 mais celle-ci a été considérée comme trop précoce.

V-2. Actions 5 : Intérêt en santé publique de la primo-prescription conditionnelle du traitement antiviral de l'hépatite C par des médecins généralistes. **Action non engagée**

L'action n'a pas été mise en œuvre en raison de l'arrivée des trithérapies et des modifications de prise en charge qui en découlent.

V-2. Action 6 : enquête de pratique sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose en ville dans l'hépatite C. **Action non engagée**

Elle implique l'inscription à la nomenclature des tests⁵.

V- 2.Action 7 : Evaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'AgHBs (obligation réglementaire) chez les femmes enceintes et sérovaccination des nouveau-nés de mère infectées par le VHB. **Action engagée**

Les études pilotes régionales de la cohorte elfe (voir I -2.Action 2), étude longitudinale française qui vise à suivre 20 000 enfants de la naissance à l'âge adulte en abordant les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle de la santé, de la santé-environnement et des sciences sociales, ont été réalisées en 2010. L'étude nationale sera mise en place en 2011 ; l'analyse des données de la période périnatale permettra de fournir ces indicateurs.

V- 2.Action 8 : Evaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour les UD. **Action engagée**

Le rapport d'expertise collective réalisée par l'INSERM sur la réduction des risques chez les usagers de drogues a été publié en juin 2010.

Une enquête qualitative sur les attentes des usagers vis-à-vis des kits d'injection disponibles a été menée en 2010 par l'InVS, en collaboration avec l'INSERM (l'analyse de cette étude est en cours). En 2011, un volet spécifique sur l'acceptabilité et l'accessibilité des outils de réduction des risques dans l'enquête COQUELICOT 2 (voir I -3.Action1) sera intégré et contribuera à l'évaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention.

Les résultats disponibles (début 2011) de l'étude Priminject réalisée par l'Inpes en 2010 auprès d'usagers de drogue sur les contextes de la première injection permettra de préciser les modalités d'appui à d'éventuelles actions de terrain.

V- 2.Action 9 : Expérimentation des outils de réduction des risques pour les UD hors injection. **Action engagée**

L'enquête CRACK sur les risques de transmission du VIH et des virus des hépatites et sur l'évaluation d'un outil de réduction des risques chez les consommateurs de crack a été mise en place par l'InVS

⁵ A la date de sortie de ce rapport les tests non invasifs de fibroses sont inscrits à la nomenclature

avec le soutien de l'ANRS et l'Inpes. En 2009, la première phase épidémiologique de cette enquête a comporté, en particulier, une évaluation de l'état de santé des fumeurs de crack. En 2010, a été réalisée la deuxième phase de l'enquête relative à la diffusion de kits de réduction de risque et aux entretiens sociologiques avec les usagers. La troisième phase (épidémiologique) se déroulera en 2011 par l'évaluation de l'état de santé des fumeurs de crack après la diffusion des kits.

V- 2.Action 10 : Evaluation du rôle et de l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officine dans la mise en place des politiques de réduction des risques. **Action engagée**

Cette évaluation comporte deux volets : un volet quantitatif réalisé par l'afssaps, mis en place en avril 2010 et un volet qualitatif coordonné par l'OFDT, dont la mise en place a été retardée.

V- Objectif 3.

Développer la recherche et la prospective

V- 3.Action 1 : Evaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux. **Action non engagée**

Cette action n'a pas été mise en place en 2010. Il est prévu que le centre national de référence (CNR) des hépatites virales B, C et Delta évalue, en 2011, les tests effectués sur des matrices spécifiques telles que le papier buvard.

V- 3.Action 2 : Etude de faisabilité de la primo-prescription conditionnelle de méthadone par des médecins généralistes. **Action engagée**

L'étude « ANRS-Méthaville » a démarré en 2009. La période d'inclusion prend fin début janvier 2011. Résultats attendus courant 2011..

V-3. Actions 3 : Expertise sur les greffes de foie pour hépatites virales B et C : **Action engagée**

L'agence de Biomédecine a engagé un travail afin d'évaluer d'une part l'évolution du nombre de candidats à la greffe de foie pour cirrhose ou CHC et ayant une infection virale B ou C de 2000 à 2009, et d'autre part le nombre de candidats ayant une infection virale B ou C au moment de l'inscription quelle que soit l'indication. Les résultats sont attendus pour l'automne 2011.

V-3. Actions 4 : Modélisation de la morbidité des hépatites B chroniques en fonction des scénarii thérapeutiques. **Action non engagée**

V- Objectif 4.

Suivi et évaluation du plan national

Le comité de suivi et de prospective du plan a été mis en place en 2009 et se réunit 1 à 2 fois par an. **Action engagée.**

Un groupe restreint d'animation a été associé au comité de suivi et de prospective du plan. Composé d'une quinzaine de personnes, celui-ci se réunit tous les deux mois.

Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe V :

- *PREVAGAY* : Etude de la prévalence du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les lieux de rencontre commerciaux parisiens). Cette étude a également pour objet le VHB et le VHC.

- *Enquête Presse Gay 2010-2012*

- *Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH sida, aux hépatites virales et aux IST dans la population générale adulte en France métropolitaine et aux Antilles-Guyane.*

**BILAN
DES GROUPES DE TRAVAIL**

Groupe de travail n°1

"Déploiement du plan en région"

Responsable : Pierre Czernichow
Coresponsable : George-Henri Melenotte

Le groupe de travail n°1 "Déploiement du plan en région" a été installé par le Président du Comité national de suivi du plan hépatites le 12 février 2010.

Le groupe est composé de 10 personnes : Michel Bonjour, Patrice Couzigou, Pierre Czernichow, Jean-Jacques Desmoutisse, Patrick de La Selle, Dominique Deugnier, Thierry Fontanges, George-Henri Melenotte, Claude Robin, Lionel Lavin

Outre sa réunion constitutive, ce groupe a tenu quatre réunions de travail au cours de l'année 2010.

En outre, le groupe a été représenté dans chacune des réunions du groupe restreint, ainsi qu'aux réunions plénières du Comité national de suivi et de prospective.

Au cours des échanges, les **missions du groupe n°1** ont été définies comme suit:

- a) réaliser un état d'avancement de la mise en œuvre des actions du plan Hépatites dans les régions françaises
- b) sur la base de cet état des lieux, promouvoir les actions de ce plan pertinentes au niveau régional
- c) après analyse des difficultés et des points d'appui constatés, proposer, le cas échéant, des formulations différentes ou des propositions complémentaires au plan national hépatites concernant la mise en œuvre dans les régions.

L'activité du groupe n°1 a été, en 2010, essentiellement consacrée à la mise au point d'une méthodologie de travail pour analyser le déploiement des mesures du plan en région.

Le travail a consisté, dans un premier temps, à analyser chacune des 55 mesures du plan en identifiant, pour chacune d'elles, si le déploiement de la mesure en région avait un sens.

Pour chacune des actions ainsi identifiées comme pertinente au niveau régional, ont été recherchés:

- la mention dans le plan d'indicateurs de suivi de la mesure,
- les sources de données associées à ces indicateurs,
- ainsi que les principaux acteurs de terrain concernés par cette mesure.

Cette analyse a conduit à identifier, sur les 55 mesures du plan, 17 d'entre elles dont le déploiement régional avait un sens. Ces 17 mesures sont concentrées dans les trois premiers axes du plan:

- 9 mesures sur les 17 de l'axe I "réduire la transmission"
- 3 des 6 mesures de l'axe II "dépistage"
- 5 des 11 mesures de l'axe III "accès et qualité des soins"
- aucune mesures de l'axe IV "milieu carcéral" ou de l'axe V "épidémiologie et évaluation".

Les **17 mesures concernées** par le déploiement en région sont les suivantes :

I -1-2 information et communication en direction des professionnels de santé

I -1-3 soutien des associations de santé communautaire

I - 2-1. information des médecins relative à la vaccination des nourrissons et des enfants

I -2-2. relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB

- I -2-4** proposition de la vaccination contre Hépatite B de manière systématique et gratuite aux UD dans les CSAPA
- I -2-5.** proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie
- I -2-6.** amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé
- I -3-4.** suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone
- I -3-5** agir dans les lieux festifs

- II -1-3** incitation des usagers de drogues au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat
- II -1-4** développement de l'information et de l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie
- II -2-1** validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par le virus B et C et mise en œuvre

- III -1-3** amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C avant, pendant et après traitement
- III -1-4** amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés et addictions et services de prise en charge des hépatites
- III -2-1** promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique
- III -3-2** développement de partenariats avec les associations d'usagers et patients
- III -3-3** développement de partenariats avec des professionnels en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants

La recherche systématique, pour chacune des mesures, de la source de données susceptibles de produire les informations nécessaires pour les indicateurs de suivi, a permis d'identifier 11 sources d'information différents : 8 sources nationales, 1 présente dans chaque région, en l'occurrence l'ARS, et 2 sources plus dispersées : les médecins du travail des établissements de santé et les unions régionales des professions de santé en cours de mise en place.

Les 8 sources de données nationales identifiées sont les suivantes :

- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (axe I, mesure 1.2)
- Laboratoire GSK et Institut Pasteur (axe I, Action 2)
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, et Laboratoire Bouchara-Recordati (axe I, -3.4)
- Direction Générale de la santé (axe I, - 1.3 et axe III - 3.2)
- Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (axe II)
- Institut National de Veille Sanitaire (axe II - 1.4)
- Institut National de Prévention en Santé (axe I - 2.1)
- Office Français des Drogues et Toxicomanies et Direction Générale de la Santé (axe I - 2.4).

En ce qui concerne les données à solliciter auprès des ARS, 5 actions sont concernées :

- les actions de communication et interventions sur les lieux festifs (axe I - 3.5)
- la formation des professionnels et les actions concernant la sécurité des tatouages et perçage (axe I - 4.2)
- les efforts de mobilisation des médecins généralistes et le développement du travail en réseau (axe III, - 1.2)
- les conventions passées avec des services d'interprétariat destiné à des patients migrants (axe III, - 3.3)
- les schémas régionaux d'addictologie (axe III- 1.4).

En ce qui concerne les autres informations à solliciter au niveau local, il s'agit essentiellement de la réalisation d'audits de pratique concernant la vaccination de professionnels de santé vis-à-vis de

l'hépatite B, audits susceptibles d'avoir été réalisés par des médecins du travail pour les établissements de santé et par les unions régionales des professions de santé pour les professions libérales.

Le groupe a souligné l'importance des modalités d'échange avec les ARS. Le Comité de pilotage national des ARS a été sollicité, par l'intermédiaire du Dr Lavin, pour favoriser les contacts ultérieurs avec chacune des agences. Les correspondants en région des ARH, précédemment en fonction, ont également été identifiés.

Il a été également souligné la nécessité de contacter les réseaux hépatites et pôles de référence, même si ces échanges n'avaient pas pour finalité de collecter des données.

Perspectives pour 2011

Le groupe de travail a élaboré des propositions d'actions pour 2011

- a) contact par l'intermédiaire du Dr Lavin (DGS) des 8 sources de données nationales qui ont été identifiées et analyse pour chaque région des données correspondantes
- b) contact avec chacune des ARS (travail à organiser)
- c) réalisation de 3 ou 4 études de terrain en région, pour identifier les difficultés et points d'appui rencontrés, au vu des indicateurs collectés pour la région
- d) réaliser une synthèse du déploiement en 2010 du plan hépatites en région pour les 17 mesures concernées
- e) développer un argumentaire pour aider les régions intéressées à mettre en œuvre les mesures posant des difficultés
- f) élaborer, le cas échéant, des propositions nouvelles ou des reformulations des mesures du plan.

Groupe de travail n°2

« Le plan et les différents acteurs »

Responsable : Dominique Larrey

Coreponsable : Dominique Deugnier remplacé lors de la séance du 25 novembre 2010 par Pascal Revault

Le groupe de travail n°2 " Le plan et les différents acteurs " a été installé par le Président du Comité national de suivi et de prospective du plan hépatites le 15 mars 2010

Ce groupe est composé de 20 personnes: Anne Donzel, Azzedine Assal, Bertrand Hanslik, Brigitte Reuillet, Caroline Semaille, Dominique Roulot, Fabrice Olivet, Françoise Roudot-Thoraval, Albert Herszkowic., Marie-Dominique Pauti, Marina Jamet, Michel Doffoël, Pascal Revault, Patrick Serre, Pascale Redon, Stéphane Beuzon, Xavier Aknine, Dominique Larrey, Dominique Deugnier, Lionel Lavin

Les missions du groupe 2 sont multiples concernant au moins 20 actions du plan, qui touchent à l'information, la formation, la prise en charge et les populations à risques.

Le groupe a choisi de privilégier 3 axes :

- le dépistage,
- l'éducation thérapeutique,
- les recommandations concernant la procédure de prise en charge des patients étrangers atteints d'hépatites virales B ou C.

I - Réunions de travail

Depuis la mise en place du groupe, il y a eu 3 réunions de travail qui ont donné lieu à des comptes-rendus.

II - Trois objectifs ont été fixés :

1. Élaborer des propositions pour améliorer l'accès aux dépistages
2. Évaluer le contenu de l'éducation thérapeutique (ETP) dans le champ d'action des hépatites et dans le cadre juridique défini par la loi HPST ainsi que les référentiels de la HAS et en articulation avec le plan des maladies chroniques
3. Elaborer des recommandations pour l'accès aux droits des populations précaires, notamment les populations étrangères.

III – Méthodologie

Des sous-groupes de travail ont été constitués en relation avec les 3 thématiques retenues et ont entrepris une analyse des ressources en cours et des publications relatives à ces différentes thématiques.

Analyse des ressources

1) Dépistage

Accès au dépistage et aux soins correspondant aux axes stratégiques I, II et IV du plan hépatites.

L'information à développer concerne six mesures du plan (I-1-2 ; I-2-1 ; I-2-2 ; III-1-1 ; II-2-4 ; II-2-1) et 4 mesures pour des populations à risques (I-2-5 ; II-1-3 ; II-1-4 ; IV-2.)

Les constats est que de nombreux documents de l'INPES sont disponibles, mais restent insuffisamment connus et méritent d'être davantage diffusés.

Propositions : diffusion ou rediffusion sur les lieux privilégiés en particulier pour les populations particulièrement vulnérables pour les infections virales B et C, CDAG, PAAS, médecins généralistes, médecine universitaire, médecine scolaire (profiter notamment de l'information pour le VIH).

Actions : liens avec l'INPES pour bilan de l'existant et plan de rediffusion.

2) Education thérapeutique.

La première étape était de faire un état des lieux. En termes d'éducation thérapeutique pour les hépatites, les principales études ont été réalisées en France. Il s'agit de :

- l'étude de cohorte CHEOBS publiée en 2008 dans *World Journal Gastroenterology*,
- l'étude des médecins de l'Association des Praticiens des Hôpitaux non Universitaires (ANGH) coordonnée par le Dr Christophe RENOU, communiquée sous forme d'abstract au Congrès de l'Association française de l'Etude du Foie en 2009,
- l'étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon, sur 10 centres (étude PEGOBS), seule étude prospective contrôlée randomisée.

Ces 3 études font état d'un intérêt très fort de l'éducation thérapeutique sur l'observance et la réussite du traitement dans l'hépatite C avec un pourcentage plus élevé de guérison. Ces études soulignent le rôle bénéfique d'une infirmière dans l'éducation thérapeutique.⁶

De plus, l'étude PEGOBS⁷ a été associée de façon prospective à une étude médico-économique. Celle-ci fait ressortir l'économie considérable réalisée grâce à l'éducation thérapeutique sur la suppression de retraitement éventuel dû à un échec du premier traitement antiviral.

Cette dimension est particulièrement importante à prendre en compte dans l'avenir proche avec l'arrivée des nouvelles molécules, les anti-protéases, qui vont permettre d'augmenter le taux de guérison pour les patients atteints de génotype 1 de 40-45 % à 70-75 %. Il est bien documenté que ces traitements sont associés à des effets secondaires et un risque de développement de résistance à la classe des anti-protéases. L'éducation thérapeutique va donc jouer un rôle majeur dans ce domaine à la fois pour permettre une guérison au premier traitement et pour éviter des échecs lors des traitements ultérieurs.

L'axe éducation thérapeutique comprend également le recensement des expériences de terrains divers : les réseaux hépatites C ville-hôpital, l'action des micro-structures, les mini-réseaux de proximité, l'implication de pharmaciens, les expériences (tél-santé) en UCSA, et l'éducation thérapeutique par les infirmières libérales.

Une mention spéciale est réservée pour le transfert de compétence du médecin à l'infirmière en expérimentation dans 2 centres hospitaliers actuellement, le CHU Henri Mondor et le CH de Montélimar. Les évaluations préliminaires font ressortir un bénéfice important pour les différents acteurs :

⁶ SELF-REPORT (SR) AND VISUAL ANALOGUE SCALE(VAS) FOR ADHERENCE TO ANALOGUES IN HBV TREATED PATIENTS: PROSPECTIVE EVALUATION IN A MONO-CENTRIC COHORT STUDY; Philippe Sogni; HEPATOLOGY, October, 2009

IMPACT OF THERAPEUTIC EDUCATION ON THE OUTCOME OF CHRONIC HEPATITIS C TREATMENT ; Christophe Renou1; HEPATOLOGY, October, 2009

PATIENT EDUCATION IMPROVES ADHERENCE TO PEG-INTERFERON AND RIBAVIRIN IN CHRONIC GENOTYPE 2 OR 3 HEPATITIS C VIRUS INFECTION: A PROSPECTIVE, REAL-LIFE, OBSERVATIONAL STUDY; Patrice Cacoub; *World J Gastroenterol* 2008 14: 6195-6203

⁷ THERAPEUTIC EDUCATION BY A NURSE, A KEY FACTOR IN THE EFFICACY OF PEGINTERFERON ALPHA 2a (PEGASYS®)- RIBAVIRIN (COPEGUS) FOR CHRONIC HEPATITIS C: PEGOBS STUDY; Dominique Larrey; *Gastroenterology* 2010.

- 1° - les patients pris en charge
- 2° - les médecins impliqués dans la prise en charge
- 3° - l'infirmière impliquée dans le programme.

3) Prise en charge des personnes étrangères

Des recommandations ont été élaborées pour faire en sorte que, aussi bien pour l'hépatite C que pour l'hépatite B, la prise en charge soit adaptée en offrant une chance d'évaluation et de traitement adéquate.

IV- Etat actuel des recommandations

1. Dépistage

L'objectif est l'amélioration de taux de personnes atteintes par les virus des hépatites B et C connaissant son statut.

a. Le constat :

- Les campagnes d'information :
 - vers les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, menées depuis 1996, semblent donner des résultats peu satisfaisants
 - vers le grand public, augmentent le nombre de dépistage réalisés mais avec une proportion plus importante de population à faible risque (cf. données InVS sur le dépistage)
- Les campagnes de dépistage ont principalement concerné l'hépatite C. Il existe peu d'actions pour l'hépatite B.

b. Moyens pour améliorer le dépistage

- Informer en profitant de l'opportunité de l'arrivée des nouveaux traitements (anti-protéases) pour les patients atteints d'hépatite C. Mais cela ne va pas concerner tous les patients. Les recommandations de la HAS sont en attente.
- Réaliser une étude coût-efficacité d'un dépistage universel. Cette étude sera proposée au financement de l'ANRS. Elle doit permettre de répondre à la question « un dépistage une fois dans sa vie est-il « coût-efficace » ?
- Axer sur le dépistage de l'hépatite B, pour lequel il n'y a pas de recommandations claires concernant les populations prioritaires, en dehors de celles devant bénéficier d'une vaccination. A ce propos, des algorithmes de dépistage des hépatites sont en cours d'élaboration par la HAS.
- Définir le public prioritaire pour le dépistage de l'hépatite B : les personnes venant de pays à forte et moyenne endémie et les personnes vivant autour de personnes porteuses. Il faut éviter de stigmatiser les personnes à dépister et éviter le terme de « personnes à risques ».

- Associer la démarche de dépistage avec la notion de vaccination contre l'hépatite B notamment pour les adultes. Pouvoir s'appuyer sur des affiches, des relais d'information par les délégués médicaux (ANGHREC).
- Maintenir une approche communautaire. L'INPES fait ce travail mais il existe une crainte sur un éventuel désengagement de sa part. Il devient difficile d'obtenir des documents traduits. Cela amène l'industrie à faire ce travail et pose la question de l'indépendance des messages diffusés.
- Former les médecins généralistes en intégrant l'interprétation des résultats. Cette question n'est pas partagée par tous notamment les hépatologues. Pour ce faire mobiliser les doyens des universités pour la formation initiale et continue.
- Proposer le dépistage dans tous les lieux d'accueil des populations ayant des situations à risques (PASS, CARRUD, CSAPA, ...) afin de réduire les pertes d'occasion de dépistage qui seraient liées à la nécessité de se déplacer.

c. Recommandations:

Pour le VHC

En direction des professionnels :

- Les médecins généralistes qu'il faut inciter à suivre une formation post-universitaire (inscription dans les programmes universitaire et post universitaire), et par la mise à disposition de documents: flyers, affichettes, documents validés (documents INPES).
- Les médecins du travail qui représentent des acteurs de prévention et qui doivent pouvoir proposer le dépistage en toute indépendance.
- Les médecins scolaires et universitaires.
- Les anesthésistes dans le cadre de leur consultation préopératoire. C'est une action inscrite dans le plan qui doit être relancée. Cela nécessite la recherche de risques d'exposition (counseling) pour proposer le dépistage et obtenir le consentement du patient.
- Les professionnels qui travaillent dans les maternités. Le dépistage de l'hépatite C n'est pas obligatoire pendant la grossesse. Il y a un besoin d'identifier les situations à risque.
- Les professionnels des UCSA, pour insister sur le renouvellement du dépistage.
- Les professionnels des CAARUD et CSAPA, avec un message sur la nécessité de renouveler la proposition du dépistage.
- Le pharmacien qui est acteur relais pour inciter au dépistage. Cela pose le problème du manque de confidentialité. Toutefois, la volonté de l'ordre des pharmaciens est de faire évoluer les pratiques vers une fonction « Santé Publique ».
- Les infirmières libérales comme personnes pouvant identifier des situations à risques et orienter vers un dépistage. Il existe un ordre des infirmières qui peut être mobilisé pour appuyer cette démarche.

En direction des patients:

- Rendre accessible les informations dans les lieux de santé
- Disposer de documentations en modes linguistiques différents
- Disposer d'informations pour l'entourage.

Pour le VHB

En complément des points abordés pour le VHC, il existe des spécificités à prendre en compte :

- Mobiliser les pédiatres pour la vaccination notamment des adolescents
- Rappeler aux gynécologues la nécessité de dépister le VHB lors d'un bilan de MST
- Rappeler aux médecins prenant en charge des patients immunodéprimés les conduites à tenir concernant le dépistage de l'hépatite B
- Rappeler la nécessité de proposer un dépistage aux populations ayant vécu une situation à risque : population ayant vécu en zone de forte ou moyenne endémie, entourage d'une personne atteinte.

2. Education thérapeutique (ET)

L'ET existe depuis longtemps (diabète) et est souvent inscrite dans des plans. La loi HPST a inscrit l'ET dans le parcours de santé.

Les textes ont été publiés suite à leur inscription législative. Il n'existe ni opposabilité des ET ni de sanction en cas de refus du patient. Un professionnel doit pouvoir justifier d'une formation ou de 2 ans de pratique. Le guide HAS a servi de base à la construction des textes du cahier des charges.

Les affections de longue durée sont une priorité.

Les ARS représentent la cheville ouvrière de la mise en œuvre. Elles valident, agréent, évaluent et peuvent participer au financement. Un médecin dans l'équipe du programme d'ET est obligatoire. Une association de malade peut être coordinatrice. A noter que pour l'évaluation une grille d'aide a été élaboré par la HAS.

S'agissant du financement, il n'existe pas de fonds au niveau national. La dimension est principalement régionale. Des financements par des entreprises privées sont possibles. Ainsi des laboratoires pharmaceutiques étudient la possibilité de mutualiser leur action par pathologie.

Les financements existant actuellement sont reconduits notamment dans les MIGAC. Pour les expériences en ville, les financements de l'assurance maladies (FIQS, FNPEIS) perdurent.

L'ET peut être pluridisciplinaire. Les financements nécessitent des fonds pérennes. Il existe également la possibilité d'obtenir une rémunération forfaitaire pour la coordination (250-300 € par patient). Cette expérimentation, soutenue par la DSS, doit permettre de définir le calibrage des forfaits pour une inscription à la nomenclature.

Les programmes doivent obtenir une « labellisation » pour pouvoir exister. Les demandes se font auprès de l'ARS. Les dates de dépôts dépendent de l'état d'avancement des projets. Il existe 3 vagues successives pour déposer les dossiers, chaque région ayant défini son propre calendrier. Un agrément est indispensable pour pouvoir faire de l'ET

3. Document pour la prise en charge des personnes migrantes.

Il est rappelé les raisons de la réalisation de ce document, qui fait suite à la diffusion de l'instruction aux ARS, relative à la « procédure étrangers malades ». Ce texte doit permettre aux médecins des ARS d'avoir les informations suffisantes pour leur permettre de remettre son avis.

Le document élaboré est joint en annexe.

Groupe de travail n°3

"Développer la recherche et la prospective"

Responsable : Stanislas Pol

Coreponsable : Philippe Grunberg

Le groupe de travail n°3 "Développer la recherche et la prospective" a été installé par le Président du Comité national de suivi du plan hépatites le 19 mars 2010

Ce groupe est composé de 12 personnes: Christine Larsen, Nathalie Boyer, Julien Christophe, Pascale Redon, Philippe Grunberg, Albert Herszkowicz, Jean-Michel Delile, Olivier Lefebvre, Azzedine Assal, Arnaud Wasson-Simon sous la responsabilité de Stanislas Pol et Lionel Lavin.

Missions du groupe

En réponse aux demandes du groupe restreint, les missions sont :

1. Participer au suivi des actions du plan dans le champ des études en faisant un état des lieux des actions du plan, en identifiant les freins à leur réalisation et en proposant des solutions
2. Redéfinir les actions, en fonction de la situation actuelle des connaissances
3. Proposer de nouvelles études si besoin.

Missions réalisées en 2010

1. Balayage des actions :

Certaines actions du plan sont apparues inutiles, notamment du fait de la mise à disposition prochaine des nouvelles molécules (exemple : mesure de la primo-prescription du traitement antiviral C entre ville et hôpital ou intérêt en santé publique de la primo-prescription conditionnelle du traitement antiviral C par les médecins généralistes ; cette action pourrait être ré-orientée vers l'hépatite B). D'autres ont été largement développées et conclues par l'expertise collective de l'INSERM (addictologie). D'autres sont en cours (évaluation de l'impact des mesures de réduction des risques...). Le développement progressif des tests de dépistage non veineux des hépatites, et surtout l'amélioration de leur sensibilité et de leur spécificité, pourraient faire l'objet d'une relance.

2. Modélisation de la prise en charge thérapeutique

Le développement et l'arrivée prochaine de nouveaux traitements du VHC (inhibiteurs de protéases NS3/4, inhibiteurs de la polymérase NS5B et inhibiteurs de cyclophiline), en association avec la bithérapie pégylée standard, a justifié la modélisation de l'analyse des besoins, dans la perspective, à moyen terme, de pouvoir les dimensionner. Cette modélisation, qui a motivé plusieurs conférences téléphoniques et une réunion récente à l'ANRS, est terminée au premier trimestre 2011 et soumise à publication. Les données du modèle ont été discutées avec les experts pour les aspects statistiques et la réalité du terrain. Nous espérons qu'elle pourra s'accompagner, dans un deuxième temps, d'une analyse économique coût/efficacité, toujours dans une perspective de projection, cette fois-ci économique, de ces progrès.

3. Récupération de données régionales

Il existe des disparités régionales sur la prévalence et la prise en charge des hépatites (la situation en Martinique diffère notamment de celle rencontrée en Guadeloupe). La question est de savoir comment obtenir des données pertinentes. Une possibilité serait de pouvoir s'appuyer sur les CIRES régionales,

qui ont déjà pris des contacts avec les responsables des ARS pour inscrire le thème des hépatites dans les contrats pluriannuels d'objectifs.

Conclusions et perspectives 2011

Certaines actions du plan sont terminées (dépistage des hépatites chez les UD, hépatites et formation médicale continue), d'autres sont en cours (prescription de la méthadone par les généralistes) et d'autres ont été abandonnées (primoprescription des antiviraux par les généralistes). Des nouveaux travaux ont été initiés (modélisation des nouvelles stratégies antivirales C) ou vont l'être (récupération des données des diversités régionales). L'année 2011 est marquée par un événement national unique : la mise à disposition d'une ATU de cohorte pour les inhibiteurs de protéases du VHC (telaprevir, boceprevir) restreinte aux cirrhotiques infectés par un génotype 1, répondeurs partiels ou répondeurs rechuteurs à un traitement antiviral antérieur. Cette opportunité, qui va permettre de traiter en ouvert environ 1.500 cirrhotiques, 6 à 12 mois avant nos collègues du monde entier, nous invite à une mobilisation nationale pour une récupération exhaustive des données. Cela nous donnera une avance majeure dans la connaissance de l'efficacité, de la tolérance, des résistances, des interactions médicamenteuses et de la pharmacocinétique chez le cirrhotique.

L'ANRS avec le soutien et la participation de l'AFEF, la collaboration de l'AFSSAPS, et de l'industrie pharmaceutique (en particulier, SP-MSD, Janssen, Roche) mettra en place début 2011 un observatoire des ATU, la cohorte ANRS CO 20 CUPIC qui concernera environ 700 patients.

Le groupe de travail « Recherche et prospective » doit être activement présent dans la mise en place et le suivi de cette cohorte qui est la première étape d'une large cohorte nationale des « Hépatites » de l'ANRS (environ 30.000 VHC et 20.000 VHB)⁸. Les interfaces entre les différents intervenants ne doivent pas être seulement humains mais institutionnels en redéfinissant le rôle de chaque institut, agence ou DGS dans la mise en place, le suivi et l'exploitation de ces projets.

⁸ Voir aussi en Annexe 4 l'ensemble des actions menées par l'ANRS.

ANNEXES

Annexe 1 : Composition du comité de suivi et de prospective

Le directeur général de la santé ou son représentant ;
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou son représentant ;
Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
Le directeur général de l'action sociale ou son représentant ;
Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
Le directeur de l'administration pénitentiaire ou son représentant ;
Le directeur général du travail ou son représentant ;
Le directeur général de l'Institut de veille sanitaire ou son représentant ;
Le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou son représentant ;
Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou son représentant ;
Le directeur général de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales ou son représentant ;
Le directeur de la Haute Autorité de santé ou son représentant ;
Le directeur général de l'Agence de la biomédecine ou son représentant ;
Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
Le président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ou son représentant ;
Le président de l'Etablissement français du sang ;
Le président de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie ou son représentant ;
Le président du Haut Conseil de la santé publique ou son représentant.

M. le professeur Pierre Czernichow.
M. le professeur Daniel Dhumeaux, Président du comité
M. le professeur Michel Doffoël.
M. le professeur Jean Michel Pawlotsky.
M. le professeur Georges Philippe Pageaux.
M. le professeur Stanislas Pol.
Mme la docteure Françoise Roudot-Thoraval.

Mme la docteure Anne Boucharlat, médecin, inspectrice de santé publique, référent hépatites dans la région Rhône-Alpes.
M. le professeur François Trivin, représentant la Commission nationale permanente de biologie médicale.
M. le professeur Jean-Pierre Bronowicki, titulaire représentant l'Association française pour l'étude du foie (AFEF).
Mme le professeur Dominique Roulot, suppléante représentant l'Association française pour l'étude du foie (AFEF).
M. le docteur Stéphane Oustric, titulaire représentant du Conseil national de l'ordre des médecins.
M. le docteur Patrick Romestaing, suppléant représentant du Conseil national de l'ordre des médecins
M. le docteur Jean-Luc Benhaim, titulaire représentant du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.
M. le docteur Vivien Veyrat, suppléant représentant du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.
M. le professeur Dominique Larrey, titulaire représentant de la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRH).
M. le professeur Patrice Couzigou, suppléant représentant de la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRH).

M. le docteur Thierry Fontanges, titulaire représentant du Club de réflexion et d'étude des cabinets de groupe de gastro-entérologie.

M. le docteur Bertrand Hanslik, suppléant représentant du Club de réflexion et d'étude des cabinets de groupe de gastro-entérologie.

M. le docteur Georges-Henri Melenotte, titulaire représentant de la Coordination nationale des réseaux micro-structures.

M. le docteur François Brun, suppléant représentant de la Coordination nationale des réseaux micro-structures.

M. le docteur Xavier Aknine, titulaire représentant de l'Association nationale des médecins généralistes pour la réflexion sur l'hépatite C(ANGRHEC).

M. le docteur Patrick De Laselle, suppléant représentant de l'Association nationale des médecins généralistes pour la réflexion sur l'hépatite C(ANGRHEC).

M. le docteur Patrick Serre, titulaire représentant l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (AFSEP).

Mme la docteure Laura Harcouet, suppléante représentant l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (AFSEP).

M. Michel Bonjour, titulaire représentant de l'association SOS hépatites, Vice président du comité

M. Pascal Melin, suppléant représentant de l'association SOS hépatites.

M. Alphonse Cailleau, titulaire représentant de l'Association française des hémophiles (AFH).

M. Norbert Ferre, suppléant représentant de l'Association française des hémophiles (AFH).

M. Miguel De Melo, titulaire représentant du groupe interassociatif traitements et recherche thérapeutique (TRT5).

M. le docteur Jean-Michel Delile, titulaire représentant de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA).

Mme la docteure Brigitte Reiller, suppléante représentant de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA).

M. Serge Longère, titulaire représentant de l'Association française pour la réduction des risques (AFR)

Mme Marie Debrus, suppléante représentant de l'Association française pour la réduction des risques (AFR).

M. Fabrice Olivet, titulaire représentant de l'association auto support des usagers de drogues (ASUD).

M. Pierre Chappard, suppléant représentant de l'association auto support des usagers de drogues (ASUD).

M. Christian Andréo, titulaire représentant de l'association AIDES.

M. Arnaud Wasson Simon, suppléant représentant de l'association AIDES.

Mme la docteure Marie-Dominique Pauti, titulaire représentant de l'association Médecins du monde (MDM).

Mme la docteure Jeanine Rochefort, suppléante représentant de l'association Médecins du monde (MDM).

M. le docteur Pascal Revault, titulaire représentant de l'association Comité médical pour les exilés (COMEDE).

M. le docteur Olivier Lefebvre, suppléant représentant de l'association Comité médical pour les exilés (COMEDE).

Annexe 2 : Composition du groupe restreint d'animation

Dr Christine Larsen ; InVS.

Pr Dominique Larrey ; Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRH); Pr Dominique Roulot ; Association française pour l'étude du foie (AFEF).

Mr Fabrice Olivet ; Association auto support des usagers de drogues (ASUD).

Dr Françoise Roudot-Thoraval ; Personnalité qualifiée.

Dr Jean-Miche Delile ; Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA) ;

Pr Michel Doffoel ; Personnalité qualifiée.

Dr Pascal Revault ; Comité médical pour les exilés (COMEDE).

Dr Patrick Serre ; Association des professionnels de santé exerçant en prison (AFSEP).

Pr Pierre Czernichow ; Personnalité qualifiée.

Pr Stanislas Pol ; Personnalité qualifiée.

Dr Xavier Aklane ; Association nationale des médecins généralistes pour la réflexion sur l'hépatite C (ANGRHEC).

Dr Dominique de Galard ; Conseiller santé du Directeur, Direction de l'Administration pénitentiaire.

Dr George-Henri Melenotte ; Coordination nationale des réseaux microstructures.

Pr Daniel Dhumeaux ; Président du comité de suivi et de prospective.

Annexe 3 : Documents des groupes de travail

Documents du groupe n° 2 :

Création d'un centre de ressources polyvalent pour mini-réseaux de proximité en Seine-Saint-Denis.

INTRODUCTION :

Il est important de souligner que le concept de mini-réseaux de proximité a été conçu et expérimenté partiellement en Ile-de-France (IDF) de 1992 à 2002 par Mme Sibel Bilal notamment dans le domaine du VIH/SIDA.

Une étude de faisabilité et d'opportunité financée par le FAQSV national (de septembre 2005 à Juin 2007) et menée par l'ANGREHC en partenariat avec 5 réseaux (Bordeaux, Montpellier, Avignon, Aulnay, Lille) a permis d'affiner le dispositif.

Ce projet vise à réduire l'inégalité des chances d'accès aux soins spécialisés des patients cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité au plan social, psychologique ou de leurs conduites addictives.

Au niveau local, durant les années 2006/2007, 17 réunions de concertation entre les professionnels et les partenaires ont été organisées afin d'identifier l'apport de chacun mais aussi les limites et insuffisances de chaque structure. Chaque structure partenaire a décidé de collaborer et de mettre en commun leurs moyens au sein du centre de ressources. Un accord de partenariat a été signé. Plus de 30 médecins libéraux ont adhéré au projet. Ces rencontres ont mis à jour la nécessité d'un nouveau dispositif souple de coordination des soins autour du médecin traitant.

Par ailleurs l'hôpital Robert Ballanger a accueilli les experts de 5 régions participants à ce processus de conceptualisation collectif en mars 2007 (47 professionnels de 5 villes ont participé à un séminaire pendant 2 jours).

Une association loi 1901, intitulée Centre de Ressources pour Mini-Réseaux de Proximité en Seine Saint-Denis a été créée le 9/02/2008 avec les partenaires du projet.

Dans le même esprit, le Dr Xavier Aknine et Mme Sibel Bilal sont membres du groupe de travail d'experts mis en place par l'URCAM IDF intitulé :

Projet de coordination pluridisciplinaire autour du médecin traitant : Elaboration d'un cahier des charges FICQS.

1) OBJECTIFS DU PROJET

- **Accompagner le médecin traitant dans ses missions d'orientation, de protocolisation, de coordination, d'information et de prévention auprès de leurs patients.**
- **Expérimenter une pratique de coordination des trajectoires de soins des patients en situation de crise et suivis par leur médecin traitant.**
- **Expérimenter un nouveau métier "le coursier sanitaire et social" avec une méthode d'intervention individualisée type "case management".**
- **Déboucher sur la mise en place d'un service de santé polyvalent sur le territoire 93 qui permet de réduire les inégalités pour l'accès aux soins des patients en situation de crise.**

2) FONCTIONNEMENT

A) Accès au Centre de Ressources.

L'accès du professionnel de santé au centre de ressources est facilité pour un recours à tout moment dans le cadre du suivi de son patient et ce, sans engagement particulier de cotisation, de signature de charte ou de formation à un protocole complexe.

Le Médecin Généraliste repère une situation de crise pour un patient et contacte le centre de ressources. Un Coursier Sanitaire et Social se déplace au cabinet du médecin pour recueillir les éléments d'information utiles et rencontre le patient.

- Un diagnostic socio-sanitaire est alors établi.
- Un plan d'action individualisé est élaboré, incluant l'ensemble des démarches prévues avec le patient.
- Des réunions de coordination inter-cliniciennes sont proposées pour certaines situations complexes (RCP et RCP2). Les RCP2 ont lieu en présence du patient au cabinet du généraliste.

Donc il s'agit une Offre de services et de ressources faite aux médecins traitants et à leurs patients.

La qualité de service proposé est un service rapide qui adapte ses interventions en fonction des besoins des patients.

Il vise à offrir ses services à travers un maillage territorial avec une dynamique transversale entre les professionnels de santé auxquels le patient doit recourir au cours de ses trajectoires de soins.

B) Organisation administrative

Plusieurs collèges sont constitués au sein de l'association et chaque collège élit ses représentants au conseil d'administration (CA):

Le Collège des partenaires se compose des présidents de chaque structure partenaire ; il comprend :

- le Centre Hospitalier R. Ballanger à Aulnay, représenté par M. TOULOUSE, directeur
- la Maison Médicale de Garde d'Aulnay représentée par le Dr COZZI, présidente de l'AMGPS
- le Réseau Diabète DIANEFRA 93, représenté par le Dr NEMORIN, président
- le Réseau ville-hôpital Toxicomanie-VIH-VHC AULNAY 93, représenté par le Dr BELLAICHE, président et le réseau toxicomanie Valjean (Hôpital Montfermeil), représenté par le Dr GRUNBERG
- le réseau Oncologie 93, représenté par le Dr BOIRON, coordinatrice
- l'ANGREHC, représentée par le Dr AKNINE président et Mme BILAL coordinatrice.

Le Collège des professionnels libéraux adhérant au projet est aussi constitué.

Ainsi, des médecins généralistes libéraux seront intégrés au CA ainsi que des pharmaciens et d'autres professionnels de santé : kinésithérapeutes, infirmiers, dentistes, psychologues.

Le collège des patients /usagers de services figure également dans les statuts de l'association.

Un comité de pilotage coordonné par le chef de projet est constitué afin d'organiser le travail des personnels (coursiers sanitaires et sociaux) et le fonctionnement du centre.

Chef de projet : Dr AKNINE Xavier

Lieu d'exercice : 3, place Tavarnelle 93220 GAGNY

Tél 06 15 13 08 77

C) Personnels salariés et budget.

Un recrutement progressif de l'équipe a été effectué à partir de septembre 2008 :

- 2 coursiers sanitaires et sociaux équivalent temps plein (ETP) (à l'ouverture puis extension progressive à 5 coursiers en fonction de la montée en charge de l'activité)
- 1 assistante sociale ETP

Financement des prestations non remboursées par la sécurité sociale et assurées par des professionnels libéraux (psychologues : 4 séances par patient) :

Les médecins et paramédicaux libéraux participant aux RCP et RCP2 sont indemnisés sur la base de 3C de l'heure.

De même, le financement du comptable et du commissaire au compte est assuré sous forme de prestations.

Répartition du financement des postes en personnel

Coursiers sanitaires et sociaux : - 60 % emplois aidés – 40 % FICQS

Assistante sociale - 60% emplois aidés – 40% FICQS

Conseil technique et accompagnement du projet - 100 % FICQS

Budget total FICQS annuel, alloué au titre d'expérimentation : **100 000€**

3) RESULTATS 6 mois de fonctionnement.

A) Caractéristiques des patients :

-56% des patients étaient atteints d'au moins 2 pathologies chroniques (dépression, hépatite C, accident vasculaire cérébral, séquelles d'accident de travail pour les plus fréquentes) dont 45% ont été hospitalisés au moins une fois.

-Seuls 15% n'avaient aucune pathologie chronique.

-La majorité n'était pas issue de milieux marginaux.

-57% vivaient seuls mais 73% des patients avaient conservé des liens familiaux et 63% en dehors de la famille.

-43% travaillaient.

B) Bilan quantitatif des démarches entreprises :

Pour les 63 personnes incluses, 175 démarches ont été effectuées.

20% des patients ont occupé 80% du temps des coursiers sanitaires et sociaux.

En moyenne, 23h d'intervention sont nécessaires par patient.

13 cabinets de médecins généralistes ont orienté des patients au centre de ressources.

Un temps d'information préalable des médecins généralistes sud durant une période de 6 mois s'est avéré nécessaire pour lancer le projet avec visite des coursiers sanitaires et sociaux au cabinet des généralistes et remise de la plaquette du centre.

Un délai moyen de 1 à 3 mois a été constaté entre ce temps d'information et le moment où le médecin contacte le centre de ressources pour une situation clinique.

30 % des patients ont bénéficié d'entretiens avec une psychologue.

20% des patients ont nécessité une RCP2.

CONCLUSION

L'intervention au moment des crises semble pertinente.

Au début de l'action, les médecins ont tendance à adresser des cas lourds et complexes.

Au terme de cette première phase, ces mêmes médecins sollicitent plus fréquemment le centre pour des situations moins lourdes.

Concernant les RCP2, l'indemnisation des praticiens libéraux est importante pour reconnaître le temps de travail accompli mais ne constitue pas la motivation principale.

Pour la prise en charge des séances de psychologues, il faudra prévoir dans la suite de cette action expérimentale, d'augmenter le nombre de séances à 6 par patient afin d'approfondir l'évaluation clinique et de permettre la mise en place d'un suivi thérapeutique durable.

Il semble que ce dispositif réduise le nombre de journées d'hospitalisation.

Une demande de renouvellement de financement a été déposée auprès de l'ARS IDF en 2010 avec la perspective souhaitée d'un financement pluri-annuel afin d'avoir les moyens d'aller au-delà de l'expérimentation.

Recommandations pour la prise en charge des personnes étrangères et leur droit au séjour pour raisons médicales, en cas d'infection virale B ou C

Document pour servir de guide de recommandations à l'attention des médecins des ARS, suivant la même démarche que celle faite par le ministère pour le VIH :

« INSTRUCTION N°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves Validée par le CNP le 23 juillet 2010 – Visa CNP 2010-173 »

Texte avec 3 documents

(Texte élaboré par Françoise Roudot -Thoraval, Pascal Revault et Dominique Larrey pour le groupe de travail n° 2) (mars 2011)

Les hépatites virales constituent un problème de santé mondial. Elles sont responsables d'environ 1 million de décès par an et concernent environ 1 personne sur 12. C'est le constat de l'Organisation Mondiale de la Santé qui en a pris acte dans la conclusion de sa 63^{ème} assemblée le 21 mai 2010 : <http://www.who.int/mediacentre/events/2010/wha63/journal5/en/>

Une résolution a été prise pour lutter contre ces affections, en particulier les infections virales B et C. Cette résolution concerne l'ensemble des états membres qui s'engagent à développer une approche globale pour la prévention et le contrôle des hépatites.

L'OMS Europe <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/hepatitis/sections/news/2010/01/hepatitis-and-the-world-health-assembly-agenda> insiste sur « le haut niveau d'infection, et sur les barrières susceptibles d'empêcher le dépistage et le traitement des personnes qui en ont besoin, une situation particulièrement alarmante et nécessitant une augmentation de l'engagement et des actions [pour faire évoluer cette situation] ». (cf. document 3)

Pour les personnes étrangères et leur droit au séjour pour raison médicale, deux situations doivent être distinguées :

1) *L'évaluation clinique, biologique et virologique justifie une indication thérapeutique immédiate.* Tant pour l'hépatite C que pour l'hépatite B, les traitements adaptés selon les recommandations médicales internationales en vigueur (recommandations européennes et américaines pour l'hépatite B en 2009; conférence française de consensus pour l'hépatite C en 2002) ne sont actuellement pas disponibles ou accessibles dans de très nombreux pays : soit pour des raisons de développement économique des pays, soit à cause du déficit de plateau technique, soit du fait des obstacles de l'accès aux soins, soit du fait de la non prise en charge financière des soins restant à la charge des malades.

2) *Il n'y a pas d'emblée d'indication thérapeutique.* Cependant, les infections virales B et C ont une histoire naturelle conduisant à des complications graves, la cirrhose et le cancer primitif du foie, dans un pourcentage de cas élevé en l'absence de traitement (15-25%). Le délai de survenue de ces complications n'est pas prévisible individuellement. De ce fait, il est nécessaire d'assurer une surveillance régulière au plan clinique, biologique, virologique et morphologique (échographie, fibroscan, etc.). Ce suivi régulier doit être personnalisé en fonction des risques individuels d'aggravation. Les moyens nécessaires à un suivi efficace et

adapté ne sont habituellement pas disponibles dans la grande majorité des pays d'origine des migrants.

Il est donc légitime que les personnes atteintes par les infections virales B ou C, dont le pronostic est grave et souvent vital, puissent bénéficier des mêmes recommandations que les personnes atteintes d'infection par le VIH. Ces personnes devraient avoir droit à la même qualité de soins, aux mêmes normes de surveillance, et à un même accès au traitement, quand il s'avère indiqué.

Document 1

RAPPEL SUR L'INFECTION PAR LE VIRUS C

Le virus de l'hépatite C (VHC) a été identifié en 1989. Sa transmission se fait par voie sanguine. De ce fait, les personnes les plus exposées à la contamination sont celles ayant reçu des transfusions sanguines ou d'autres produits dérivés du sang, les usagers de drogues, les personnes ayant eu une exposition à des soins invasifs. De façon moins fréquente, la contamination peut survenir lors d'un accouchement par transmission mère-enfant (3-5 % des cas lorsque la mère est contaminée), par tatouage, piercing et de façon plus ancienne par mésothérapie et acupuncture.

La transmission sexuelle est exceptionnelle et résulte généralement de relations traumatiques avec un porteur de virus ayant une forte virémie.

La prévalence estimée dans le monde de l'infection virale C est de 3 % soit environ 170 millions d'individus ayant été en contact avec ce virus dans le monde. Le nombre de sujets porteurs chroniques est voisin de 120 millions.

En France, en 2004, la prévalence des Ac anti-VHC dans la population métropolitaine âgée de 18-80 ans est estimée de 0,84 %. Ce taux est 3 fois plus élevé lorsqu'il s'agit de personnes ayant une situation socialement plus précaire.

L'infection virale C ne guérit spontanément en l'absence de traitement spécifique que dans 15 à 30 % des cas. De ce fait, 70 à 85 % des personnes contaminées deviennent des porteurs chroniques.

L'évolution de l'infection se fait vers une hépatite chronique d'activité variable entre individus et variable dans le temps pour un même individu.

Le risque évolutif est la survenue d'une cirrhose dont la prévalence est de l'ordre de 15 % sur une durée moyenne de 20 ans. La survenue de la cirrhose est facilitée par l'âge plus tardif lors de la contamination et des comorbidités telles que l'obésité ou le syndrome métabolique, la consommation excessive d'alcool et la coinfection par le VHB ou le VIH.

Principalement, lorsqu'il existe une cirrhose, il existe un risque de développement d'un carcinome hépatocellulaire dont la survenue est de l'ordre de 2 à 3 % par an.

L'évaluation de l'atteinte hépatique peut se faire actuellement par 3 méthodes :

- la méthode la plus ancienne et la plus classique est la biopsie hépatique permettant d'évaluer les degrés d'inflammation, d'activité, de fibrose et la présence d'éventuelles comorbidités telles qu'une stéatose, une stéato-hépatite ou une surcharge en fer.

- les méthodes non invasives sont représentées d'une part par des méthodes biologiques définissant un score d'activité et de fibrose exprimé selon la même échelle que l'analyse histologique soit le score Métavir (les principales méthodes utilisées sont le Fibrotest - Actitest®, le Fibromètre® et l'Hepascore®), et d'autre part par une méthode physique, l'élastométrie (Fibroscan®) permettant l'évaluation de la fibrose.

Le choix entre ces méthodes est généralement réalisé au cas par cas suivant la situation du patient infecté.

1. Le cas des patients traités :

Le traitement comprend l'administration d'interféron pégylé alpha-2a par voie sous cutanée, une fois par semaine, et de ribavirine par voie orale en deux prises par jour. Actuellement il existe 2 formes d'interféron pégylé : l'interféron pégylé alpha-2a administré à la dose de 180 µg/semaine quel que soit le poids et l'interféron pégylé alpha-2b administré selon le poids du patient à la dose de 1,5 µg/kg/semaine. La dose de ribavirine est modulée selon le poids et varie de 800 à 1400 mg par jour.

La durée de traitement est fonction du génotype. Elle est habituellement de 24 semaines pour les génotypes 2 et 3 et de 48 semaines pour les autres génotypes (1,4, 5, 6).

Avec ces traitements, le pourcentage d'éradication virale complète est d'environ 55% dans les essais thérapeutiques, un peu plus faible dans la vraie vie. Ce taux varie selon les génotypes. Il est inférieur à 50% pour les génotypes 1 et 4, de l'ordre de 60% pour le génotype 5, 70% pour le génotype 3 et 80-90% pour le génotype 2.

Les taux de bonne réponse et des modalités vont évoluer avec la venue de nouvelles molécules anti-virales spécifiques du génotype 1. Ce taux devrait se situer autour de 70% avec une trithérapie comprenant l'interféron pégylé, la ribavirine et le bocéprévir ou le télaprévir.

La guérison est obtenue lorsque l'ARN du VHC est non détectable 6 mois après l'arrêt du traitement (réponse virologique soutenue). Ne sont plus alors à surveiller que les éventuelles séquelles qui ont pu résulter de l'infection.

2. Le cas des patients non traités :

En raison de l'absence de symptômes, d'une faible activité et de l'absence ou d'un faible degré de fibrose, il est recommandé de faire annuellement un examen clinique associé à un bilan des tests hépatiques, une échographie hépatique et un contrôle d'activité inflammatoire et de fibrose (Fibrotest®, Fibromètre®, Hepascore®, Fibroscan®) associé à une évaluation de la charge virale. L'objectif est de dépister un accroissement de l'activité de la maladie et de la fibrose et de rechercher un cancer du foie.

3. Le cas des patients en échec de traitement :

Dans l'attente de nouvelles thérapeutiques, une surveillance bi-annuelle est proposée. Dans le cas particulier des patients ayant une fibrose extensive ou une cirrhose, il est recommandé d'effectuer une surveillance clinique, biologique et échographie tous les 6 mois pour détecter la survenue éventuelle de complications en particulier un carcinome hépatocellulaire.

Document 2

RAPPEL SUR L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L' HEPATITE B

Le virus de l'hépatite B (VHB) a été identifié dans les années 1960 (mise en évidence de l'antigène Australia).

La transmission virale se fait par voie sanguine et sexuelle. De ce fait, les personnes les plus particulièrement exposées à la contamination par voie sanguine sont celles ayant reçu des transfusions sanguines, ayant été exposées à des soins invasifs, et les usagers de drogues. La transmission virale mère-enfant est très élevée (>90% en cas de mère virémique). Le risque de contamination sexuelle lors de rapports non protégés est important.

Les autres modes de contamination sont, de façon moins fréquente, les tatouages, les piercings, la mésothérapie, l'acupuncture.

L'infection virale B est une des pathologies les plus répandues au monde. On estime qu'un tiers de la population mondiale a des marqueurs sérologiques témoignant d'une infection passée ou en cours et à 350 millions le nombre de sujets porteurs chroniques. En France, en 2004, on estimait à plus de 3 millions, le nombre de personnes ayant des anticorps anti-HBc témoignant d'une infection passée ou en cours (soit 7,30% de la population âgée de 18-80 ans) parmi lesquelles 281 000 étaient des porteurs chroniques.

Chez l'adulte, l'infection virale B guérit spontanément dans 90 à 95 % des cas. Dans 5 à 10 % des cas, le portage du virus devient chronique. Chez le nouveau-né au contraire, la contamination virale est le plus souvent suivie d'un portage chronique.

Les formes cliniques de la maladie et son histoire naturelle sont diverses. Elles varient du portage inactif avec une faible charge virale à l'hépatite chronique active pouvant évoluer vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire.

Une insuffisance hépatique terminale liée au VHB ou un carcinome hépatocellulaire sont responsables de plus d'un million de décès par an dans le monde et représentent actuellement 5 à 10 % des cas de transplantation hépatique.

Le risque d'évolution défavorable vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire est accru soit par des co-infections virales, en particulier avec le virus VIH, le VHC ou le VHD ou par la co-existence de comorbidités telles que l'abus d'alcool ou le surpoids.

Le carcinome hépatocellulaire survient principalement lorsqu'il existe déjà une cirrhose ou une fibrose extensive. Néanmoins, il peut se développer également en cas d'atteinte hépatique sans fibrose extensive ou cirrhose (10 à 20 % des cas).

L'évaluation de l'atteinte hépatique peut se faire actuellement par les méthodes suivantes :

- la méthode principale et la plus classique est la biopsie hépatique qui permet d'évaluer le degré d'activité et de fibrose et l'association d'éventuelles comorbidités telles qu'une stéato-hépatite ou une surcharge en fer.
- des méthodes non invasives qui sont actuellement en cours d'évaluation. Ces méthodes sont l'élastométrie (Fibroscan®) et des tests biologiques (Fibrotest – actitest®, Fibromètre®).

1. Le cas des patients traités :

Le but du traitement est d'interrompre la réplication virale de sorte d'empêcher la progression de la maladie vers la cirrhose, sa décompensation et vers le carcinome hépatocellulaire. Toutefois, l'infection par le VHB ne peut être complètement éradiquée en raison de la présence de formes super-enroulées de l'ADN du VHB (ccc DNA dans le noyau des hépatocytes infectés).

Il existe 2 formes de traitement de l'hépatite chronique B :

- l'administration d'interféron alpha par voie sous cutanée et les analogues nucléosidiques et nucléotidiques (NUCs) : lamivudine, adéfovir, entécavir, ténofovir.

L'efficacité de ces médicaments a été testée dans de nombreux essais thérapeutiques.

Les résultats varient selon le statut virologique des malades.

Chez les malades antigène HBe positif :

La réponse virologique à 1 an est de 24 % pour l'interféron pégylé alpha 2a/b, 36 à 39 % pour la lamivudine, 21 % pour l'adéfovir, 67 % pour l'entécavir et 74 % pour le ténofovir.

Le pourcentage de séro-conversion de l'antigène HBe vers l'anticorps anti-HBe est de l'ordre de 30 % avec l'interféron alpha2a/b conventionnel et pégylé, environ 20 % avec les NUCs.

Les taux de conversion augmentent avec le traitement au long court par les NUCs. La perte de l'antigène HBs est inférieure à 10 % pour tous ces médicaments.

Chez les malades antigène HBe négatif :

Les taux de réponse virologique à 1 an sont de 63 % avec l'interféron pégylé, 72 % pour la lamivudine, 51 % pour l'adéfovir, 90 % pour l'entécavir, 91 % pour le ténofovir. La perte de l'antigène HBs est inférieure à 10 %.

Les indications de traitement dépendent de 3 critères : le niveau de la charge virale, l'activité des transaminases, la sévérité de l'activité et de la fibrose hépatique.

Il est important de souligner que pour les médicaments les plus anciens (lamivudine et adéfovir), la survenue des mutations virales aboutissant à une résistance au traitement est fréquente. Au contraire, avec les nouveaux NUCs (entécavir et ténofovir), la survenue de mutation de résistance est rare, respectivement inférieure à 2 % pour l'entécavir donné en première intention sur 5 ans et non encore observée pour le ténofovir après 4 ans d'administration. Ces deux derniers médicaments sont donc actuellement privilégiés pour les nouveaux traitements à mettre en route.

2. Le cas des patients non traités :

Chez les patients non traités en raison de l'absence de symptôme, d'une faible activité inflammation et/ou de l'absence ou d'une faible degré de fibrose, et d'une faible charge virale, il est recommandé de faire un bilan des tests hépatiques et des tests virologiques de réplication tous les 6 mois. Le bilan biologique comprend des tests courants (ALT, AST, GGT, phosphatases alcalines, taux de prothrombine, alpha-foetoprotéine), une numération sanguine. Le bilan virologique comprend une évaluation quantitative de l'ADN du VHB sérique pour

détecter une réactivation virale. Une échographie hépatique annuelle est recommandée pour détecter la survenue d'un cancer du foie.

Dans le cas particulier des patients ayant une fibrose extensive ou une cirrhose, il est recommandé d'effectuer une surveillance clinique, biologique et radiologique tous les 6 mois pour détecter la survenue éventuelle de complications en particulier un carcinome hépatocellulaire.

Document 3

Les hépatites chroniques virales dans les pays d'origine et en situation de migration.

L'association européenne pour l'étude du foie (EASL) rappelle en 2009⁹ que « *les cliniciens, les patients et les autorités de santé publique doivent continuer à faire des choix sur la base de preuves qui ne sont pas encore tout à fait matures... Les mouvements de population et la migration sont en train de changer la prévalence et l'incidence de la maladie dans plusieurs pays de faible endémie d'Europe et d'ailleurs. Des ressources financières significatives vont devoir être mobilisées pour contrôler le développement de la maladie* ».

Au moins 23 millions de personnes vivent avec une hépatite B ou C dans l'Union Européenne sur les près de 500 millions dans le monde¹⁰.

Si la prévalence de l'infection chronique par le VHB ou le VHC est entre 7 et 8 pour 1000 en France (58 pour 1000 dans le monde), elle est respectivement de 58 pour 1000 et de 31 pour 1000 dans la population exilée qui consulte au Comede.¹¹ Cette infection est découverte neuf fois sur dix à l'occasion d'un bilan de santé après l'arrivée en France¹².

L'absence de protection immunitaire est particulièrement fréquente chez les exilés originaires d'Asie du sud, également chez ceux d'Europe de l'Est (respectivement 71% et 52% d'Ag HBs et d'Anticorps anti-HBs -), et dans une moindre mesure chez ceux d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale (42% et 52%).¹³

Un certain nombre de facteurs de vulnérabilité sont retrouvés en lien avec l'absence de vaccination, les difficultés d'accès aux soins. Il s'agit de la non maîtrise de la langue française, l'absence de logement et de réseau social, l'absence de protection maladie et de droit au séjour.¹⁴

Aujourd'hui, si un effort significatif concernant les infections par le VIH a été réalisé en matière d'accès aux soins à travers la mise en place de programmes de solidarité internationale (*Fonds Mondial* par exemple¹⁵) dans les pays dits en développement¹⁶, ce n'est pas le cas pour les hépatites chroniques B et C. Les traitements ne sont le plus souvent pas disponibles et encore moins accessibles. Il en est de même pour les moyens de suivi nécessaires, en particulier ceux virologiques et appréciant l'activité et la fibrose.

⁹ EASL, Clinical Practices Guidelines. Management of chronic hepatitis B, *Journal of Hepatology*, 50, 227-242, 2009.

¹⁰ OMS. Hépatites

¹¹ *Rapport d'activité et d'observation 2009*, Comede, 23, 2010.

¹² *Ibid.*

¹³ D'après une étude réalisée au Comede en 2010, Epidémiologie médico-sociale parmi les exilés porteurs du VHB et du VHC, *Maux d'exil*, 7-8, numéro 29, mars 2010. Données en cohérence avec une autre étude : Prévac B : prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie, Afrique subsaharienne et Asie. Enquête prospective en soins primaires, d'observation et d'intervention, J.-P. Aubert *et al.*, *La Revue du Praticien*, Vol.60, n°6, 2010, 13-20.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Même si les besoins de soin (et en particulier l'accès aux antirétroviraux et au traitement) sont couverts pour seulement 50% de la population, voire moins suivant les pays aujourd'hui.

¹⁶ Cf. http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_FR_Table14_reprint.pdf

Annexe 4 :

Actions menées par l'ANRS en 2009, 2010 et perspectives 2011

Objet : Suivi du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 : actions « Hépatites » menées par l'ANRS en 2009, 2010 et perspectives 2011

1. Les recherches sur les hépatites virales à l'ANRS

En 2009 l'ANRS a alloué 10 451 164€ aux recherches sur les Hépatites (24% du budget de l'ANRS) soit une augmentation de presque 50% comparé à 2007 (6 133 752€).

Ces moyens ont été alloués dans les différents champs de la recherche que sont la recherche fondamentale, clinique, épidémiologie et santé publique.

Depuis 2000, l'ANRS a financé:

- 196 projets de recherche fondamentale
- 27 essais thérapeutiques
- 28 études cliniques
- 3 études cohortes
- une trentaine de projets/études/enquêtes en santé publique, sciences de l'homme et de la société
- 11 projets dans les pays en voie de développement

Cet investissement s'est traduit par une valorisation de la recherche avec un nombre de publications sur les hépatites virales qui a plus que doublé entre 2007 (n=77) et 2009 (n=147).

En 2007, a été créé le site « Egypte » dont les programmes de recherche sont entièrement dédiés à la recherche sur l'hépatite C. En effet, dans les zones rurales égyptiennes la prévalence de l'hépatite C est la plus forte au monde, avec 20% à 30% de la population infectée par le virus C.

Les principaux objectifs de recherche sont l'estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C, l'identification des facteurs de risque d'infection, l'optimisation des régimes médicamenteux dans le traitement de l'hépatite C aiguë et chronique, et, en vue du développement d'un futur vaccin, la compréhension des facteurs associés à l'élimination spontanée du virus au décours de la phase aiguë de l'infection.

2. Actions en lien avec le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2011 , que l'ANRS a menées en 2009, 2010, et perspectives de travail 2011 :

2009

- L'ANRS a financé trois projets qui sont terminés et qui ont couvert les axes I, II, et III du plan :

- *Observance thérapeutique chez des patients multitraités* : le cas de la toxicomanie. Ce projet a donné lieu à la publication d'une thèse, et d'un chapitre « Implications des troubles psychiatriques et des addictions sur l'observance et la qualité de vie des patients co-infectés par le VIH et le VHC » (p.37-43) dans l'ouvrage "Psychiatrie, VIH et hépatite C : Quels enjeux de santé publique ? Quels enjeux pour la psychiatrie ? ". Ed. Elsevier Masson. 2009.

- *Prévention des hépatites virales (HV) B et C chez les publics précaires* : évaluation opérationnelle et comparaison de deux stratégies d'intervention dans les foyers SONACOTRA de la région lyonnaise.

ANRS-HEPAPRECA. Ce projet a porté sur 230 sujets. Ce projet a donné lieu à une publication : Sahajian F, Bailly F, Vanhems P, Fabry J, Trepo C; Members of ADHEC. A randomized trial of viral hepatitis prevention among underprivileged people in the Lyon area of France. J Public Health (Oxf). 2010 Sep 27. [Epub ahead of print]PMID: 20876189.

- *Les déterminants de la proposition de diagnostic et de soins des hépatites virales B et C aux migrants en Côte d'or.* Etude auprès du personnel soignant (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, etc...). Rapport en attente de publication.

Le budget ANRS pour ces trois projets est d'environ **180 000 €**.

● Un essai de stratégie vaccinale contre l'hépatite B a été conduit sur des patients porteurs du VIH :

- *ANRS HB03 VIH-VAC-B : Essai randomisé multicentrique de phase III comparant l'immunogénicité et la tolérance de trois schémas de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez des patients infectés par le VIH ayant des lymphocytes T CD4 supérieurs à 200/mm³.* (437 patients inclus / 420 prévus). Article soumis en septembre 2010 au Journal of the American Medical Association (JAMA).

Le budget ANRS pour ce projet est d'environ 1 400 000 €

2010

Les projets ci-dessous sont en cours :

- *Etude sur les risques de transmission du VIH et du VHC liés à la consommation de crack et évaluation d'outils de réduction des risques spécifiques.*

- *ANRS-FORMVAC* Etude multicentrique prospective évaluant l'impact de différentes interventions de santé publique destinées à améliorer l'adhésion à la vaccination contre l'hépatite B des sujets vus en consultation de dépistage anonyme et gratuit en France

- *ANRS-METHAVILLE* : Impact de la primo prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC.

- *ANRS HB04 B-BOOST* : Étude multicentrique, randomisée, comparant l'immunogénicité d'un schéma vaccinal renforcé contre le VHB (40 µg à S0, S4 et S24), à un schéma classique (20 µg à S0, S4 et S24), chez des patients infectés par le VIH n'ayant pas répondu à une première vaccination et à une injection de rappel (148 patients inclus / 180 prévus).

- *PREVAGAY* : Etude de la prévalence du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les lieux de rencontre commerciaux parisiens). Cette étude a également pour objet le VHB et le VHC.

- *Enquête Presse Gay 2010-2012*

- *Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH sida, aux hépatites virales et aux IST dans la population générale adulte en France métropolitaine et aux Antilles-Guyane.*

- *ANRS-OPTISCREEN B* : L'application d'algorithmes de décision et l'utilisation de tests rapides permettent-ils d'optimiser le dépistage et la prévention de l'hépatite B?

- *Projet Parcours* : Parcours de vie, VIH et Hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile de France.

- *Enquête VESPA 2010* : Nouvelle enquête nationale transversale sur les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH sida en France métropolitaine, aux Antilles, en Guyane et à la Réunion.

Perspectives 2011

- Les projets ci-dessous vont prochainement être mis en place et couvrent tous les axes :

- *Développement international d'un questionnaire de qualité de vie spécifique du VHC.*

- *ANRS-PR²DE* : Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus. Un inventaire a été réalisé en 2010 avec le soutien de Sidaction. Résultats en cours d'analyse.

- *Coquelicot* : *Enquête multicentrique, multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission du VIH, VHC et VHB chez les usagers de drogue.*

- *Projet AERLI* : Evaluation des effets de sessions d'Accompagnement et d'Education aux Risques Liés à l'Injection (AERLI) menées auprès de personnes qui consomment des produits psycho-actifs par la voie injectable (personnes CPPVI).

Par ailleurs dans le cadre de la prochaine arrivée de nouveaux antiviraux en particulier les inhibiteurs de la protéase du VHC, l'ANRS a le souhait de mettre en place plusieurs projets de recherche translationnelle au début de l'année 2011 :

- Ainsi, l'ANRS avec le soutien et la participation de l'AFEF, et en collaboration avec l'AFSSAPS, et l'industrie pharmaceutique (en particulier, MSD, Janssen, Roche) mettra en place début 2011, l'étude ANRS CO 20 CUPIC (Compassionate Use of Protease Inhibitors in viral C Cirrhosis), intitulée « *Observatoire de l'échec thérapeutique et des résistances chez les malades traités par un inhibiteur de protéase (télaprevir ou bocéprevir) et interféron pégylé (IFN-PEG) plus ribavirine (RBV) dans le cadre de l'ATU de cohorte s'adressant aux malades ayant une hépatite chronique C de génotype 1, mono-infectés, n'ayant pas éradiqué le VHC lors d'un traitement antérieur par IFN-(PEG) et ribavirine* ».

CUPIC est un nouveau modèle de construction de la recherche associé à une ATU de cohorte. Il vise à évaluer l'efficacité, la tolérance et les résistances à ces nouveaux inhibiteurs de la protéase du VHC chez les patients à un stade évolué de la maladie, dans le cadre des ATU de cohorte de l'AFSSAPS. Cette étude aura une durée de vie limitée (environ 2 ans). Elle devrait recruter environ 700 patients dont une partie rentrera ensuite dans la Cohorte Nationale des Hépatites.

- Deux essais pilotes chez les patients co-infectés VIH/VHC (et ANRS HC 26 Telaprevih, ANRS HC 27 Boceprevih) vont débiter dans le 1^{er} semestre 2011.

Un essai pilote chez les patients mono-infectés VHC en attente de transplantation hépatique, pourrait débiter au 2^{ème} semestre 2011.

- De plus, l'ANRS en partenariat avec l'AFSSAPS, la HAS, la DGS, l'InVS et l'industrie pharmaceutique, va débiter fin 2011 / début 2012, la **constitution d'une Cohorte Nationale des**

Hépatites. L'objectif est de mieux connaître la population des personnes présentant une infection par les virus des hépatites dans un contexte d'évolution de la prise en charge thérapeutique. Cette cohorte visera à inclure les patients infectés par le VHB et/ou le VHC pris en charge en France. Différentes sous-études de recherches fondamentale, virologique, pharmacologique et sociale devraient être réalisées dans le cadre de cette cohorte.

Le projet Cohorte Nationale des Hépatites est piloté par F. Carrat et S. Pol.

D'autre part, le Directeur de l'ANRS, Jean-François DELFRAISSY, souhaite que la recherche clinique se structure et fédère autour des futurs projets (actuellement 25 recherches cliniques en cours).

Il estime aussi qu'un rapport d'expert (type rapport Yéni pour le VIH) devrait être élaboré par des experts sur le sujet de la prise en charge des hépatites. Ce type de rapport permettrait d'homogénéiser les pratiques par l'élaboration de recommandations pour la prise en charge thérapeutique des patients porteurs d'une hépatite virale. Il est particulièrement justifié en 2011 avec l'arrivée de plusieurs nouvelles molécules contre le VHC.

Il est aussi important de fixer rapidement une date annuelle française (à défaut d'une date mondiale) pour les hépatites (différente de la date du 1^{er} décembre, journée mondiale du SIDA). Mais une dimension internationale de ce rendez-vous donnerait encore plus de poids à l'évènement.

3. Actions de communication en 2009, 2010 et perspectives 2011

	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
<i>Colloques et conférences scientifiques ANRS</i>	56 000€	57 000€	60 000€
<i>Soutien à colloques et publications hors ANRS</i>	32 000€	8 000€	6 000€
<i>Presse</i>	6 500€	6 000€	7 000€
TOTAL	94 500€	71 000€	73 000€

Participation aux réunions

Jean-François DELFRAISSY	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
Ventzislava PETROV-SANCHEZ	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
Isabelle PORTERET	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)

Annexe 5

Actes de la journée nationale de lutte contre les hépatites du 19 mai 2010



Synthèse des débats

Mercredi 19 mai 2010

Ministère de la santé et des sports - Salle Pierre Laroque

Colloque organisé par le Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la santé



SOMMAIRE	INTRODUCTION	3
ETAT D'AVANCEMENT		7
DES		7
ACTIONS DU PLAN	TABLEAU RECAPITULATIF DE L'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN	7
TABLEAU RECAPITULATIF DE L'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN		8
AXE STRATEGIQUE I		12
AXE STRATEGIQUE II		16
AXE STRATEGIQUE III		19
AXE STRATEGIQUE IV		22
AXE STRATEGIQUE V		25
BILAN DES GROUPES DE TRAVAIL		29
GROUPE DE TRAVAIL N°1 "DEPLOIEMENT DU PLAN EN REGION"		30
GROUPE DE TRAVAIL N°2 « LE PLAN ET LES DIFFERENTS ACTEURS »		33
GROUPE DE TRAVAIL N°3 "DEVELOPPER LA RECHERCHE ET LA PROSPECTIVE"		38
ANNEXES		40
ANNEXE 1 : COMPOSITION DU COMITE DE SUIVI ET DE PROSPECTIVE		41
ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE RESTREINT D'ANIMATION		43
ANNEXE 3 : DOCUMENTS DES GROUPES DE TRAVAIL		44
<u>DOCUMENTS DU GROUPE N° 2 :</u>		44
CREATION D'UN CENTRE DE RESSOURCES POLYVALENT POUR MINI-RESEAUX DE PROXIMITE		44
EN SEINE-SAINT-DENIS.		44
RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ETRANGERES ET LEUR DROIT AU SEJOUR POUR RAISONS MEDICALES, EN CAS D'INFECTION VIRALE B OU C		48
ANNEXE 4 : ACTIONS MENEES PAR L'ANRS EN 2009, 2010 ET PERSPECTIVES 2011		55
PARTICIPATION AUX REUNIONS		58
ANNEXE 5 : ACTES DE LA JOURNEE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES DU 19 MAI 2010		59
ANNEXE 6		100
RÈGLEMENT INTERIEUR		100
ANNEXE 7 : ABREVIATIONS		106

Ouverture

- Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports

Présentation de la journée

- Daniel Dhumeaux, Président du Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Michel Bonjour, Vice-Président du Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, Vice-Président de SOS Hépatites

Hépatite B et C une épidémiologie dynamique : des données aux prises de décision

Modérateur : Françoise Roudot-Thoraval (épidémiologiste, santé publique, Créteil)

- Situation internationale, nationale et données populationnelles : Christine Larsen (InVS, Saint-Maurice)
- Epidémiologie, prévention et prise en charge des migrants ; l'expérience du Comede : Arnaud Veisse (Directeur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre)
- Avenir de l'hépatite C et impact prévisible de la prise en charge sur la morbi-mortalité ; que disent les modèles ? : Sylvie Deuffic-Burban (biostatisticienne, Inserm, Lille)
- Echanges avec la salle

Table ronde : Vaccination contre l'hépatite B, un enjeu de santé publique ; une mobilisation nécessaire

Modérateur : Joël Gaudelus (pédiatre, Bondy)

- La politique nationale de vaccination contre l'hépatite B : Bernard Faliu (Chef du bureau des infections par le VIH, IST, Hépatites, DGS)
- Influence de la couverture vaccinale sur la morbidité de l'hépatite B et tendances actuelles : Daniel Lévy-Bruhl (InVS, Saint-Maurice)
- Perceptions de la population et des professionnels de santé : Arnaud Gautier (Inpes, Saint-Denis)
- La représentation des médecins généralistes : Georges Pageaux (hépatologue, Montpellier)
- Echanges avec la salle

Du dépistage aux traitements : des améliorations majeures, des populations en attente

Modérateur : Eric Merlet (SOS hépatites - Fédération, Paris)

- Le dépistage des hépatites B et C : comment améliorer l'efficacité et l'accessibilité ? Stéphane Chevaliez (virologue, CNR hépatites B, C et delta, Créteil)
- Avancées thérapeutiques récentes et perspectives :
Hépatite B : Christian Trépo (hépatologue, AFEF, Lyon)
Hépatite C : Patrick Marcellin (hépatologue, AFEF, Clichy)
- Un progrès dans la prise en charge : les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique : Laurent Castéra (hépatologue, Bordeaux)
- Co-infections hépatites – VIH, un facteur majeur de morbidité ; une prise en charge optimisée : Stanislas Pol (hépatologue, Paris)
- Echanges avec la salle

Table ronde : Hépatites virales B et C ; perception, image et vécu ; comment se mobiliser face à une épidémie silencieuse ?

Modérateur : Jean-Michel Delile (Anitea, Bordeaux)

- Témoignage au travers d'une ligne d'écoute : Véronique Deret (SOS hépatites - Fédération, Paris)
- Migrants/étrangers et hépatites : représentations des soignants, problèmes d'identification et d'accès aux soins : Pascal Revault (médecin coordinateur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre)
- Les représentations de l'hépatite C et de son traitement chez les usagers de drogues. Approche épidémiologique et socio-anthropologique : Marie Jauffret-Roustide (InVS, Saint-Maurice)
- Les représentations comparées du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues : Fabrice Olivet (Asud, Paris)

- La représentation, le vécu de la maladie et du traitement, les relations avec les soignants : Catherine Enel (anthropologue, CHU Dijon)
- La vision associative : Pascal Melin (SOS hépatites - Fédération, Saint-Dizier)
- Echanges avec la salle

Table ronde : Mobilisation en région, dans le nouveau paysage institutionnel

Modérateur : Pierre Czernichow (Santé publique, Rouen)

- Le déploiement du plan hépatites B et C en région : Jacques Raimondeau (Chef de bureau animation et appui aux services déconcentrés et aux groupements régionaux de santé publique, DGS)
- Des initiatives et expériences régionales :
 - Les microstructures en réseaux : George-Henri Melenotte (Président de la CNRMS, Strasbourg)
 - Expérience en région d'un programme d'éducation thérapeutique : Dominique Larrey (hépatologue, FNPR, Montpellier)
 - Expérience de guichet unique: Brigitte Reiller (Anitea, Bordeaux)
 - Recensement des données sanitaires sur les hépatites virales : l'expérience de la région Rhône-Alpes : Béatrice Luminet (MISP, ARS Rhône-Alpes)
- Echanges avec la salle

Place de la France en Europe dans la lutte contre les hépatites et impact des plans

- Jean- Michel Pawlotsky (ANRS, CNR, Créteil)

Clôture

- Madame Sophie Delaporte, Directrice Générale Adjointe de la Santé

Ouverture

Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports

Bonjour à toutes et à tous. Je suis très heureuse de saluer le Professeur Daniel Dhumeaux qui est le Président du Comité de suivi et de prospective, le Vice-Président, Michel Bonjour qui est également Vice-président de SOS Hépatites, ainsi que les directeurs et directrices qui sont avec nous ce matin. C'est pour moi un moment important d'ouvrir ce colloque au Ministère de la Santé dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre les hépatites. C'est pour moi une occasion privilégiée de sensibiliser, d'informer les professionnels de santé mais aussi le grand public sur ces maladies et sur l'importance de leur prévention, de leur dépistage et de leur prise en charge. Je me réjouis que cette journée rassemble l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les hépatites, les associations de patients, les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, les institutions, agences régionales de santé, collectivités locales, Caisses Primaires d'Assurance Maladie. J'ai tenu à être avec vous ce matin pour exprimer ma détermination dans une lutte qui me tient particulièrement à cœur. Au niveau mondial, l'hépatite B est une maladie très importante, une des principales maladies avec un nombre de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B estimé à trois cent cinquante millions. L'hépatite C toucherait 3 % de la population mondiale, près de 80 % de ces cas évoluent vers une infection chronique. En France, l'infection chronique par le virus de l'hépatite B touche près de trois cent mille personnes et l'hépatite C près de deux cent trente mille personnes. Responsables de pathologies chroniques pouvant aboutir à des complications mortelles, les hépatites virales sont encore paradoxalement relativement méconnues. Ainsi, en France, près de 50 % des personnes contaminées par l'un des deux virus ne connaissent pas leur statut sérologique. J'ajoute que la vaccination contre l'hépatite B reste insuffisamment proposée aux personnes les plus exposées. Des progrès majeurs ont d'ores et déjà été accomplis dans la prise en charge thérapeutique des personnes atteintes d'hépatites. Ainsi, à l'heure actuelle nous guérissons 50 % des hépatites C et 80 % des hépatites B. Mais il nous reste du chemin à parcourir dans le combat que nous menons contre les hépatites. Pour cela, nous disposons d'un certain nombre d'atouts. En effet, nous connaissons les principaux déterminants de ces infections sur lesquelles il est possible d'agir en matière de prévention. C'est dans cette perspective qu'a été élaboré un Plan national de lutte contre les hépatites virales pour 2009-2012 afin de relever un certain nombre de défis. Ainsi, le Plan devra permettre de diminuer le nombre de nouveaux cas d'infections, en particulier chez les personnes les plus à risques. Le Plan vise à augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B en s'appuyant sur les recommandations du calendrier vaccinal, notamment pour les nourrissons, les enfants et les personnes exposées. A ce titre, nous venons tous de prendre connaissance avec satisfaction de la forte augmentation de la couverture vaccinale des nourrissons. En outre, le Plan va renforcer les dépistages pour permettre aux personnes infectées d'en être informées et pour les orienter vers une prise en charge médicale aussi précoce que possible. Ainsi, ces personnes dépistées pourront bénéficier des progrès thérapeutiques et de la prise en charge médicale mais aussi sociale la plus adaptée, la plus individualisée, la mieux coordonnée entre la ville et l'hôpital. Ce Plan va améliorer la prise en charge, notamment en favorisant les méthodes non invasives de diagnostic et de suivi thérapeutique conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé de décembre 2008. A cet égard, je veux souligner le rôle essentiel de la France en matière de recherche à l'origine de l'innovation que constituent les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose. Dans ce cadre, les recommandations professionnelles seront actualisées et la formation des professionnels assurée. De plus, l'éducation thérapeutique des patients est intégrée à la prise en charge comme le prévoit expressément la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet dernier. Enfin, le Plan va permettre de poursuivre la surveillance épidémiologique et de développer également l'évaluation, la recherche, la prospective. Je veux préciser que ce Plan sera résolument évolutif, c'est d'ailleurs pour cela que j'ai nommé un Comité de suivi et de prospective qui sera force de propositions au fur et à mesure de l'avancée des connaissances. Je veux d'ores et déjà remercier les membres de ce Comité, à commencer

par vous, M. le Président, Cher Professeur Daniel Dhumeaux, et le Vice-Président, Michel Bonjour. Convaincue du rôle fondamental des associations dans la lutte contre les hépatites B et C, j'ai souhaité que les personnes atteintes d'hépatites virales soient dûment représentées, et cela est en parfaite résonance avec ma volonté de faire de 2011 l'année des droits des patients. Je sais que vous conduirez des travaux de grande qualité au sein des trois groupes de travail que vous avez constitués. Il nous revient d'initier davantage de complémentarités et de partenariats avec le soutien de tous, depuis la prévention vaccinale et l'information des patients jusqu'à l'éducation thérapeutique et l'accompagnement. Ce Plan ne saurait être une entité isolée. Bien au contraire, il doit s'articuler étroitement avec l'ensemble des dispositifs existants dans une perspective de santé publique au sens le plus large, c'est-à-dire une politique de santé publique centrée sur la personne. En ce sens, l'échelon régional est un échelon incontournable pour faire fonctionner ce Plan, et je sais que vous vous êtes d'ores et déjà engagés dans cette démarche, je vous en félicite, les Agences Régionales de Santé seront un outil précieux et vont favoriser ce déploiement dans le cadre notamment des projets régionaux de santé qu'elles ont mission d'élaborer et qu'elles ont commencé à élaborer. Vous l'avez compris, je place la lutte contre les hépatites au premier rang de mes priorités en matière de santé publique. Je regrette de ne pouvoir rester avec vous lors de cette journée de travail, en particulier dans la matinée qui va se révéler passionnante. En effet, je vais vous laisser pour assister au conseil des ministres comme chaque mercredi à 10 heures, mais je vais suivre ces travaux avec beaucoup d'attention et d'intérêt car je compte sur vous, M. le Président, M. le Vice-Président, ainsi que vous tous, pour proposer des solutions innovantes au service de la qualité de vie de nos concitoyens. A toutes et à tous, je souhaite un très bon travail. Bonne journée. Merci.

Présentation de la journée

Daniel DHUMEAUX, Président du Comité de suivi et de prospective du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Cette journée comportera deux sessions d'exposés et trois tables rondes. Une première session sur l'épidémiologie avec les données épidémiologiques et leur impact sur les politiques de dépistage, d'accès aux soins et aussi de perception de l'évolution des événements avec des modélisations sur la prise en charge notamment thérapeutique. Une deuxième session sur le dépistage au traitement avec la mise au point par des équipes françaises à l'échelon national des tests non invasifs de fibrose, tests sanguins, FibroScan, permettant de réduire l'accès à la biopsie du foie qui constitue parfois un frein au traitement. Nos équipes hospitalières et hospitalo-universitaires ont largement contribué aux progrès thérapeutiques. Aujourd'hui 50 % des hépatites C sont guéries et demain sans doute avec les nouvelles thérapeutiques, 70 à 80 % et l'hépatite B est contrôlée dans 80 % des cas. Ces succès doivent influencer la prise en charge des patients et la table ronde insistera sur les pertes de chances pour les personnes non dépistées et non traitées, avec des politiques privilégiées à envisager vers les usagers de drogues ou les personnes en situation de précarité. Très longtemps, seulement 30 % des nouveau-nés étaient vaccinés en France mais, depuis trois ou quatre ans, nous observons une augmentation progressive du taux de couverture principalement avec le remboursement de l'Hexavalent. Toutefois, des disparités subsistent encore dans notre pays entre les personnes qui vaccinent, les sites de vaccination et les régions qu'il convient de corriger. Visibilité, lisibilité, sans doute problématiques par rapport à des maladies globalement silencieuses, et une table ronde sera consacrée au vécu, aux images, à la perception des hépatites et nous verrons l'importance de ces aspects pour optimiser la formation, l'information, le dépistage et le traitement sachant qu'une visibilité insuffisante de ces pathologies est sans doute un des facteurs d'une morbi-mortalité très élevée à l'échelon mondial. Jean-Michel Pawlowsky nous relatera ce qui se passe aujourd'hui à l'OMS pour amplifier cette visibilité et optimiser la prise en charge des patients. De même, le Plan sera amplifié au niveau des régions et un groupe spécifique a été constitué au sein du Comité national pour organiser le déploiement de ces

actions en région dans le cadre des nouvelles structures, groupe dont le président, Pierre Czernichow, animera la table ronde.

Michel BONJOUR, Vice-Président du Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, Vice-président de SOS Hépatites

Les préoccupations passées en revue par la Ministre sont l'objet des groupes de travail du Comité de suivi et de prospective. Les marqueurs non invasifs ne sont pas encore remboursés et nous n'avons toujours pas eu les retombées financières des budgets consacrés au plan en régions avec les nouvelles dispositions des ARS. Pourtant, notre pathologie est un problème de santé publique. Nous avons la chance d'être un pays où nous avons des idées, des grands médecins, des chercheurs, et nous aimerions que cela soit mis à profit de tout le monde.

Je vous souhaite une belle journée de travail.

Hépatites B et C une épidémiologie dynamique : des données aux prises de décision

Situation internationale, nationale et données populationnelles

Christine LARSEN, InVS, Saint-Maurice

L'hépatite B est une infection virale liée à un virus à ADN, très résistant à l'air libre et extrêmement transmissible par le sang et les autres liquides biologiques d'une personne contaminée. La transmission sexuelle est, ainsi, très fréquente, l'hépatite B étant classée parmi les infections sexuellement transmissibles. Le virus de l'hépatite B entraîne une hépatite aiguë rarement symptomatique dont le potentiel évolutif vers la chronicité dépend de l'âge à la contamination. Dans le monde, près de 2 milliards de personnes ont été infectées par le virus de l'hépatite B dont le marqueur sérologique de contact est l'anticorps anti HBc, parmi lesquelles 8,5 % de la population mondiale ont une hépatite chronique dont le marqueur sérologique est l'antigène HBs. En Asie, en Afrique subsaharienne, dans le bassin amazonien et au nord de l'Amérique du Nord les prévalences de l'antigène HBs sont supérieures à 8 % dans la population. A l'inverse, la prévalence de l'AgHBs est faible en Europe de l'Ouest, en Europe du Nord et en Amérique du nord (hors Alaska). L'hépatite B est responsable de mortalité par cirrhose et cancer primitif du foie et dans le monde, 600.000 décès par an surviennent en lien avec l'hépatite B. Cette infection est à prévention vaccinale depuis 1982 et les formes chroniques, bénéficient d'un traitement anti-viral. La France est un pays de faible endémicité VHB, 3 millions de personnes sont porteuses d'anticorps anti-HBc, 281.000 ont un antigène HBs positif dont plus de 50 % l'ignorent. Les données de déclaration obligatoire de l'hépatite aiguë B symptomatique permettent d'estimer à 2.500 le nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B survenant en France parmi lesquelles le mode de transmission reste inconnu pour 30 %.d'entre elles. L'hépatite B en France est responsable de 1.300 décès par an. Le dépistage de l'hépatite B devrait être mieux ciblé vers les personnes présentant des facteurs de risque d'avoir été en contact avec le virus: en particulier, vers les personnes nées en pays d'endémicité VHB forte ou modérée, les usagers de drogues, les homosexuels masculins, les personnes ayant séjourné dans une institution psychiatrique, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les personnes de faible un niveau d'études.

L'hépatite C est une infection virale liée à un virus à ARN dont la transmission se fait par contact de sang à sang contaminé, usage de drogues avec échange de matériels d'injections, transfusions sanguines avant 1992, exposition accidentelle à du sang contaminé. Les transmissions mère/enfant et sexuelles sont rares. Ce virus entraîne une hépatite aiguë le plus souvent asymptomatique et le potentiel évolutif vers la chronicité est de 60 à 80 %. Dans le monde, 3 % de la population présentent des anticorps anti-VHC et plus de 120 millions sont porteurs d'une hépatite chronique. L'endémicité du VHC dépend

des zones géographiques, avec une prévalence élevée en Asie, Afrique subsaharienne et Afrique du Nord et très élevée, supérieure à 10 % en Egypte, Mongolie, Bolivie, Guinée et Cameroun. La France fait partie des pays d'endémicité faible avec une prévalence estimée en 2004 à 0,84 %. Cette prévalence est variable en fonction du groupe de transmission. Ainsi, près de 60 % des usagers de drogues présentent des anticorps anti-VHC. Plus de deux cent trente mille personnes sont porteuses d'un ARN VHC positif dont plus de 40 % l'ignorent et plus de 2.600 décès par an par cirrhose ou cancer primitif du foie sont directement imputables au VHC, consommation excessive d'alcool et infection par le VIH étant des cofacteurs aggravants. L'hépatite C n'est pas une maladie à prévention vaccinale mais grâce au traitement antiviral, 50 % des formes chroniques sont guéries. Les populations pouvant bénéficier d'un dépistage de l'hépatite C car définies comme à risque d'infection dans l'enquête de prévalence 2004 sont les usagers de drogues par injection ou par voie nasale, les personnes nées en zones d'endémicité VHC forte ou modérée, et les transfusés avant 1992. Le tatouage et le fait d'être bénéficiaire de la CMU complémentaire sont à la limite de la significativité dans cette enquête. En conclusion, si la France est un pays de faible endémicité pour le VHB et le VHC, ce sont néanmoins 500.000 personnes qui sont infectées de façon chronique par l'un de ces deux virus et près de 4.000 qui décèdent par an en lien avec le VHB ou le VHC. Néanmoins, ces infections chroniques restent encore trop souvent méconnues, d'où la nécessité de rappeler l'intérêt du dépistage de l'infection par le VHB qui est une maladie à prévention vaccinale et de celle du VHC dont le traitement antiviral est de plus en plus efficace.

Epidémiologie, prévention et prise en charge des migrants ; l'expérience du Comede **Arnaud VEISSE, Directeur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre**

La population des migrants en situation précaire cumule des facteurs de grande vulnérabilité. L'expérience du Comede dans un contexte global de facteurs de vulnérabilité pour la santé des exilés sera développée en trois points : les données épidémiologiques par nationalité et par région d'origine à l'occasion des bilans de santé proposés au Comede, les données relatives aux soins et à l'accompagnement et la question de la continuité des soins pour les étrangers menacés d'interruption de traitement et d'expulsion. Il y a 3,5 millions d'étrangers en France, dont 3 millions d'étrangers nés à l'étranger et 5 millions d'immigrés. La population cumulant les facteurs de vulnérabilité est estimée aux alentours de 1 million : 500.000 étrangers en séjour précaire en France, 100.000 demandeurs d'asile, 130.000 réfugiés et environ 300.000 sans papiers. Le Comede travaille depuis trente ans sur la promotion de la santé des exilés et développe deux types d'activités. D'une part, l'accueil, le soin et le soutien (4.500 personnes en 2009 de 100 nationalités) et d'autre part, une fonction de centre-ressources pour les professionnels. Le Comede travaille avec l'ensemble des acteurs de la santé des exilés en France, dont 5.000 lecteurs de la revue Maux d'exil et 50.000 utilisateurs du Guide Comede. Les personnes reçues en 2009 venaient d'Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Afrique de l'Est, Asie du Sud, Haïti, Europe de l'Est, une partie de l'Asie centrale, d'âge médian 34 ans, souvent isolées pour 71 % des hommes et elles sont en France depuis 1,4 an en moyenne à leur première consultation. Parmi les facteurs de vulnérabilité associés, des ruptures, traumatismes, des violences, exclusion liée à la précarité administrative, difficultés de communication et besoin d'interprétariat, fréquence de certaines pathologies dans certaines populations. D'où la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, médico-sociale, psychologique et juridique. D'après les données des bilans de santé 2003-2009 sur 18.728 consultants, 1.210 sont porteurs chroniques du VHB et 319 du VHC, dont respectivement 94 % et 89 % ont été diagnostiqués lors d'un dépistage en France, une minorité d'étrangers malades venus en France pour se faire soigner. Par fréquence décroissante, les principales pathologies graves observées au Comede dans ces populations sont les psychotraumatismes, l'hépatite B, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hépatite C et le VIH. Soixante neuf % des ressortissants d'Asie du Sud, 49 % de l'Europe de l'Est, 35 % d'Afrique centrale et 19 % l'Afrique de l'Ouest n'ont pas de protection immunitaire. En termes de prévalence, l'épidémiologie des migrants n'a de sens que si elle

est regardée par sous-continent et non pas par continent, et certainement aussi par nationalité, tant les différences peuvent être importantes. Des connaissances plus fines sont à développer sur cette épidémiologie parce que les migrants en France ne sont pas représentatifs de la population globale du pays d'origine. Pour l'hépatite B, les taux sont plus importants pour les hommes d'Afrique centrale, les ressortissants d'Afrique de l'Ouest et les femmes d'Asie centrale. Pour l'hépatite C, les taux de prévalence sont très importants en Mongolie, au Pakistan, en Asie centrale et importants en Afrique centrale et en Europe de l'Est. Selon une enquête que nous avons réalisée cette année sur 204 consultants porteurs d'hépatite chronique B ou C, nous avons relevé très peu de cas de co-infections, un seul cas VHB VHC et aucun avec le VIH. Trente cinq % des porteurs de l'hépatite B et 33 % des porteurs de l'hépatite C relevaient d'un traitement antiviral. Enfin, des difficultés d'accès aux soins potentiels et des facteurs de précarité importants : 7 % n'avaient pas encore de complémentaire et 11 % étaient en attente d'ouverture de droits. Quatre vingt quatorze % étaient sans domicile fixe, et 13 % ont été sans abri. Trente % étaient demandeurs d'asile en attente de réponse, 2 % étaient mineurs, 18 % avaient été admis au séjour et 48 % étaient sans papiers. Cela pose la question de la continuité des soins pour ceux qui à tout moment risquent d'être expulsés du territoire français. Selon l'article L313-11 de la loi de 1998, l'étranger qui nécessite une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, doit être régularisé sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier des soins appropriés dans le pays dont il est originaire. Par conséquent, le médecin devra déterminer s'il y a un risque d'exceptionnelle gravité et quelle est l'accessibilité effective aux soins dans le pays d'origine. D'après des données d'observation du Comede sur les réponses des préfetures par rapport aux demandes de cartes de séjour pour l'ensemble des pathologies graves, 559 personnes ont demandé une régularisation à ce titre entre 2003 et 2009 dont 207 pour le VHB et 40 pour le VHC. Sur quinze préfetures, 653 demandes de première délivrance de carte et 568 demandes de renouvellement. Jusqu'en 2002, quasiment 100 % des demandes étaient acceptées. Depuis début 2003, nous avons vu une restriction d'application du droit pour l'ensemble des problèmes de santé, 75 % pour le VHC et le VHB contre 100 % des demandes acceptées pour le VIH. Au Comede, nous sommes inquiets pour les 25 % de personnes porteurs du VHC qui relèveraient d'une régularisation et qui ne sont plus régularisées. Plus inquiétante encore, l'évolution pour les porteurs de l'hépatite B chronique, en particulier ceux dont le virus est non encore caractérisé et qui sont en situation de portage quiescent. Selon l'avis général des préfetures et en 2009 des médecins intervenant dans le processus, seuls 25 % ont eu une réponse favorable dont beaucoup avaient eu leur carte de séjour supprimée parce qu'il était considéré qu'ils pouvaient rentrer chez eux se faire soigner, ce qui, selon nous, n'est pas possible dans de nombreux cas.

Avenir de l'hépatite C et impact prévisible de la prise en charge sur la morbi-mortalité ; que disent les modèles ?

Sylvie DEUFFIC-BURBAN, biostatisticienne, Inserm, Lille

En France, environ 400.000 personnes sont infectées par le VHC avec un dépistage encore insuffisant puisque 43 % des patients VHC+ ne connaissent pas leur statut virologique. L'efficacité virologique du traitement est bien reconnue mais l'impact sur la morbi-mortalité n'est pas quantifié. C'est pourquoi, la modélisation est la seule approche permettant de répondre à cette question pour prédire l'incidence des complications et des décès liés au VHC sur les quinze prochaines années et tester l'impact d'une augmentation du dépistage et de nouvelles molécules thérapeutiques disponibles en 2012. Notre modèle s'appuie sur l'histoire naturelle de l'hépatite C pouvant conduire au développement de complications, cirrhose, décompensation de la cirrhose ou cancer du foie. La modélisation consiste en la simulation de la progression de toutes les cohortes par sexe, âge, génotype et consommation d'alcool. Le modèle va s'ajuster sur la prévalence du VHC en 2004, sur la mortalité par hépatocarcinome liée au VHC et sur les nombres de patients traités depuis 2002 en tenant compte du dépistage. Une fois calibré, il nous permet de faire des prédictions

de la morbi-mortalité attendue entre 2010 et 2025 en supposant la même prise en charge et le même impact des traitements. Le modèle permet également de tester des scénarios, notamment prédire ce qui se passerait en l'absence de tout traitement disponible. Le modèle est ajusté aux données d'incidence annuelles de mortalité par hépatocarcinome liée au VHC en France entre 1979 et 2007. Ainsi validé, il nous permet de faire des prédictions avec ou sans traitement sur les quinze prochaines années. Ainsi en termes d'incidence annuelle, le modèle prédit une réduction de 36 % pour les cirrhoses compensées évitées et de 28 % pour les cirrhoses décompensées évitées entre 2010 et 2025 grâce au traitement. Il prédit une réduction de 25 % des décès VHC évités entre 2010 et 2025 grâce au traitement. Enfin, le modèle permet de tester l'impact conjoint sur la morbidité d'une amélioration du dépistage et de l'arrivée en 2012 de nouvelles molécules, soit une réduction supplémentaire de 5.200 cirrhoses compensées et 1.800 cirrhoses décompensées entre 2010 et 2025 par rapport au traitement actuel. Enfin, le modèle prédit une réduction supplémentaire de 2.400 décès liés au VHC entre 2010 et 2025 par rapport au traitement actuel. Cependant, le modèle ne prend pas en compte les effets secondaires du traitement ; en l'absence de données, nous avons dû faire des hypothèses sur l'incidence des infections VHC récentes et les analyses de sensibilité conduisent à des variations de plus ou moins 10 % des estimations. En conclusion, le traitement actuel a un impact significatif sur la morbi-mortalité attendue et une augmentation de la prise en charge des patients atteints d'hépatites chroniques C permettrait de réduire encore le taux.

Echanges avec la salle

Patrice COUZIGOU, hépatologue à Bordeaux

Quel est le taux des hépatites C et des hépatites B non diagnostiquées en régions ?

Christine LARSEN

L'enquête de prévalence réalisée en 2004 n'a pas été réalisée dans cette optique. Mais celle de 2014 donnera des résultats au niveau régional avec les caractéristiques du dépistage et de la méconnaissance du statut.

Françoise ROUDOT-THORAVAL

Y a-t-il des expériences européennes ayant permis un dépistage amélioré des migrants par rapport à la France ?

Arnaud VEISSE

Médecins du monde effectue actuellement un travail d'observation sur l'accès aux soins des populations dans l'ensemble des pays européens.

Catherine ENEL, anthropologue au CHU de Dijon

Les modalités du dépistage des migrants dépendent de leur statut administratif. Les migrants hébergés dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) sont très bien suivis par des travailleurs sociaux, en revanche, les demandeurs de permis de séjour qui passent à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) n'ont pas de dépistage et les médecins généralistes de quartier ne pensent jamais au dépistage des hépatites.

Un intervenant

Mme Deuffic-Burban, avez-vous essayé de voir l'impact des progrès thérapeutiques sur l'hépatite C avec un meilleur dépistage à partir de 50 ans ?

Sylvie DEUFFIC-BURBAN

Je n'ai pas fait varier le pourcentage de dépistage en fonction de l'âge.

Françoise ROUDOT-THORAVAL

As-tu un commentaire à faire sur le faible impact des nouveaux traitements ?

Sylvie DEUFFIC-BURBAN

L'épidémie a évolué et le pool de candidats a diminué, les candidats potentiels déjà traités ne sont pas à considérer comme les meilleurs candidats, et ceux ayant évolué vers des formes graves ne font plus partie des candidats. Mais l'épidémiologie s'améliore en France et un impact est encore attendu.

Sibel BILAL, Association ANGREHC

J'apprends avec surprise que 81 % des personnes atteintes de VHC et VHB ont une couverture maladie et un suivi complémentaire alors que de par leur situation administrative, elles devraient avoir accès à la continuité des soins mais n'y ont pas accès pour des raisons de blocage de langue et de difficultés d'accès à l'hôpital. Une étude avait montré que 95 % des usagers de drogues d'Ile-de-France avaient eu au moins un dépistage hépatites B et C en cabinets de médecine de ville. Par ailleurs, le pic des décès des usagers de drogues entre 2010 et 2015 me rappelle l'époque du VIH. Aujourd'hui dans les cabinets de médecine de ville, 52 % des usagers de drogues sont déjà contaminés par l'hépatite C dont environ 20 % n'ont pas accès aux soins pour diverses raisons.

Sylvie DEUFFIC-BURBAN

Je n'ai pas regardé particulièrement la mortalité chez les toxicomanes.

Alain BRUNO, Médecin Inspecteur de Santé Publique à l'Agence Régionale d'Ile-de-France

Les contextes de contamination de l'hépatite B sont extrêmement différents par exemple entre la transmission mère/enfant et les infections acquises ultérieurement. Comment différencier le portage chronique inactif et le développement d'une hépatite chronique active ?

Françoise ROUDOT-THORAVAL

J'ignore s'il y a beaucoup de données françaises. En revanche, la littérature asiatique dit que 90 % sont porteurs chroniques lorsqu'ils ont été contaminés à la naissance avec effectivement un risque de développer cirrhose et cancer dans la première trentaine et même parfois dès l'enfance. Quant à la contamination à l'âge adulte, il a été dit que les porteurs chroniques dits inactifs avaient des risques faibles mais non nul de développer un cancer du foie. D'autant qu'il y a des portages inactifs qui deviennent actifs. De même pour les migrants porteurs chroniques, nous ne pouvons pas dire qu'ils ne sont pas en danger à un moment ou à un autre.

Table ronde : Vaccination contre l'hépatite B, un enjeu de santé publique ; une mobilisation nécessaire

Joël GAUDELUS, modérateur, pédiatre, Bondy

Cette table ronde est consacrée à la vaccination. Les dernières données sur la couverture vaccinale des adolescents tournent autour de 50 % contre 70 % au milieu des années 90 lorsque les vaccinations étaient faites à l'école. A contrario, chez les nourrissons, des données récentes montrent que trois-quarts des enfants ont reçu au moins une dose avant l'âge de six mois, l'Hexavalent est maintenant utilisé et nous avons observé un gain de quarante points avant et après son remboursement. Les taux de couverture vaccinale tiennent compte notamment de l'opinion de la population et des médecins et nous aurons deux interventions liées à la perception.

La politique nationale de vaccination contre l'hépatite B

Bernard FALIU, Chef du bureau des infections par le VIH, IST, Hépatites, DGS

La politique vaccinale en France a été définie par deux lois récentes. La loi du 9 août 2004 sur la santé publique a clarifié le rôle de l'Etat puisque c'est le Ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et surtout rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la Santé Publique. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a redonné à l'Etat la compétence et donc la responsabilité sur la politique vaccinale et sa mise en œuvre. Le département peut aussi dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat participer à la mise en œuvre des vaccinations. L'élaboration de la politique vaccinale doit répondre à de multiples questions nécessitant une expertise pluridisciplinaire de la part du Haut Conseil de la Santé Publique, des agences sanitaires (AFSSAPS, Institut de Veille Sanitaire, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), des centres nationaux de référence pour les maladies transmissibles et des instances intervenant dans la procédure de mise sur le marché (commission de transparence, comité économique des produits de santé et union nationale des caisses d'assurance maladie). En France, il y a des vaccinations obligatoires et des vaccinations recommandées. En population générale, les vaccinations obligatoires sont historiques, la diphtérie (obligation datant de 1938), le tétanos (1940) et la poliomyélite (1964) pour les nourrissons. Cette obligation est aussi fonction des territoires ; il existe en effet, une obligation de vaccination contre la fièvre jaune pour la Guyane. Pour certaines professions de santé, il existe une obligation vaccinale contre l'hépatite B qui est liée à l'article L3111.4 du Code de Santé Publique et est précisée par différents arrêtés de 1991 et de 2007. Les vaccinations faisant l'objet de recommandations générales concernent l'enfant et les vaccinations faisant l'objet de recommandations particulières concernent certaines populations à risques d'exposition. Pour l'hépatite B, le calendrier vaccinal définit une quinzaine de populations ou de situations où le vaccin contre l'hépatite B est recommandé. Le calendrier vaccinal et le guide des vaccinations sont des outils très complets, fruits du travail du Comité Technique des Vaccinations et du Haut Conseil, et doivent être utilisés au maximum.

Influence de la couverture vaccinale sur la morbidité de l'hépatite B et tendances actuelles

Daniel LEVY-BRUHL, InVS, Saint-Maurice

Si la couverture vaccinale du nourrisson n'a jamais atteint les 30 % au moins jusqu'en 2004, celle du préadolescent et de l'adolescent ciblés par les campagnes de vaccination en milieu scolaire était de 62 %. En revanche, trois ans plus tard, pour les cohortes n'ayant plus bénéficié des campagnes de vaccination en milieu scolaire, la couverture vaccinale a chuté à 42 %. Pour les enfants scolarisés en grande section de maternelle ou en CM2, elle est actuellement comprise entre 30 et 40 %, le rattrapage après 2 ans est très faible. Par contraste, la couverture vaccinale chez l'adulte reste élevée en raison de l'intense activité de vaccination qui a eu lieu entre 1995 et 1998. Nous n'avons pas de données très solides sur l'épidémiologie de l'hépatite B au début des années 90 permettant d'estimer précisément l'impact de l'intense activité de vaccination du milieu des années 1990. Au début des années 90, le réseau Sentinelles de l'INSERM unité 707 a estimé à partir d'un échantillon de médecins généralistes à environ 8.500 le nombre de nouvelles hépatites B aiguës symptomatiques chaque année en France avant la mise en œuvre de la vaccination. Cette incidence a évolué dans le temps et la vaccination du milieu des années 1990 a conduit en 1997 à la quasi disparition des hépatites B vues en ville par les médecins généralistes. Nous n'avons donc pas pu utiliser ce système de surveillance pour continuer à suivre les hépatites B puisque les médecins ne voyaient plus d'hépatites B et par suite, l'hépatite B a été remise sur la liste des maladies à déclaration obligatoire en 2003. A partir des données de la déclaration obligatoire et d'une enquête sur son exhaustivité, nous pouvons estimer à environ 630 le nombre d'hépatites B aiguës symptomatiques vues par les médecins en 2005. Plus de 50 % des cas notifiés auraient pu être facilement évités par la mise en œuvre des

recommandations de vaccination des personnes à risques. En 2008, nous avons estimé l'impact épidémiologique de la vaccination des enfants de 11 à 16 ans depuis 1994 en termes de nombre de cas aigus, de nombre d'infections, nombre de formes fulminantes et d'affections chroniques évitées à partir d'une simulation qui reproduit chaque année entre 1994 et 2007 la vaccination de ces enfants en prenant en compte les effets au-delà de 16 ans de ces vaccinations sur la base des données épidémiologiques disponibles. Cette analyse n'a pas pris en compte l'effet indirect de la vaccination, ce qui sous-estime l'impact de la vaccination. Nous avons conclu que la vaccination des 11-16 ans depuis 1994 évitait chaque année plus de 1.000 hépatites aiguës, près de 3.000 infections, plus de 100 infections chroniques et environ 5 hépatites fulminantes, soit en cumulant les résultats depuis 1994, environ 8.000 hépatites aiguës, 20.000 infections, 800 à 1.600 infections chroniques et 40 hépatites fulminantes. Si la couverture vaccinale avait été de 100 % chez les adolescents, nous aurions doublé ces chiffres. En revanche, le modèle montre qu'avec le temps, l'impact annuel va diminuer, les dernières cohortes d'adolescents ayant bénéficié des vaccinations en milieu scolaire quittant la tranche d'âge des 20-29 ans où l'incidence de l'hépatite B était le plus élevée. A terme, ce phénomène devrait être compensé par une amélioration progressive de la couverture vaccinale des nourrissons. La couverture à 6 mois pour la première dose est passée de 27 % pour les enfants nés en 2007 à 55 % pour ceux nés en 2008. Nos projections nous conduisent à penser que la couverture vaccinale à 2 ans pour trois doses devrait être de l'ordre de 75 %. Cette analyse est corroborée par l'enquête menée par GSK qui montrait qu'en janvier 2009, 59 % des enfants âgés de six mois avaient reçu au moins une dose de vaccin hépatite B et 76 % en octobre 2009. Les données les plus récentes des certificats de santé du 24^{ème} mois ont montré une couverture vaccinale de 42 % en 2007 avant le remboursement de l'Hexavalent. En conclusion, avec le temps et surtout le remboursement du vaccin Hexavalent, la couverture vaccinale du nourrisson a augmenté de manière significative. Il n'en reste pas moins que celle des personnes à risques est loin d'être satisfaisante et il reste encore beaucoup à faire.

Perceptions de la population et des professionnels de santé

Arnaud GAUTIER, Inpes, Saint-Denis

En 2005, neuf personnes sur dix se disaient favorables à la vaccination en général et 95 % déclaraient en 2006 qu'il était important de se faire vacciner pour se protéger individuellement et pour éviter la transmission des maladies. La vaccination rassure et une confiance se dégage envers les autorités et les médecins, notamment pour l'ensemble des vaccins obligatoires. Malgré ce contexte favorable et selon les données du Baromètre santé 2005, il persiste une réticence autour de la vaccination contre l'hépatite B : en effet, parmi les personnes défavorables à la vaccination en général, 39 % désapprouvent spécifiquement cette vaccination. Il s'agit plus particulièrement des femmes, des parents, des personnes ayant un niveau d'études élevé et des habitants du Sud de la France. Selon une enquête qualitative réalisée par l'INPES en 2008, la vaccination contre le VHB reste cependant peu connue de la majorité des personnes interrogées et il n'existe ainsi pas réellement de frein à sa réalisation. Quelques personnes évoquent tout de même une dangerosité de ce vaccin mais sans véritablement dire laquelle. L'inutilité de la vaccination, évoquée par certains, est très liée à un manque de connaissance sur la maladie elle-même.

Dans cette étude qualitative, comme dans l'enquête Nicolle réalisée en 2006 sur la perception de la population face au risque infectieux, les adolescents apparaissent comme une cible privilégiée de la vaccination contre l'hépatite B contrairement aux nourrissons. Deux raisons se dégagent : d'une part la lourdeur des trois injections pour les nourrissons et d'autre part le fait qu'il est considéré que l'hépatite B se contracte à l'âge adulte.

Une fois informées sur la maladie, les personnes interrogées étaient prêtes à se faire vacciner après avis du médecin traitant. En effet, la plupart délègue au médecin généraliste la bonne tenue de leur calendrier vaccinal, d'où l'importance de prendre en compte l'opinion des médecins.

Concernant la perception des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, plus des deux-tiers (68 %) sont favorables en 2009 à la vaccination pour les nourrissons avec une augmentation de 15 points des opinions « très favorables » depuis 2003. Les trois-quarts des médecins généralistes (79 %) sont favorables pour les adolescents et cette proportion est stable depuis 2003. Ainsi, comme pour la population générale, les avis sont plus favorables pour les adolescents que pour les nourrissons.

Selon les données de l'enquête qualitative réalisée en 2008, la vaccination contre le VHB est un outil utile aux yeux des médecins généralistes mais son passé mouvementé est toujours présent d'après eux dans les esprits. Quelques freins à la vaccination ont été identifiés, notamment un manque de motivation des médecins lié à la difficulté de convaincre certains patients et des parents perçus comme très réticents ; il s'agit certainement d'une surestimation importante de l'appréhension au regard des données disponibles dans la population générale qui indiquent finalement peu d'avis défavorables du grand public à l'exception d'une fraction particulière de la population.

La perception et le manque de connaissances sur la maladie, le caractère non obligatoire du vaccin, les réticences des parents liées à la piqûre et au nombre d'injections ainsi qu'une mode des médecines douces apparaissent également comme des freins à la réalisation de cette vaccination.

La représentation des médecins généralistes **Georges PAGEAUX, hépatologue, Montpellier**

Je vais vous présenter les résultats d'une enquête transversale que nous avons menée en 2009 par auto-questionnaire auprès des 1.150 médecins généralistes du département de l'Hérault dont plus de 30 % ont répondu, une majorité d'hommes, en exercice urbain pour la moitié des cas et d'âge moyen 50 ans. Les questions comprenaient six rubriques fermées et une rubrique ouverte. Dans les rubriques fermées, une description de la population avec les caractéristiques socio-démographiques, leur mode d'exercice et leur type de patientèle, leur connaissance de la maladie, leurs pratiques de dépistage, leur attitude vis-à-vis de la prévention en général, de la vaccination en général et notamment contre le virus de l'hépatite B, leurs pratiques de vaccination et les obstacles rencontrés pour vacciner. Dans la rubrique ouverte, leur perception de la politique vaccinale. A l'analyse des résultats, nous avons défini deux profils : 75 % de bons vaccineurs, qui vaccinent selon les recommandations de 2004 ou au-delà des recommandations, 25 % de mauvais ou non vaccineurs qui ne vaccinent pas du tout, ou faiblement les nourrissons, ou encore au coup par coup. Nous avons comparé ces deux populations. En analyse socio-démographique, il n'y avait pas de différences mais plus souvent d'acupuncture, de mésothérapie et d'homéopathie chez les non vaccineurs. En analyse multivariée, les non ou mauvais vaccineurs étaient globalement défavorables à la vaccination en général, ils avaient plus de difficultés à utiliser les vaccins « Hexavalent », à vaincre les réticences des patients et à exposer le bénéfice/risque. Pour eux, la politique vaccinale n'est pas justifiée, trop d'injections pour les nourrissons dont le risque d'exposition est faible et crainte d'effets secondaires graves décrits chez l'adulte. Cette étude met en évidence qu'un quart de médecins généralistes sont réticents à la vaccination en général, ont une mauvaise appréciation du bénéfice/risque notamment chez les nourrissons et craignent des effets secondaires graves chez l'adulte. Cette thématique doit être abordée dans nos réunions de formation médicale continue. Il faut vraiment peser le bénéfice/risque par rapport à l'évolution de cette maladie qui peut être prévenue par le vaccin.

Echanges avec la salle

Georges PAGEAUX

Lorsque nous avons comparé les deux groupes, il n'y avait pas de différence significative concernant le type de patientèle, il y avait autant de suivi de nourrissons, d'adolescents, etc.

Xavier AKNINE, médecin généraliste à Gagny en Seine-Saint-Denis et Président de l'ANGREHC

L'augmentation de la couverture vaccinale aujourd'hui chez le nourrisson est liée notamment au remboursement de l'Hexavalent et il facilite l'adhésion des familles parce qu'il comprend des vaccins obligatoires et des vaccinations recommandées. Et surtout nous ne pourrions pas progresser sans nous appuyer sur les médecins généralistes et les médecins de PMI ; l'échec de la grippe A en est une preuve. A mon avis, il faut exploiter les progrès chez les nourrissons pour augmenter la vaccination chez les adolescents. La dynamique est meilleure et les familles sont maintenant favorables aux vaccins.

Joël GAUDELUS

Les données épidémiologiques montrent que l'hépatite B est une maladie grave. Le rapport bénéfice/risque est fondamental dans l'explication aux familles et aux médecins. Mais selon plusieurs enquêtes, pour un facteur de temps, certains généralistes ont abandonné le fait de promouvoir cette vaccination.

Une intervenante

A la visite médicale d'entrée à l'OFII, le statut vaccinal est questionné pour toutes les vaccinations obligatoires en France sauf pour l'hépatite B.

Arnaud VEISSE, Directeur du Comede

La visite médicale de l'OFII étant obligatoire, il n'est déontologiquement pas possible d'y conduire des actions de prévention. Ce type d'actions ne peut être conduit qu'au sein des dispositifs de soins et de prévention. La DGS mène actuellement une expérience de propositions de visites médicales de prévention des nouveaux bénéficiaires de l'AME dans des centres d'examen de santé de la Sécurité Sociale, incluant notamment une proposition de dépistage pour l'hépatite B et C.

Un intervenant

Je voudrais revenir sur une proposition de vaccination faite chez l'adolescent de 11 à 15 ans avec seulement deux injections. Quelles sont les données comparatives d'efficacité de la vaccination avec deux injections à zéro et à six mois par rapport à la vaccination classique ? Cette proposition faciliterait-elle la vaccination des adolescents pour les médecins généralistes ou les pédiatres ?

Daniel LEVY-BRUHL

Cette mesure date du calendrier vaccinal 2009 ; il y avait deux modifications, étendre l'âge de 13 ans révolus à 15 ans révolus et la possibilité pour les 11-15 ans d'avoir une vaccination à deux injections à six mois d'intervalle avec des vaccins contenant chacun 20 µg d'AgHBs. Plusieurs études d'immunogénicité ont montré qu'il y avait avec ces doses des équivalences dans cette tranche d'âge à un programme à trois injections. Par ailleurs, il est dit dans l'avis que nous devons systématiquement proposer à tout enfant dans cette tranche d'âge une vaccination contre l'hépatite B.

Un médecin du travail dans un hôpital public en région parisienne

Vous avez dit que la vaccination était obligatoire pour les soignants. Or, dans les hôpitaux, seulement 50 % des médecins et des chirurgiens sont vaccinés contre l'hépatite B. Les autres refusent cette vaccination et tout suivi médical par la Médecine du Travail. La

Direction Générale de la Santé peut-elle nous aider car les risques de transmission existent ?

Bernard FALIU

Depuis plusieurs années, nous travaillons avec la Direction Générale du Travail pour refaire une circulaire et réaffirmer toutes les obligations et les recommandations.

Un responsable d'association

Avec le réseau ville-hôpital en Franche-Comté, nous avons mené une opération sur trois CSST où les consultations sont en binôme, l'hépatologue et le médecin généraliste prescripteur de la substitution. Les propositions de vaccination se heurtent à un refus des personnes. Nous attendons des vrais spots d'informations à des heures d'écoute sur les radios et les télévisions avec des spécialistes qui viennent dire la réalité de l'intérêt de cette vaccination.

Sibel BILAL

L'arrêt brutal de la vaccination de l'hépatite B en milieu scolarisé à la fin des années 90 a laissé des traces dans la perception du public, notamment des soignants, infirmières et travailleurs sociaux qui ont une image négative du vaccin contre l'hépatite B. Le pays doit s'engager davantage avec des campagnes médiatiques ciblées sur le grand public comme celles des années 1980, 1997 ou 1998.

Bernard FALIU

Nous faisons des efforts depuis des années pour qu'il y ait de nouveau un engagement au plus haut niveau. La Ministre est venue ouvrir la journée et a parlé de vaccination. Nous devons retravailler avec l'INPES pour reproduire des outils à validation nationale. Nous sommes également très conscients de la place du médecin généraliste sans lequel nous ne pouvons pas travailler.

Renaud PERSIAUX, magazine Transversal édité par SIDACTION

Qu'est-ce qui s'oppose au remboursement du vaccin contre l'hépatite A qui est recommandé dans le rapport Yeni et par le calendrier vaccinal pour les personnes co-infectées et les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes ?

Bernard FALIU

Pour rembourser un vaccin, les caisses doivent pouvoir identifier les personnes à qui sera remboursé le vaccin. La recommandation pour les homosexuels figure dans le calendrier vaccinal depuis longtemps, mais il est plus simple de rembourser un vaccin à quelqu'un qui a une ALD parce qu'il a une hépatopathie chronique qu'à un homosexuel. La commission de transparence a commencé à examiner le sujet mais se heurte à des difficultés éthiques et organisationnelles.

Joël GAUDELUS

Nous avons proposé aussi le remboursement du vaccin anti-hépatite A pour les enfants de parents originaires de pays de haute endémicité..

Philippe GRUNBERG, médecin généraliste en région parisienne et membre de l'ANGREHC

Avez-vous des chiffres sur le taux de vaccination contre l'hépatite B des médecins généralistes ? Et des chiffres sur le taux de portage de l'antigène HBs chez ces mêmes médecins ?

Arnaud GAUTIER

La question a été posée. Dans les 361 réponses que nous avons eues, elle a été cochée dans 200 cas parmi lesquels 120 étaient correctement vaccinés. Ces données restent parcellaires. En revanche, nous n'avons rien sur le portage éventuel de l'antigène HBs.

Un intervenant

Par rapport au dernier Baromètre, le taux de vaccination serait aux alentours de 80 à 90 %.

Patrick DE LA SELLE

Aujourd'hui, nous n'avons pas lors de nos consultations le quart d'heure nécessaire pour convaincre une mère de famille qu'il faut vacciner son enfant. Nous ne pouvons pas faire de la santé publique avec des généralistes dans un système complètement traditionnel par rapport à aujourd'hui. Le système du paiement à l'acte est complètement contradictoire à la santé publique. Inventons d'autres systèmes et regardons ce qui se passe dans les pays proches de nous.

Jacqueline GUIONIE, directrice du réseau Santé Solidarité à Bègles et membre de l'ANGREHC

Des initiatives locales pour les migrants peuvent être étendues au territoire. Ces personnes arrivent avec des familles, et certaines sont dépistées avant et d'autres après. Connaissant les carences d'obligation de certains tests, il existe des outils localement que nous avons montés dans le PasseportSanté qui est un dispositif unique en France d'accompagnement des personnes et un travail d'interface avec la médecine de premier recours. Nous sommes un réseau médico-social, nous travaillons sur l'accès aux soins auprès des personnes précaires, sur la prévention santé et la promotion de la santé en général. Ces outils peuvent permettre de compléter les documents qui pour nous sont très réducteurs, notamment concernant les dépistages. Nous prenons le temps de faire un bilan avec les personnes candidates sur le territoire français mais aussi des usagers de drogues et des sortants de prison pour les diriger vers un réseau afin de faire le point sur les vaccinations, la prévention, les traitements en cours, et aujourd'hui nous demandons une aide de personnes habilitées.

Du dépistage aux traitements : des améliorations majeures, des populations en attente

Eric MERLET, modérateur, SOS Hépatites - Fédération, Paris

Aujourd'hui des outils nouveaux existent et permettent de dépister en quelques minutes la présence d'anticorps des hépatites. Il serait intéressant de promouvoir des outils qui ne sont pas à disposition générale en France et ignorés par la moitié des personnes ayant une hépatite chronique. Les nouvelles techniques d'évaluation de la fibrose ne sont toujours pas remboursées et sont aujourd'hui moins dangereuses et peut être plus précises que la biopsie. Enfin, il y a urgence à penser aux nouvelles molécules qui vont être disponibles, en ATU pour les patients qui sont aujourd'hui en stades 3 et 4 de fibrose.

Le dépistage des hépatites B et C : comment améliorer l'efficacité et l'accessibilité ? **Stéphane CHEVALIEZ, virologue, CNR Hépatites B, C et delta, Créteil**

Le dépistage des hépatites virales B et C est nécessaire pour réduire la morbi-mortalité associée aux complications des hépatites virales chroniques qui sont responsables de 4.000 à 5.000 décès par an en France, pour réduire la transmission virale dans certaines populations à risques comme les utilisateurs de drogues par voie veineuse ou par voie intranasale, ou certaines populations gays, pour faciliter l'accessibilité aux structures de soins de certaines populations marginalisées sans protection sociale et enfin promouvoir la vaccination contre le virus de l'hépatite B. Parmi les nouveaux outils diagnostiques, nous

avons les tests de diagnostic rapides (TDR) qui bénéficient désormais d'une définition européenne, les nouvelles matrices biologiques et enfin la technologie buvard. Les TDR sont utilisables de façon unitaire ou en petite série, permettent un résultat rapide (en moins d'une heure), ne nécessitent pas de procédure automatisée et permettent une rupture de la chaîne du froid car ils sont réalisés à température ambiante. Deuxième axe, l'utilisation de matrices biologiques « nouvelles », comme le sang total capillaire prélevé au bout du doigt, pouvant avoir un intérêt dans certaines populations pour lesquelles le prélèvement veineux est difficile, et également des prélèvements de liquide cravculaire. Le liquide cravculaire correspondant au liquide sécrété entre le sillon antérieur de la gencive et les lèvres. Les TDR une fois réalisés ne peuvent pas être conservés et il existe donc une absence de traçabilité quant à sa réalisation, sa validation et son interprétation, si bien qu'il est permis s'interroger sur l'utilisation du buvard comme support pour le diagnostic sérologique et moléculaires des hépatites virales B et C. Les tests de diagnostic rapide sont utilisés pour le VIH depuis dix-neuf ans aux Etats-Unis et plus de 15 ans en France. Le nombre de tests utilisés augmentent depuis plusieurs années en particulier depuis 2006 avec les nouvelles indications de dépistage aux Etats-Unis. Selon une étude réalisée dans dix-sept cliniques et hôpitaux de New York et sa région, le test OraQuick qui utilise un prélèvement de sang total prélevé au pli du coude représentait moins 1 % des tests en 2005 et plus de 86 % de la totalité des tests en 2008. Le principe des TDR repose sur des méthodes d'immuno-filtration ou d'immuno-chromatographie. Le prélèvement est déposé au niveau de la chambre de prélèvement et par capillarité, le produit va migrer sur la membrane de cellulose. Au cours de sa migration, l'échantillon va rencontrer la protéine A du staphylocoque couplée à des particules d'or colloïdal. Cette protéine A du staphylocoque a la particularité d'avoir une forte affinité pour les immunoglobulines humaines et en fonction de la présence ou de l'absence des anticorps ici dans l'exemple anti-VHC dans le sérum à tester, on va avoir apparition d'une bande ou de deux bandes, fonction de l'absence ou de la présence des anticorps anti-VHC. L'interprétation est facile. La présence de deux bandes signe des anticorps anti-VHC dans l'échantillon testé ; la présence d'une seule bande signe l'absence d'anticorps anti-VHC. La présence de la bande contrôle est indispensable pour la validation du test qui est selon les cas un témoin de la migration de l'échantillon de la chambre de dépôt jusqu'à la chambre d'interprétation et de la présence d'immunoglobulines dans l'échantillon à tester. Le système OraQuick HCV Assay est une technique qui accepte cinq matrices de prélèvements, (sérum, plasma, sang total veineux, sang total capillaire et salive). La matrice biologique est mise dans un tube qui contient l'ensemble des réactifs nécessaires à la réaction et la lecture s'effectue après vingt à trente minutes. L'évaluation de ce système a été récemment réalisée et publiée dans le Journal of Medical Virology . Les auteurs ont testé la sensibilité et la spécificité de ce test. La sensibilité étudiée à l'aide de 122 sérums dont le statut sérologique vis-à-vis du VHC était connu. Le système OraQuick HCV Assay donne une sensibilité variable suivant les matrices utilisées de 99,2 à 100 %, la plus faible sensibilité étant obtenue pour la matrice de type salivaire. Concernant la spécificité, étudiée à partir de 450 échantillons séronégatifs pour le VHC, 449 donnent un résultat concordant entre le système OraQuick HCV Assay quelle que soit la matrice utilisée, soit une spécificité de 99,8% à 100 %. Les performances analytiques du système OraQuick sont donc satisfaisantes en termes de sensibilité et de spécificité pour la détection des anticorps anti-VHC. Il a été également démontré une détection plus précoce de l'infection VHC par ces systèmes quelle que soit la matrice utilisée par rapport aux méthodes ELISA de troisième génération, en moyenne de 3 à 4,9 jours, et ce système dispose du marquage CE depuis 2008 pour les cinq types de matrices même si actuellement ce système est très peu utilisé en France. En ce qui concerne le VHB, nous sommes un peu moins avancés mais il existe des TDR qui permettent la détection de l'antigène HBs circulant. Les tests Determine utilisés pour le VIH sont utilisés également pour la détection de l'antigène HBs et le test BioMérieux permet également la détection de l'antigène HBs. Le DRW HBs Assay qui est un test en développement, montre des performances comparables en termes de sensibilité et de spécificité par rapport à la trousse Determine couramment utilisée. Sachant que les deux premières trusses actuellement sur le marché peuvent utiliser soit des matrices de type

sérum, plasma, voire du sang total, la trousse DRW HBs Assay n'utilise que du sérum ou du plasma. Le diagnostic de l'hépatite B par la salive a été évalué et récemment présenté au Congrès de l'EASL à Vienne. Cent quinze sujets ont été testés, 47 porteurs de l'antigène HBs et 68 séronégatifs pour le VHB. La détection de l'antigène HBs a été réalisée dans la salive totale à partir d'un crachat salivaire ou dans le liquide cravculaire à l'aide de salivettes et aussi bien à partir de la salive totale que du liquide cravculaire, la sensibilité et la spécificité sont relativement correctes, avec toutefois une moins bonne sensibilité que pour la détection des anticorps anti-VHC. Les TDR qui utilisent des matrices biologiques telles que la sang total capillaire ou la salive se heurtent toutefois à quelques difficultés spécialement un manque de sensibilité. Dans le sang total, il y a environ 50 % de globules rouges leur lyse éventuelle peut altérer la réaction antigène-anticorps. Par ailleurs, le test est réalisé à température ambiante et non à 37°C comme les méthodes ELISA et enfin ces méthodes de tests rapides peuvent poser des problèmes dans certaines situations où le taux d'anticorps est relativement faible et où l'avidité des anticorps synthétisés par le système immunitaire est relativement faible, c'est-à-dire en début d'infection. La goutte de sang prélevée au bout du doigt déposée sur un papier buvard semble une alternative qui est abondamment utilisée pour le VIH devant toute nouvelle infection. Les buvards sont envoyés à Tours au CNR du VIH. La technique buvard a de nombreux avantages : un faible prélèvement, de sang total ou éventuellement du sérum ou du plasma, une bonne stabilité de la matrice biologique et une facilité de recueil et la possibilité de faire à la fois des tests sérologiques et moléculaires voire pharmacologiques. Néanmoins, avec la technologie buvard, nous avons une sensibilité inférieure en termes de quantification des acides nucléiques, l'ARN du VIH ou l'ARN du VHC, par rapport aux matrices telles, que sérum ou plasma, un manque cruel de standardisation d'où une grande variabilité des résultats et un impératif est la conservation des buvards à -20°C. Néanmoins, une publication récente dans *Hepatology* a évalué l'efficacité du papier buvard vis-à-vis de l'infection VHC. De nombreux sérums et plasmas ont été testés sachant que le statut sérologique était connu à l'aide d'une méthode de référence ELISA. La sensibilité était de l'ordre de 99 % et la spécificité de 98 % avec deux cas discordants par rapport aux résultats ELISA, un résultat faussement positif et un faussement négatif d'un patient VIH non répliquant VHC avec une faible quantité d'anticorps anti-VHC. La quantification de l'ARN du VHC réalisées à partir de ces buvards, malgré le faible nombre d'échantillons testés (62 au total), montre une excellente corrélation des valeurs de charge virale VHC déterminée sur le papier buvard et celles déterminées à partir du prélèvement sérique avec une limite de quantification relativement honorable, de l'ordre de 500 UI/mL. Cependant, sur 64 sérums testés, 2 ont donné des résultats faussement négatifs mais les charges virales étaient de l'ordre de 200 à 300 UI/mL. Lorsque que l'on compare les valeurs de charges virales déterminées sur buvard et à partir du prélèvement sérique, nous avons en moyenne une différence de l'ordre de 2,3 Logs, dans les mêmes ordres de grandeur que ce qui est observé dans le VIH donc le papier buvard est un support satisfaisant permettant une quantification virale, ainsi que des analyses de biologie moléculaire avec la détermination des génotypes et éventuellement des profils de résistance. Les TDR appliqués aux hépatites virales chroniques sont donc en pleine expansion ; les résultats sont prometteurs pour le dépistage de l'infection par le VHC à partir de la salive grâce à la technique OraQuick. Le support buvard pourrait constituer une alternative intéressante sous réserve de standardiser les procédures.

Avancées thérapeutiques récentes et perspectives de l'hépatite B **Christian TREPO, hépatologue, AFEF, Lyon**

Pour l'hépatite B, nous ne sommes aussi avancés que pour l'hépatite C mais presque autant que pour le VIH. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie et de prévenir les complications sous réserve d'interrompre la réplication à un seuil de sensibilité de 10 UI/ml en PCR temps réel pour l'ADN et du même coup supprimer les lésions histologiques. Cette virosuppression va conditionner l'amélioration histologique et clinique. En matière d'inhibition, pour les

patients AgHBe +, nous sommes passés de 67 % pour l'entécavir et à 76 % pour le ténofovir. Pour les patients anti-HBe +, nous sommes à 90 % d'inhibition de la réplication avec l'entécavir et à 93 % avec le ténofovir. Pour faire mieux et ne pas donner le traitement toute la vie, nous devons nous appuyer sur des verrous immunologiques qui existent, le système HBe et l'anti-HBs après élimination de l'HBs. Les trois phases de l'hépatite B sont une tolérance immunitaire avec beaucoup de réplication et pas de lésions, des turbulences immunitaires avec la clairance des hépatocytes infectés et une rémission trompeuse puisqu'il peut y avoir des réactivations après, et l'AgHBs décroît lentement. C'est au moment où il y a élimination des hépatocytes infectés que se fait la séroconversion HBe/anti-HBe. Mais ce verrou est trop fragile, le virus l'évite et nous nous retrouvons avec ces turbulences. Des données populationnelles nous montrent qu'au-delà de toutes ces phases, l'avenir de l'infection et les complications vont être entièrement déterminés par l'intensité de la réplication. Le virus B est très répliquant et les patients qui ont une réplication majeure auront un risque décuplé de cancer du foie. Il faut donc anticiper les complications parce que la réplication est le moteur des complications. Donc pour avoir une séroconversion HBs, il faut éliminer l'antigène HBs. Pour cela, il faut un contrôle immunologique et si nous arrivons à avoir ce deuxième verrou, nous éviterons le cancer. La séroconversion avant 50 ans évite de faire un cancer et l'objectif est de bloquer la réplication avant 50 ans. Au passage, il faudra arriver à éliminer l'ADN superenroulé qui se cache dans les hépatocytes. Le virus B aveugle le système immunitaire avec de l'excès d'AgHBs. Il faut arrêter le processus mais avec des antiviraux à forte dose. Nous sommes actuellement à seulement 2,5 % de séroconversion par an. Avec l'entécavir au bout de deux ans, nous sommes à 5 % et avec le ténofovir au bout de trois ans, nous sommes à 8 %, c'est-à-dire qu'il faut traiter plus de trente ans. La perte de l'HBs dépend peu du génotype. Si nous traitons avec de l'interféron nous ne sommes pas plus avancés. En fait, l'interféron est le seul médicament qui permette d'avoir un traitement de durée finie, les autres étant à durée indéfinie. Nous essayons de comprendre les règles qui expliquent ces séroconversions HBs. Si le taux d'antigène HBs après un an d'interféron est descendu en-dessous de 10 unités, il y a 52 % de chances de l'éliminer complètement, sinon seulement 2 %. En baissant de 2 logs d'antigène HBs en un an, il y a 40 % de chances et en ne baissant que d'1 log, 30 %. Nous commençons à avoir des repères pour juger de cette séroconversion. En revanche, la disparition de la réplication virale ne suffit pas. Lorsque l'ADN est bloqué, il subsiste de l'antigène HBs en surface qui met des années supplémentaires à être éliminé. Avec la virosuppression, nous sommes condamnés à un modèle VIH de traitement indéfini. Donc, il nous faut des renforts ; l'interféron est un peu lourd et la virosuppression n'est pas suffisante. Une séroconversion HBs est le nouvel objectif pour arriver à oser penser une guérison des hépatites B. Nous avons en France 300.000 porteurs chroniques, 1.300 décès, un grand nombre de patients non identifiés ; nous n'en traitons que 20 % et finalement nous en guérissons peu. En 2010, nous avons des médicaments efficaces et bien tolérés, nous savons prédire la réponse, voir arriver la résistance et l'éviter, nous savons mesurer la clairance de l'ADN ; il faut valider la mesure de l'antigène HBs quantitatif et avoir des idées d'immunostimulants complémentaires. Enfin, il faut traiter plus de malades et plus tôt.

Avancées thérapeutiques récentes et perspectives de l'hépatite C **Patrick MARCELLIN, hépatologue, AFEF, Clichy**

Le traitement de l'hépatite C a pour objectif d'arrêter la multiplication virale, diminuer l'activité de l'hépatite afin d'arrêter la progression de la fibrose, éviter l'évolution vers la cirrhose et ses complications, en particulier le cancer du foie, et prévenir la mortalité. Depuis une vingtaine d'années, l'efficacité du traitement a considérablement augmenté. En 1989, avec l'Interféron en monothérapie pendant six mois, nous avons 6 % de guérisons et depuis 2001, avec la bithérapie l'interféron pégylé et ribavirine, nous avons environ 50 % de réponses virologiques prolongées définies par une charge virale négative pendant le traitement et après l'arrêt du traitement. Des résultats de 2009-2010 nous montrent une

amélioration de l'efficacité du traitement avec l'arrivée de la trithérapie associant une antiprotéase, l'interféron pegylé et la ribavirine. Contrairement à l'hépatite B, l'hépatite C se guérit et l'éradication du virus entraîne une amélioration du foie, une diminution de la fibrose et peut-être même une réversibilité de la cirrhose. Cela n'est pas totalement démontré mais sur 55 cirrhotiques traités qui ont eu une biopsie hépatique 17 ans après le traitement, 50 % des 24 patients avec une réponse virologique prolongée, n'ont plus d'histologie de cirrhose, alors que 84 % des 31 malades sans réponse virologique prolongée gardent des lésions de cirrhose. Cela se traduit par une diminution de l'incidence des complications chez les patients avec une réponse prolongée par rapport à ceux qui n'ont pas réponse prolongée et une diminution de la survenue de cancers du foie.

La guérison de l'infection virale C améliore la maladie du foie et donne une chance de survie bien supérieure chez les patients guéris. La durée du traitement est de 24 semaines s'il s'agit d'une hépatite chronique C de génotype 2 ou 3, et de 48 semaines s'il s'agit d'un génotype 1 ou 4. Mais la probabilité de guérison dépend du génotype et de la charge virale et en combinant les deux, nous allons de moins de 40 % de guérisons en cas de génotype 1 à plus de 90 % de guérisons en cas de génotype 2 en fonction de la charge virale. En utilisant la réponse précoce à 12 semaines, nous pouvons encore mieux déterminer les chances de guérison pendant le traitement. Si les patients de génotype 1 ont une réponse précoce à 12 semaines, au moins 2 logs, soit un facteur 100, de diminution de la charge virale, deux sur trois vont guérir. A l'inverse, si les patients n'ont pas de réponse virologique précoce, le taux de guérison n'est que de l'ordre de 3 %. Cette règle permet d'encourager le patient à poursuivre le traitement ou au contraire l'arrêter s'il n'a pas de réponse précoce. Nous pouvons même regarder la réponse virologique rapide à 4 semaines de traitement qui est valable pour tous les patients, les naïfs, les non répondeurs ou les rechuteurs et quel que soit le traitement. Un patient qui a une réponse virologique rapide, qui a négativé sa charge virale à 4 semaines de traitement a presque 100 % de chances de guérison. Donc, nous avons appris à optimiser le traitement en l'adaptant à chaque patient avant de le démarrer et pendant, et éventuellement donner un traitement plus court chez les patients faciles à traiter, génotype 2 charge virale faible, 12 semaines au lieu de 24 semaines. Chez les répondeurs lents, il faut traiter plus longtemps, jusqu'à 72 semaines. Et nous arrivons maintenant à 65 % de guérisons. Avec les nouvelles technologies, nous pouvons encore mieux prévoir la réponse au traitement. Par exemple le transcriptome, avec deux gènes, nous étions capables de déterminer 80 % des patients qui allaient répondre ou ne pas répondre. Récemment une étude très importante a montré que la génomique permettait de prévoir la réponse, 80 % de chances de guérir avec l'ALCC et 25 % avec l'ALTT. Ainsi les nouveaux outils nous permettent de mieux prédire la réponse pour la bithérapie, sans doute dans l'avenir pour la trithérapie. Avec la trithérapie télaprévir interféron et ribavirine, la diminution de la charge virale est de l'ordre de 6 ou 7 logs en quelques jours, confirmée par des études de phase 2 avec 68 % de guérisons contre 48 % avec la bithérapie. De plus avec la trithérapie, le traitement est de 24 semaines chez la plupart des patients au lieu de 48 semaines. Une étude plus récente confirme ce taux très élevé de guérisons dans 80 ou 85 % des cas avec la trithérapie télaprévir + interféron + ribavirine. Ces résultats préliminaires sont donc extrêmement prometteurs et nous aurons les résultats définitifs des études de phase 3 d'ici quelques mois. La trithérapie avec l'autre antiprotéase, le bocéprévir, donne 74 % de guérisons contre 38 % avec la bithérapie mais pour l'instant le traitement est de 48 semaines. Avec l'arrivée des antiprotéases de première génération, télaprévir, bocéprévir en 2011, nous devrions obtenir 65 à 80 % de guérisons et éventuellement raccourcir le traitement de 48 à 24 semaines, donc éviter les effets secondaires importants. Toutefois, avec la trithérapie, ces antiprotéases sont efficaces essentiellement dans le génotype 1, pas ou peu efficaces dans les génotypes non 1, les effets secondaires des antiprotéases sont ajoutés aux effets secondaires de l'interféron et la ribavirine et enfin il y a un risque de résistance. Le traitement de l'hépatite C va se spécialiser parce qu'il va devenir de plus en plus complexe. Cependant, l'accès des malades à la trithérapie est un problème qu'il faudra régler en urgence. Elle va arriver en 2011, et nous aurons des difficultés d'accès à la trithérapie pour les dizaines de milliers de patients en attente de traitement : des patients

jamais traités qui attendent la trithérapie ou des non répondeurs qui attendent une nouvelle stratégie thérapeutique. Nos centres sont saturés et les réseaux hépatiques sont en train de disparaître par manque de financements. Cela va aboutir à une perte de chance pour tous ces patients qui auront besoin de la trithérapie et qui ne pourront pas être pris en charge. Une étude apporte la preuve qu'avec la bithérapie antiprotéase / antipolymérase, sans interféron et sans ribavirine, la charge virale diminue de façon équivalente, voire supérieure à la trithérapie avec télaprévir, interféron et ribavirine. Les résultats préliminaires de cette association d'antiviraux spécifiques sont très intéressants. Aujourd'hui nous guérissons 50 % des patients, et d'ici dix ans il est raisonnable d'envisager 100 % de guérisons avec des traitements oraux, de courte durée et très bien tolérés.

Un progrès dans la prise en charge : les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique

Laurent CASTÉRA, hépatologue, Bordeaux

La quantification de la fibrose est d'une importance capitale dans la prise en charge et le traitement des maladies chroniques du foie. Au cours des hépatites virales, lorsqu'une cirrhose est constituée, le risque de d'apparition de complications, notamment d'hypertension portale, de cancer primitif du foie et de décès, est d'environ 3 % par an. Jusqu'à présent, la biopsie hépatique restait l'examen de référence pour évaluer la fibrose, avec une quantification en différents stades : absence de fibrose, fibrose minime, significative, sévère et enfin la cirrhose. Les deux critères de jugement utilisés sont la présence d'une fibrose significative, qui est le seuil pour l'indication du traitement antiviral au cours des hépatites chroniques B et C, et la présence d'une cirrhose, qui nécessite le dépistage des complications de l'hypertension portale, notamment des varices œsophagiennes, et du cancer du foie. La biopsie hépatique est un examen invasif, qui est sujet au biais d'échantillonnage, à la variabilité inter-observateur et surtout qui ne permet pas une évaluation dynamique de la fibrose au cours du temps. C'est pourquoi différentes méthodes non invasives ont été proposées. Celles-ci reposent sur deux approches différentes mais complémentaires : d'une part, une approche biologique avec le dosage de marqueurs sanguins, parmi lesquels les plus utilisés sont pour les tests brevetés le FibroTest® et le FibroMètre®, et pour les tests gratuits l'APRI (rapport des ASAT sur les plaquettes), d'autre part, une approche physique, mesurant la dureté du foie à l'aide de l'élastométrie (FibroScan®). Cette technique peut être réalisée au lit du malade ou en consultation avec des résultats immédiats et avec une formation courte ; les résultats sont rendus en kPa. Dans une étude française comparant les performances de différents marqueurs sanguins chez environ 1.000 malades atteints d'hépatite C, le pourcentage de patients mal classés pour l'absence de fibrose ou la présence d'une cirrhose était faible (inférieur à 10%). En revanche, pour la fibrose significative, le pourcentage variait de 30 à 50 %. En résumé, le pourcentage de biopsies évitées est d'environ 50 % quels que soient les tests, brevetés ou non brevetés. En ce qui concerne l'élastométrie, ses performances sont équivalentes à celles des marqueurs sanguins pour la fibrose significative mais sont meilleures pour la cirrhose puisque une biopsie peut être évitée dans 90 % des cas. En comparant les différentes méthodes pour la détection précoce de la cirrhose virale C, la biopsie pouvait être évitée dans 70 % des cas avec l'APRI, 80 % avec le taux de prothrombine et le FibroTest, et 90 % avec l'élastométrie. Globalement, tous ces tests ont des performances meilleures pour le diagnostic de cirrhose que de fibrose significative ; néanmoins l'élastométrie a une meilleure performance pour le diagnostic de cirrhose. Ces méthodes sont actuellement beaucoup mieux validées dans l'hépatite C que dans l'hépatite B.

Il y a quelques années, nous avons proposé un algorithme combinant en première intention l'élastométrie et le FibroTest. Lorsque les tests sont discordants, soit dans 25 % des cas, il faut faire une biopsie du foie et éventuellement décider d'un traitement ou d'un suivi. Lorsque les tests sont concordants, en fonction de l'importance de la fibrose, nous proposons soit un

traitement soit une surveillance. L'utilisation de cet algorithme permettait d'éviter la biopsie pour le diagnostic de la fibrose significative, dans plus de 70 % des cas.

Dans une enquête nationale menée en 2006 auprès de 500 hépatologues français sur l'impact de l'utilisation de ces méthodes non invasives, environ 10 à 12 % n'avaient pas changé leurs pratiques, 30 à 40 % avaient changé leurs pratiques avec une diminution de plus de 50 % des biopsies en fonction du mode d'exercice et environ 15 % ne faisaient plus du tout de biopsie du foie, ce qui n'est pas raisonnable. Ces méthodes ont une très bonne acceptabilité et ont l'avantage de pouvoir être répétées et utilisées de façon longitudinale et il convient de les évaluer, notamment dans le suivi de la fibrose et le traitement antiviral. Dans une étude multicentrique française, l'élasticité hépatique a été mesurée avant, au cours et après traitement, et les résultats n'ont pas montré de différence significative chez les témoins non traités et les patients non répondeurs. En revanche chez les patients qui avaient une réponse virologique prolongée, la différence était significative en termes de diminution des scores d'élasticité hépatique, à distance de l'arrêt du traitement et indépendante de l'inflammation et des transaminases. En conséquence, ces marqueurs, en particulier l'élastométrie, pourraient être utilisés pour le suivi de la fibrose au cours du traitement. Nous avons enfin à notre disposition des méthodes qui permettraient de dépister la fibrose dans la population générale. Une étude CPAM très récente de Thierry Poynard utilisant le FibroTest®, sur 7.000 sujets présumés sains, a montré des prévalences de fibrose significative et de cirrhose respectivement de 3 % et de 0,3 % ; néanmoins ces diagnostics n'étaient pas confirmés par des biopsies chez tous les malades. Une autre étude de Dominique Roulot utilisant le FibroScan® sur une population moins importante mais avec plus de biopsies, donne des résultats peu différents avec une prévalence de la cirrhose proche de 1 %, conforme aux estimations habituelles. Finalement, dans une perspective de santé publique, nous pourrions imaginer, en fonction du niveau de spécialisation, utiliser différents outils pour le dépistage de la fibrose et des maladies du foie dans la population générale.

En conclusion, les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose constituent un progrès dans la prise en charge des patients atteints d'hépatite C en permettant de diminuer le recours à la biopsie hépatique. La combinaison de l'élastométrie et des marqueurs sanguins, qui a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé, est la stratégie de choix pour le dépistage de la fibrose en première intention dans l'hépatite C. Pour l'hépatite B, la biopsie du foie reste indiquée avant d'initier un traitement antiviral selon les recommandations de l'EASL. Ces méthodes pourraient enfin être intéressantes à l'avenir pour le suivi des maladies du foie et le dépistage de la fibrose hépatique dans la population générale.

Co-infections hépatites-VIH, un facteur majeur de morbidité ; une prise en charge optimisée

Stanislas POL, hépatologue, Paris

La co-infection VIH-VHC est fréquente ; elle peut être grave mais elle peut être contrôlée et justifie le dépistage et l'évaluation de la sévérité de la maladie hépatique. Sa fréquence concerne un tiers des patients ayant une infection à VIH d'après la cohorte EuroSida. En Espagne avec un gradient nord-sud, nous passons de 1/5^e à la moitié des patients qui ont, dans le cadre de leur infection par le VIH, une infection associée par le VHC. L'épidémie d'hépatite C à transmission sexuelle chez les homosexuels (qui est en fait une transmission sanguine au cours de rapports sexuels à risques) est mondiale. Des travaux ont montré la « clustérisation » des souches virales rares, d'où la nécessité de répéter les messages de prévention et de conserver un dépistage de l'infection virale C chez les patients qui maintiennent des comportements à risques.

Pour les patients dont les anticorps ont été dépistés, la recherche de l'ARN VHC doit être faite et pour ceux qui ont des virémies détectables, nous avons la possibilité aujourd'hui, selon les recommandations de la HAS, d'utiliser les tests non invasifs (élastométrie) pour

décider qui est à traiter ou non. La maladie hépatique a souvent une évolution plus rapide en cas de co-infection. Une étude américaine montre la détérioration des patients qui ont une maladie hépatique peu fibrosante et, à dix ans, le risque est environ de 10 à 25 % de développer une majoration de la fibrose avec des complications carcinomateuses ou non carcinomateuses. C'est encore plus vrai pour ceux qui ont initialement une fibrose significative. En conséquence, il faut certainement traiter les patients ayant une fibrose significative mais peut-être dans le cadre de la co-infection, envisager une anticipation du traitement chez les patients ayant des maladies peu fibrosantes au-delà des recommandations de la Conférence de Consensus 2002 pour le VHC mais complètement dans le cadre du Consensus 2005 pour la co-infection. Les maladies hépatiques du co-infecté sont plus graves malgré l'immunorestauration parce qu'il y a un mélange d'atteintes liées au virus hépatitique lui-même, mais aussi à la toxicité des médicaments, aux comorbidités liées à l'alcool, surtout à la stéatohépatite partiellement liée aux médicaments, et d'autres pathologies notamment vasculaires, qui peuvent justifier l'intérêt de la biopsie pour faire la part de ce qui revient à l'hépatite ou aux co-morbidités, parfois sous-estimées. Evidemment, ces co-morbidités justifient une prise en charge multidisciplinaire, le sevrage d'alcool, le contrôle du syndrome métabolique, l'amaigrissement pour les patients en surpoids, qui pourra réduire la mortalité. Les études Mortavic montrent avec l'actualisation de 2008 que la mortalité liée au VIH s'est effondrée grâce à l'immunorestauration mais qu'en revanche la mortalité liée à l'infection virale B et surtout à l'infection virale C reste présente et représente la deuxième ou troisième cause de mortalité non Sida (15 %), principalement liée au carcinome hépatocellulaire chez des patients mal immunorestaurés et ayant une surconsommation d'alcool ; cela renforce l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire. Il faut donc traiter ces patients.

Nous savons, vu les essais pivots du début des années 2000, qu'environ un tiers des patients avec la bithérapie usuelle va avoir une réponse virologique prolongée. L'amélioration de ces résultats passera par les cinétiques virales précoces ; chez les patients qui auront une réponse virologique rapide, la prédictivité d'une guérison (90%) est la même que dans la population mono-infectée VHC. Globalement, les mêmes règles s'appliquent aux co- et mono-infectés, en termes de doses, de durées et de cinétique virale précoce. Par une optimisation des doses et durées, adaptée aux réponses virologiques précoces, nous arrivons à avoir des pourcentages de réponses virologiques prolongées très superposables à ceux obtenus dans la population mono-infectée : 50 % pour les infections liées des génotypes 1 et 4, sous réserve d'une prolongation du traitement de 48 à 72 semaines, 80 % pour les génotypes 2 et 3 sous réserve d'une prolongation de 24 à 48 semaines ; il y a peu de place pour les réductions de durée de traitement dans le cadre de la co-infection en raison de l'augmentation du risque de rechute. Enfin, un tiers des patients en échec aux précédents traitements aura un contrôle de la multiplication virale. Il faut donc évaluer les patients et se poser la question du traitement avec des stratégies optimisées sur les doses et les durées en fonction des cinétiques virales précoces. Ce bénéfice du traitement est clairement montré dans la cohorte Ribavic : les patients répondeurs ont un pronostic incomparable à celui des non répondeurs, et ce d'autant qu'ils avaient une fibrose marquée initialement et une immunorestauration insuffisante. La mortalité se voit ainsi chez des patients non répondeurs ayant une fibrose notable, d'où la nécessité d'anticiper le traitement et d'être combatif pour obtenir une éradication virale complète afin de réduire les risques de mortalité à cinq ans. Avec ces stratégies, les bénéfices sont les mêmes que dans la population mono-infectée, peut-être un peu décalés dans le temps du fait de la stéatose associée aux médicaments ou sans doute à d'autres interactions, notamment celles des maladies vasculaires. Mais nous pouvons voir une inactivation complète de la maladie hépatique, avec la guérison de l'hépatite C ou la virosuppression durable de l'hépatite B, qui va permettre le remodelage de la fibrose, avec la disparition des complications non carcinomateuses ou carcinomateuses en cas de réversibilité de la cirrhose. Cela évitera la transplantation hépatique qui reste le traitement de dernier recours et dont le problème actuel est principalement lié à la récurrence virale C sur le greffon qui est responsable très majoritairement de la mortalité post-greffe chez les patients co-infectés. L'équipe de Paul

Brousse a montré des résultats à cinq ans très satisfaisants : environ 80 % de patients vivants, ce qui justifie d'anticiper l'indication à la greffe.

Les médicaments en développement sont un espoir important. Il faudrait que les cirrhotiques et les co-infectés soient prioritaires pour l'accès à ces traitements. Il y a de nombreux nouveaux traitements tels que les inhibiteurs de protéases qui augmentent l'efficacité ; un essai bocéprévir et un essai télaprévir vont débiter, dont nous espérons la démonstration d'une augmentation de l'efficacité et peut-être des réductions de durée de traitement. Nous n'en sommes qu'au tout début et les questions qui se posent sont celles : des résistances virales liées aux inhibiteurs spécifiques des anti-VHC, de l'effet boost éventuel du Ritonavir sur ces inhibiteurs de protéases spécifiques du VHC (qui va permettre probablement d'en faciliter l'usage), de réduire la toxicité et peut-être augmenter l'efficacité et enfin du gros problème des interactions avec les antirétroviraux qui sont principalement responsables de la limite d'accès à ces nouveaux traitements chez les patients co-infectés.

En résumé, la co-infection VIH-VHC est fréquente, potentiellement sévère, une éradication virale complète justifie le dépistage de l'infection, maintenu chez les populations qui continuent d'être à risque, et le traitement des patients avec une fibrose modérée pour éviter de se retrouver dans des situations parfois favorisées par des co-morbidités.

Echanges avec la salle

Un intervenant

Je suis inquiet de voir que les techniques non invasives sont proposées à la population générale. Il serait important de dépister d'abord par la parole les facteurs de risques, puisque de toute façon il faut un entretien pour les maîtriser.

Laurent CASTERA

Tout à fait, mais je n'ai donné que des pistes sur des études qui ont été faites chez des patients diabétiques ou dyslipidémiques avec ces tests et dont le risque de maladie du foie était déjà repéré.

Philippe GRUNBERG

Chez les malades dont les pronostics sont très mauvais, il faudrait pouvoir commencer ces nouveaux traitements en discutant avec les malades sur les risques encourus. Si nous attendons, nous prenons des risques avec ces malades.

Patrick MARCELLIN

Je suis d'accord mais nous ne pouvons pas prendre non plus des risques avec ces traitements. Il n'est pas simple aujourd'hui, alors que ces médicaments n'ont même pas une autorisation temporaire d'utilisation, de pousser les firmes à développer le produit dans ces situations les plus difficiles. Des évaluations sont néanmoins en cours.

Un intervenant

La France a joué un rôle assez important en faisant des observatoires chez grand nombre de patients traités en routine non seulement dans des hôpitaux universitaires mais aussi dans le libéral, et les taux de réponses sont tout à fait comparables dans la vie réelle à ceux observés dans les essais thérapeutiques. C'est un argument pour dire qu'il faut traiter comme les autres les patients qui ont des co-morbidités, qui ont des co-facteurs comme les autres.

Un intervenant

J'ai traité les infections virales B pendant des années avec des molécules qui étaient utilisables pour des transplantés ou également avec des molécules efficaces sur le virus B et qui marchaient sur le VIH mais qui n'avaient pas d'agrément. Nous devons tous réfléchir à la

façon dont nous pouvons accélérer les pratiques. Peut-être les vaccins thérapeutiques pour les toxicomanes en attendant les antiprotéases.

Patrick Marcellin

A Beaujon, la prise en charge est spécialisée et tout a été mis en place par des réseaux de soins. Pourtant le système qui permettra de donner des médicaments au plus grand nombre avec l'aide des généralistes, risque de mourir juste à la veille du moment où nous en aurons le plus besoin.

Un intervenant

Nous voyons tous les jours des patients qui attendent la trithérapie qui est une nouvelle chance. C'est 40 % de guérisons chez les non répondeurs au traitement interféron et ribavirine. A Beaujon, des centaines de patients attendent et comment allons-nous faire le jour où les médicaments télaprévir, bocéprévir vont être enregistrés? Nous ne pourrons pas tous les traiter. Les traitements deviennent de plus en plus spécialisés et nous ne pourrons pas les déléguer aux médecins généralistes ou même aux spécialistes de ville.

Un intervenant

Nous avons aussi cette angoisse avec les associations de patients. La disparition des réseaux Hépatiques est très préoccupante. De plus depuis plus de huit mois, un groupe de recommandations de bonnes pratiques doit se mettre en place à la Haute Autorité de Santé, avec l'apparition des nouvelles pratiques en progression depuis des années et l'utilisation des marqueurs non invasifs et autres. A quand une nouvelle conférence de consensus ?

Un médecin généraliste

Je suis beaucoup de patients toxicomanes sous traitement de substitution dont bon nombre ont accédé effectivement au traitement de l'hépatite C. Il est clair que ces marqueurs non invasifs, le FibroScan ou le FibroTest, ont permis l'accès au traitement de milliers de patients. Comment pouvons-nous avec ces outils mieux dépister la fibrose hépatique en médecine générale ? Il faut diffuser ces éléments d'information aux médecins généralistes. Par ailleurs, un effort est à faire pour que les usagers de drogues et les patients qui n'ont pas pu accéder au traitement y accèdent., et déjà à la bithérapie dans un premier temps.

Un intervenant

Des efforts sont aussi à faire pour les tests non invasifs apparaissent rapidement à la nomenclature, notamment les marqueurs sériques. Il semblerait que le FibroScan soit prochainement à la nomenclature.

Eric MERLET

En synthèse, les progrès vont plus vite que la pratique mais il reste à penser toutes les déclinaisons concrètes et la répartition sur le territoire de ces innovations.
Merci à tous.

Table ronde : Hépatites virales B et C ; perception, image et vécu ; comment se mobiliser face à une épidémie silencieuse ?

Jean-Michel DELILE, Anitea, Bordeaux

Cette table ronde a pour objet de travailler sur des représentations collectives de la population, des patients mais aussi des professionnels, pour essayer de mieux repérer les origines de ce décalage entre l'ampleur de la problématique des hépatites et la mobilisation collective. Des écoutants, des représentants d'usagers et des professionnels vont évoquer leurs propres réflexions sur ces représentations collectives.

Témoignage au travers d'une ligne d'écoute

Véronique DERET, SOS Hépatites - Fédération, Paris

Depuis quatre ans, je suis en charge de l'écoute téléphonique au sein de la Fédération SOS Hépatites. A l'annonce de la maladie, la plupart des malades sont sous le choc, dans une grande angoisse et mon rôle est de les rassurer. D'autres au contraire sont soulagés à l'annonce : ils peuvent enfin mettre un mot sur leur grande fatigue, leurs douleurs musculaires, articulaires, leurs problèmes dermatologiques. Mais ils sont souvent dans une grande colère avec un fort sentiment d'injustice, surtout s'ils ont été contaminés lors d'une transfusion. Les questions habituelles portent sur les effets secondaires du traitement, très souvent leurs problèmes de libido, leurs difficultés pour faire face aux frais médicaux, pour retrouver leur dossier médical surtout s'ils ont été contaminés il y a plus de vingt ans, des difficultés également au niveau des assurances. Le principal symptôme est une grande fatigue avec ou sans traitement, ce qui souvent d'ailleurs va les conduire à consulter. Le traitement du conjoint peut conduire à une séparation dans le couple. Je reçois en outre de nombreux appels de toute l'Afrique ainsi que des personnes en situation irrégulière en France qui cherchent tous à s'informer mais surtout une aide financière.

Migrants/étrangers et hépatites : représentations des soignants, problèmes d'identification et d'accès aux soins

Pascal REVAULT, médecin coordinateur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre

Tous les migrants ne sont pas en situation de précarité. En revanche, le Comede constate que les conditions administratives et sociales aujourd'hui en France créent une précarisation croissante des personnes qui y vivent et qui ont droit à un certain nombre de soins et d'accompagnements. Nous manquons en France d'études précises sur les déterminants sociaux de santé. L'ANRS va financer une recherche parmi plus de 3 000 personnes étrangères d'origine africaine, coordonnée par le centre population et développement (CEPED), pour étudier le parcours de vie des migrants qui arrivent en France, comprendre et caractériser les facteurs sur lesquels nous pourrions intervenir en termes de prévention, de soins et d'accompagnement. Les personnes exilées, comme l'ensemble de la population vivant en France, comprennent difficilement ce qu'est une pathologie chronique. Le traitement de la question des hépatites a pris du retard par rapport au VIH. Des études ont pourtant démontré qu'en travaillant sur la base du counselling, y compris la formation des médecins autour de la sexualité, une offre de dépistage davantage intégrée au sein d'un bilan de santé, associant le ou les partenaire(s) sexuel(s), il est possible de faire évoluer la relation soignant/soigné, de favoriser l'inscription des personnes dans un projet de prévention et de soins le cas échéant, et *in fine* de faire en sorte que le dépistage ne soit pas ressenti comme incompréhensible, comme c'est malheureusement et trop souvent le cas. Bien sûr et en cohérence avec le colloque sur l'interprétariat (DGS, ISM) qui s'est tenu dans cette même salle cette année, l'interprétariat, le soutien psychologique, le renforcement de capacités en termes de compréhension et d'orientation du/dans le système de santé sont également indispensables. C'est bien pourquoi faciliter l'accès et l'inscription dans le système de santé publique, c'est aussi et surtout réfléchir à l'accueil que nous réservons aux étrangers et ce que nous sommes capables de fournir comme explications sur la maladie, comme soutien, comme cohérence par rapport au dispositif de soins existant. A ce titre, nous avons aussi une responsabilité pour faire évoluer les dispositifs de soins et les fausses représentations concernant les étrangers.

Jean-Michel DELILE

Cette priorité au travail sur la relation et le lien peut être une recommandation générale pour tous les patients, dans tous les domaines de la médecine mais notamment celui-ci.

Les représentations de l'hépatite C et de son traitement chez les usagers de drogues. Approche épidémiologique et socio-anthropologique

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, InVS, Saint-Maurice

L'enquête Coquelicot a été réalisée par l'InVS entre 2004 et 2007 à partir de deux volets. Un volet épidémiologique qui portait sur 1.462 usagers de drogues et un volet qualitatif, dit socio-anthropologique qui a consisté en la réalisation de 99 entretiens effectués auprès d'usagers de drogues. Quarante et une pour cent des usagers de drogues ont déclaré qu'ils avaient conscience de la gravité de l'hépatite C. En revanche, la moitié d'entre eux pensent que les traitements leur sont difficilement accessibles. Parmi ces derniers, 50% ont des craintes liées aux traitements, 45 % évoquent des traits de personnalité stéréotypés attribués aux usagers de drogues et 20 % l'attitude des médecins, la précarité des conditions de vie des usagers de drogues et le manque d'information. Parmi les commentaires des usagers de drogues, certains ont porté sur leur perception de la prise en charge de l'hépatite C et l'importance de la circulation d'informations négatives sur le traitement de l'hépatite C entre usagers, qu'ils aient ou non éprouvé l'expérience du traitement. Dans les entretiens, les usagers insistent sur la nécessité de valoriser les expériences réussies au sein de la « communauté » des usagers. Les usagers insistent également sur le fait que les médecins doivent informer leurs patients usagers de drogues de traitements efficaces afin de favoriser de manière active la volonté d'entrée en traitement. Ils doivent être plus insistant auprès des patients qui doivent se traiter. Des difficultés existent également dans la relation médecin/patient dans le contexte du traitement de l'hépatite C. Le patient usager de drogues en traitement hépatite C se sent parfois considéré comme un cobaye à cause du manque d'informations sur les effets secondaires du traitement et les solutions de prises en charge adaptées pour la gestion de ces effets secondaires. Le soutien des proches a souvent été évoqué dans les entretiens comme pouvant être un appui qui permet de contrecarrer les difficultés de l'interaction médecin/patient et en particulier la possibilité de parler à ses proches des effets secondaires. La difficile accessibilité au traitement attribuée à des traits de personnalité stéréotypés témoigne de la stigmatisation qui est associée à l'usage de drogues dans la société et qui est intériorisée chez les usagers de drogues en général. Des propositions concrètes ont été avancées par les usagers pour améliorer l'accès aux traitements dans cette population. Il a notamment été proposé la mise à disposition d'un bus pour améliorer cet accès au traitement. Cette démarche de la réduction des risques avec des outils de prévention qui vont au devant des populations concernées sans attendre que les patients viennent dans les services, et la prise en charge adaptée au mode de vie des usagers de drogues, sont présentées comme une alternative pour faciliter l'accessibilité aux traitements.

Les représentations comparées du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues

Fabrice OLIVET, Asud, Paris

En matière de réduction des risques, nous avons essayé d'adapter les mêmes méthodes pour l'hépatite C que celles qui ont fonctionné pour l'épidémie de Sida. En fait, si ces deux épidémies ont des points communs, elles ont aussi des différences, le fond du problème étant la nature politique de l'épidémie de Sida. La situation a changé depuis le moment où il n'y avait pas de traitement. A l'époque la société n'a pu répondre à cette pandémie que par des prises de position sociologiques par rapport à la communauté gay et la clandestinité de l'usager de drogues. C'est aussi le moment où le cadre légal de l'usage de drogues a été le plus mis en question. Il existe aussi des points communs entre sida et hépatite C. L'hépatite C est le produit de la pénurie de seringues qui est elle-même la conséquence directe du décret du 13 mars 1972 sur l'interdiction de la vente de seringues. L'hépatite C apparaît où il y a un déficit d'informations sur les techniques de shoot à risques réduits. L'hépatite C est une maladie mortelle. Maintenant, les différences. L'hépatite C n'est pas ressentie comme une menace mortelle pour la moitié des usagers de drogues et en tout cas pas comme une

menace globale par la société. De ce fait, elle est peu médiatisée et de plus, elle est sélective sur le plan social puisque les plus vulnérables au virus sont les usagers les plus précarisés. Il existe un traitement efficace qui permet de guérir de l'hépatite C. Le contraste des réponses. Le Sida a permis de remettre en cause la logique d'abstinence, d'avancer sur des questions sociales, politiques et morales concernant l'usage de drogues. Les hépatites sont de véritables pathologies et leur prise en charge se fait avec une médicalisation accrue. Cette confusion entre la prévention de l'hépatite C et les drogues contribue à renforcer la médicalisation de la question des drogues, une médicalisation déjà renforcée dans le concept d'addictologie. Les campagnes de lutte contre le Sida ont favorisé l'inclusion des usagers de drogues grâce à la substitution et aux programmes d'échanges de seringues. Dans le cas de l'hépatite C, la peur du traitement et la stigmatisation des malades poussent de plus en plus les usagers à refuser le dépistage et surtout à refuser d'apparaître à la fois comme des malades et comme des toxicomanes, qui est le stigmate le plus fort de nos jours. Nous pouvons certainement mieux faire dans une véritable éducation à la santé en matière d'injections. Il faudrait impulser tout le volet social et culturel de l'usage de drogues et l'adapter à la prévention de l'hépatite C. Dans le cadre actuel, l'épidémie va se sédimenter dans les fissures de notre cadre légal en atteignant les plus vulnérables. Les failles. La prévention s'adresse à une population qui n'est incluse ni socialement ni moralement. L'inclusion des usagers de drogues au cœur des dispositifs qui a fait le succès de la lutte contre le Sida a été oubliée et nous n'avons retenu que la médicalisation accrue qui va maintenir les exclus en dehors du système. Actuellement, le seul discours qui s'adresse aux usagers de drogues est celui de la répression de l'usage. Plus généralement, la France peut faire beaucoup mieux en matière de drogues. Les hépatites sont une pathologie grave mais l'usage de drogues n'est une pathologie que dans ses logiques d'excès, et donc à trop superposer les deux phénomènes, nous finissons par oublier que la médicalisation des prises en charge ne doit pas servir de paravent à une nouvelle phase de moralisme à la fois anti-drogue, anti-tabac et anti-alcool qui sévit dans notre société.

La représentation, le vécu de la maladie et du traitement, les relations avec les soignants

Catherine ENEL, anthropologue, CHU Dijon

À la demande des hépatologues du CHU de Dijon, j'ai fait une enquête en Bourgogne pour identifier les raisons de l'insuffisance de traitement de l'hépatite C, notamment chez les femmes, comme l'avait montré une étude épidémiologique en 2004, et orienter une intervention de santé publique pour corriger les insuffisances identifiées. Au travers d'une enquête qualitative par entretiens avec des patients, en pré-traitement et post-traitement, j'ai constaté qu'un nombre important de femmes qui étaient ou avaient été réticentes au traitement de l'hépatite C, certaines depuis plusieurs années, voire décennies, étaient finalement entrées en traitement lorsque l'hépatologue avec noté une évolution défavorable de la maladie. Ces femmes avaient environ 60 ans, étaient encore en activité avec souvent une profession à responsabilité. Elles avaient une vie de famille très stable, vivaient dans des conditions aisées, ne se considéraient pas malades car le mode de contamination était toujours nosocomial et la maladie silencieuse. Les périodes d'intense fatigue étaient attribuées à leurs nombreuses activités ; la fatigue était acceptable, contrairement aux hommes qui la considéraient comme une atteinte à leur masculinité, donc une raison pour se faire traiter. Avec le traitement, les femmes craignaient les effets secondaires, une détérioration de leur vie, l'obligation d'interrompre leur vie professionnelle et sociale ; elles avaient peur de la perte de l'intégrité physique et psychique qui les aurait obligées à révéler leur infection dont elles avaient peu parlé. En outre, pour elles, l'hépatite C était une maladie honteuse, interprétée comme issue de comportements sexuels déviants ou d'usage de drogues. Elles craignaient un amalgame entre le VIH, le VHB et le VHC. Une fois diagnostiquées, ces femmes voyaient l'hépatite C comme une maladie sans gravité parce qu'elles connaissaient mal l'infection ; elles faisaient l'amalgame avec l'hépatite B qu'elles

estimaient sans gravité ; elles étaient soulagées que ce ne soit ni un cancer ni un Sida et elles n'avaient pas le sentiment d'avoir été exposées au risque puisqu'elles considéraient l'hépatite C comme la maladie des toxicomanes et la cirrhose comme la maladie des alcooliques. L'attitude des médecins face à ces femmes peut avoir aussi un effet freinant le traitement car ils par leurs propos ils peuvent conforter les patients dans la représentation d'un virus inoffensif. Les motivations au traitement varient : un frein au désir de vivre centenaire ou de mourir en bonne santé, la peur d'un cancer, la crainte de la transmission d'une maladie ou de transmissions génétiques qui avaient eu des répercussions importantes dans certaines familles. Lorsque le médecin avait parlé du traitement, de ses modalités, des chances d'éradication du virus et des effets secondaires possibles, les patientes avaient surtout retenu une grande fatigue, un syndrome grippal et des troubles de l'humeur, ce qui fait que le traitement leur paraissait acceptable. Mais le discours change dans les entretiens post-traitement. L'image du traitement acceptable disparaît lorsque l'infirmière de consultation et d'éducation thérapeutique remet en mots profanes le discours savant de l'hépatologue, lorsque les patientes ont lu les notices des médicaments, et que les toutes premières prises de ribavirine ou d'interféron ont eu des effets très violents chez certaines patientes. Ces entretiens sont une litanie d'effets secondaires sévères. Pour celles qui ont fait le traitement et qui ont guéri de leur hépatite, cette épreuve était nécessaire et elles sont reconnaissantes aux médecins et surtout à l'infirmière d'éducation thérapeutique de les avoir accompagnées durant tout ce traitement. Elles reconnaissent le savoir-faire de l'hépatologue et de l'infirmière de consultation et d'éducation thérapeutique qui est présentée comme le maillon fort de l'accompagnement durant le traitement.

Pour conclure, l'hépatite C ne touche pas seulement des usagers de drogues et les patientes réagissent différemment face au traitement par rapport aux hommes. De plus, dans la littérature ainsi que dans nos travaux, la crainte de la stigmatisation paraît être le frein majeur. À notre connaissance, personne n'a encore travaillé sur ce concept. Je lance un appel à un financeur pour une élaboration des outils psychosociaux nécessaires à une campagne d'information efficace sur l'hépatite C et son traitement.

Jean-Michel DELILE

Nous transmettons votre appel au Président Dhumeaux sur la problématique de la stigmatisation. De plus, il serait bon que les professionnels qui pratiquent dans le domaine de l'hépatologie, aient un minimum de formation aux entretiens motivationnels afin de permettre au patient de s'exprimer pour l'aider à faire un choix sur les avantages, les risques et les bénéfices.. Pascal Melin va nous parler maintenant du point de vue associatif.

La vision associative

Pascal MELIN, Président SOS Hépatites - Fédération, Saint-Dizier

En cette journée mondiale, je ne peux que rappeler qu'une personne sur douze sur la planète est contaminée par l'hépatite B ou par l'hépatite C. Mon intervention sera faite en trois temps, le passé, le présent et l'avenir. Le passé. Il est fondamental pour nous de faire parler du foie pour mieux entendre la parole des malades, faire taire les hépatites virales et un jour faire disparaître l'hépatite C. Nous sommes bons en France. Notre Plan national de lutte contre les hépatites virales s'est amélioré, nous sommes allés toujours plus loin dans les objectifs, nous avons organisé notre territoire mais nous ne pouvons pas regarder partir nos réseaux ville-hôpital et perdre nos pôles de référence. Tout malade doit être proche d'un pôle de référence. Il est fondamental de pouvoir continuer à travailler avec ce plan, avec l'ANRS, et l'industrie pharmaceutique. Notre savoir-faire est reconnu, nous ne sommes pas restés bloqués sur la biopsie, nous avons un traitement en cas d'hépatite minime et pour les femmes en désir de grossesse. Par ailleurs, nous devons nous battre pour continuer à avoir la CMU qui est un formidable moteur d'accès aux soins. Nous avons une émulation scientifique majeure mais nous n'avons pas été capables de tirer tout l'enseignement de la réduction des risques. Il faut la revoir parce que les Steribox 2, les stérifiltres, les kits sniff ne

fonctionnent pas. L'hépatite C continue de progresser, l'épidémie devient une épidémie d'usagers mais pour autant nous guérissons moins de personnes qui rentrent dans la maladie chaque année.

Pour le présent, je pense que l'hépatite B ou C est une distorsion du temps. Elle ramène au passé, oblige à se projeter dans le futur et pour autant elle oblige à s'arrêter dans le présent. Il est inadmissible que les patients soient guéris trop tard. Le vaccin contre l'hépatite B est en panne. L'évolution est spectaculaire pour les nourrissons mais pour autant le nombre de personnes vaccinées reste encore trop anecdotique et nous devons nous battre. Nous avons tous une responsabilité et nous sommes tous responsables de ceux qui vont faire une hépatite B dans l'année. Il faut lever le silence par un soutien politique fort, le vaccin de l'hépatite B doit être rendu obligatoire et légal chez les nourrissons puisqu'il n'y a pas de risques. Nous attendons des messages politiques très forts sur la reprise de la vaccination et nous devons communiquer différemment avec le grand public. Nous avons besoin des spécialistes de la communication pour travailler avec nous et rendre l'information sur les hépatites virales compréhensible par le grand public. Nous avons vu dans le Plan Addictologie qu'il était fondamental de vacciner, de traiter et favoriser l'accès aux soins et la complémentarité, pour autant les centres d'addictologie ont du mal à prendre. Nous sommes trop dans la médicalisation. Il faut rendre le patient acteur et lui amener la capacité de réfléchir sur sa maladie. Ne pas mettre les patients de côté. Trop de patients aujourd'hui ont des atteintes hépatiques sévères et doivent attendre les nouvelles molécules. Nous nous devons de nous battre avec les éléments qui sont aujourd'hui à notre disposition. Le remboursement des tests d'évaluation de la fibrose est fondamental et très attendu. Surveiller l'épidémiologie. Nous y travaillons et il est très important d'avoir une totale transparence sur ce qui se passe épidémiologiquement aujourd'hui dans le monde. Faire du lobbying auprès de l'OMS pour mettre les hépatites virales dans le groupe de tête des maladies infectieuses afin d'avoir une stratégie organisée au niveau planétaire pour reprendre la vaccination à l'échelon mondial. Il faut aller au-devant et à la rencontre des publics aux comportements particuliers, développer l'accès à la greffe en travaillant à des transplantations intrafamiliales. L'avenir à mon avis c'est l'apprentissage à des injections safe, usage unique pour toute la planète. A quand la semaine de la vaccination européenne sur le VHB ? 2012 ? Accéder rapidement à des trithérapies de sauvetage.. La mise en bière immédiate est inadmissible lorsque le patient est atteint d'hépatite B ou C. Créer une commission parlementaire. Redéployer des postes de psychologues. La connaissance de l'éducation thérapeutique est rare. Inventer un statut pour le malade guéri. Pour les émigrés guéris, le médecin doit mettre sur le bon de reconduite à la frontière le mot éradication virale soutenue avec persistance de manifestations extra-hépatiques et non pas guérison afin de ne pas être exclus par le préfet. Réfléchir à ce laboratoire sociétal de guérison d'une maladie chronique pour avoir les bonnes réponses politiques en matière d'assurances. Articuler avec le Plan Cancer, les hépatites B sont un cancer évitable par vaccination et sont notées dans le Plan Cancer. Développer la recherche anthropologique et sociologique. La stigmatisation est encore trop forte en France. Accepter son prochain comme porteur de virus. Lutter contre les fractures nord/sud. Comprendre les mécanismes de ce qui se jouent dans les pays pauvres, l'Afrique, l'Asie; nous ne pouvons pas nous développer sans eux et inversement.

Jean-Michel DELILE

L'Anitea a co-signé avec SOS Hépatites un communiqué de presse pour contribuer à participer à cette mobilisation collective face à une épidémie silencieuse.

Echanges avec la salle

Patrick DE LA SELLE

J'ai deux solutions très simples pour la réduction des risques. La première, la méthadone parce que ce sont les usagers, les injecteurs, injecteurs de Subutex, de Skénan, d'héroïne qui sont le réservoir de contamination. Pourquoi les généralistes qui suivent les toxicomanes

ne peuvent-ils pas l'avoir facilement ? La seconde, concernant le bas seuil d'exigence pour traiter les patients, pourquoi ne pas autoriser le traitement, comme dans les prisons, suivant un protocole à travailler en binôme avec des hépatologues et les généralistes motivés et compétents.? Si les généralistes ne prescrivent pas le traitement, ces malades ne seront jamais correctement traités. C'est une réduction des risques en termes pratiques mais je n'entends pas une telle réponse de la part de notre administration.

Sibel BILAL, Association ANGREHC

L'exilé primo arrivant représente une petite minorité de migrants. La majorité de la population migrante qui est arrivée en France autour des années 1955, qui n'a pas eu de regroupement familial, pratique la prostitution, l'usage de drogues etc. et ces personnes aussi sont contaminées. Mais elles ont difficilement accès aux traitements et surtout à la continuité des soins pour diverses raisons, problèmes de langue, illettrisme. En cabinet de médecine de ville, celui qui nous pose problème est l'usager de drogues migrant sans domicile et sans soutien social. La réponse doit être multisectorielle.. Nous devons oser maintenant avec les ARS négocier au niveau local une pratique médicale différente.

Table ronde : Mobilisation en région, dans le nouveau paysage institutionnel

Pierre CZERNICHOW, Santé Publique, Rouen

Cette dernière table ronde traite du déploiement dans les régions des mesures consacrées par le plan de lutte contre les hépatites en partant du niveau national et inversement de la remontée des observations nées sur le terrain. Vous découvrirez trois expériences originales et aussi comment les ARS vont contribuer à l'intégration des différentes réponses du Plan Hépatites, la prévention primaire, le dépistage, la prise en charge, et également par le biais des addictions liées désormais au secteur médico-social.

Le déploiement du plan hépatites B et C en région

Jacques RAIMONDEAU, Chef de bureau animation et appui aux services déconcentrés et aux groupements régionaux de santé publique, DGS

Nous allons voir la mise en œuvre d'un grand plan de santé publique au niveau régional à un mois et demi après la création des ARS. Une ARS est une administration régionale sanitaire unique dont l'action doit être fortement territorialisée et la logique de territorialisation est donnée aux directeurs généraux d'ARS. Mais l'ancrage dans la réalité du terrain qui notamment peut s'exprimer par du partenariat avec les collectivités territoriales doit être travaillé. C'est d'ailleurs une disposition du titre 3 de la Loi HPST sur l'éducation thérapeutique du patient ; il faut s'assurer d'un maillage territorial suffisant. Des ambitions sont également attachées à cette réforme, une approche globale des problèmes de santé, la prévention, la recherche de l'efficacité, la réduction des risques infectieux et la lutte contre les infections liées aux soins. Il faut tout d'abord bien prendre acte de la nouvelle organisation administrative, un établissement public plus autonome que les anciens services. Les ARS disposent déjà de marges opérationnelles pour la mise en œuvre mais en même temps, il y a un pilotage national qui va être assez important. Donc, il faut faire vivre des politiques de santé à la fois au niveau national et en sachant qu'au niveau local il y a des marges de mise en œuvre tout à fait renouvelées et du coup, il faudra être dans la logique d'un cadrage stratégique au niveau national avec beaucoup d'imagination et de liberté dans la mise en œuvre. Les ARS vont devoir rendre des comptes et l'activité du directeur général d'ARS sera appréciée sur un tableau de bord de 80 indicateurs. Dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, toutes les maladies sont contingentées et vous ne pourrez pas forcément être représentés dans les instances ; mais vous pourrez être entendus à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie. A côté du directeur général de l'ARS, deux commissions de coordination, sur le médico-social et sur la prévention, réunissent les décideurs et les financeurs auprès desquels vous pourrez aussi vous exprimer. Les ARS

vont aussi réécrire tout le cadre de la planification régionale, l'organisation des soins, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), les plans régionaux de santé publique (PRSP) avant l'été 2011 qui est la date butoir fixée par le ministère. Le projet régional de santé sera global, il comprendra notamment le projet stratégique régional de santé qui va être l'affirmation des priorités et de la pondération entre des approches plus ou moins préventives et curatives jusqu'à la réinsertion. Tout doit être signé pour septembre 2011 et les documents de planification stratégique seraient pour janvier 2011. Aussi, dans les mois qui viennent, vous pourrez exprimer les problématiques de santé publique sachant que les outils de planification sont figés pour quelques années. La première mouture des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sera signée en début d'été. Aussi, dès aujourd'hui, je vous conseille d'identifier rapidement vos points d'entrée parce que les équipes ont été renouvelées. En matière de moyens, les années qui viennent seront caractérisées par une logique de plus grande rareté des ressources, et il faudra bien montrer l'impact de vos actions de santé publique.

Des initiatives et expériences régionales :

Les microstructures en réseaux

George-Henri MELENOTTE, Président de la CNRMS, Strasbourg

J'interviens en tant que porte-parole d'une équipe de médecins généralistes, de psychologues, de travailleurs sociaux qui se sont réunis et coordonnés au sein de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures. La microstructure est un dispositif de renforcement de la médecine générale dans le suivi des usagers de drogues. Son intérêt a été démontré par une étude randomisée « microstructure » *versus* cabinet conventionnel portant sur la qualité de vie des patients suivis dans les deux dispositifs pendant 24 mois. Depuis 2006, quatre réseaux se sont constitués en France. La microstructure réunit au sein d'un cabinet de médecine générale, le médecin généraliste, un psychologue et un travailleur social qui assurent le suivi personnalisé de patients présentant une addiction. Le but de ce dispositif est de permettre un accès facile pour les usagers de drogues à une médecine de qualité, transdisciplinaire ayant l'avantage de préserver l'anonymat des patients et de lever leur potentielle stigmatisation. Cette équipe transdisciplinaire se réunit mensuellement à l'occasion de synthèses où sont élaborées les stratégies thérapeutiques adaptées à chaque patient. L'équipe de la microstructure était au départ médico-psycho-sociale mais de plus en plus les pharmaciens d'officines s'y associent. L'expert hospitalier hépatologue s'associe au travail clinique effectué dans le réseau. Il apporte une compétence indispensable dans la prévention, le soin et le suivi de patients usagers de drogue présentant une hépatite B ou C. Il permet des études montrant l'impact de la formation médicale qu'il délivre en microstructure. Aujourd'hui, à côté de l'hépatologue, un psychiatre se déplace dans les microstructures. Il apporte son expertise dans le suivi psychiatrique des usagers de drogues, en particulier lors l'initialisation d'un traitement antiviral et lorsque des relais doivent être pris avec le pôle de référence hépatites C.

Les réseaux de microstructures se sont constitués depuis 2006 en une coordination nationale qui comporte aujourd'hui quatre réseaux : *RMS Alsace*, le réseau Canebière dans les Bouches-du-Rhône, le réseau *Ravihtox* dans le Languedoc-Roussillon et le réseau *Casa 65* en Midi-Pyrénées. Un nouveau réseau est en cours de constitution dans la région nancéenne et deux projets de création s'échaffaudent dans la Sarthe et dans la région Aquitaine. Les quatre réseaux régionaux réunissent 47 médecins généralistes, 6 travailleurs sociaux et 18 psychologues pour assurer le suivi personnalisé de 1.000 patients. Les réseaux doivent s'appuyer sur des CSAPA ou des unités hospitalières pour avoir la solidité nécessaire dans leur gestion financière et administrative. Un point remarquable : un grand scepticisme s'est manifesté vis-à-vis de la médecine générale du fait de son peu de réactivité devant la rapide évolution des problèmes sanitaires du pays et devant son repli sur elle-même quelquefois ombrageux. Si les réseaux promeuvent la formation des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux, le travail de recherche qui y est entrepris redonne aux médecins généralistes un nouvel élan dans leur activité de soins. On s'interroge

aujourd'hui sur les problèmes liés à la baisse de la démographie médicale. Si les médecins généralistes ont les moyens de faire une recherche démontrant l'augmentation de leur impact sanitaire dans le dispositif général de santé existant dans notre pays, en s'appuyant en continu sur les compétences universitaires, ils redonneront à cette médecine de proximité de qualité ses véritables lettres de noblesse et favoriseront une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital. Une dernière information : selon une étude que nous avons menée en 2006-2007 sur une population à risques, du fait de leur usage de drogues, estimée de 526 personnes dont 80 % avaient été dépistées, nous avons trouvé 163 sérologies positives, dont 107 étaient associées à un ARN VHC positif et 43 patients ont pu entrer dans un traitement. Avec une réponse virologique soutenue de 70 %, le suivi en microstructures a montré une amélioration significative de la prise en charge des usagers de drogues présentant une sérologie positive au virus de l'hépatite C. Une nouvelle étude est en cours mesurant l'impact de formations standard, communes aux médecins, psychologues et travailleurs sociaux sur la vaccination antivirale B des patients suivis dans les réseaux. Le but de cette étude est de vérifier l'effet d'une formation adéquate transdisciplinaire délivrée aux médecins, aux psychologues et aux travailleurs sociaux en microstructure et de savoir si, avec une telle formation, leurs patients seront mieux vaccinés par rapport à la moyenne nationale des taux de vaccinations des patients usagers de drogue suivis en médecine de ville.

Expérience en région d'un programme d'éducation thérapeutique

Dominique LARREY, hépatologue, FNPR, Montpellier

Notre expérience est partie du constat que les échecs de traitement au cours de l'hépatite C étaient clairement liés à une insuffisance thérapeutique et à la difficulté pour les patients d'intégrer complètement l'information transmise par les médecins. En effet, nous avons redécouvert que la capacité de mémorisation des informations est de l'ordre de quatre minutes. Aussi, si nous voulions progresser, l'information devait passer par une personne relais de préférence non médecin, en employant un langage plus compréhensible par les personnes malades d'hépatite C. Partant de ce constat, en milieu hospitalier, nous avons mis en place de l'éducation au traitement avec l'aide d'une infirmière et pour une bonne évaluation, nous avons modélisé le système de façon prospective, contrôlée et randomisée dans le Languedoc-Roussillon. Cette étude a été faite sur trois ans, sur 250 personnes atteintes d'hépatite chronique C, par randomisation pour la moitié faisant appel à une éducation thérapeutique dispensée par une infirmière et pour l'autre moitié par traitement pragmatique. Nous avons constaté une adhésion et une observance de traitement de plus de 50 % dans le groupe d'éducation thérapeutique et surtout une très forte augmentation des guérisons. Cela nous a convaincus qu'il fallait développer ce type de modèle avec l'aide de l'infirmière mais aussi des organisations habilitées à faire de l'éducation thérapeutique, un psychologue, etc. Nous essayons maintenant de développer un modèle prospectif en région sur la ville/hôpital. Les malades partent de leur cabinet de ville avec la première prescription puis sont suivis par le médecin généraliste à qui est associée une infirmière d'éducation thérapeutique à proximité du domicile du patient.

Expérience de guichet unique

Brigitte REILLER, Anitea, Bordeaux

Je suis médecin dans un CSAPA pour usagers de drogues et nous avons mis en place un dispositif de guichet unique sur Bordeaux. Dans les centres de soins, l'équipe est médico-sociale. Il en découle que pour que l'équipe soit motivée pour le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C, tous les professionnels doivent être formés à ce dépistage et informés des conséquences de la prise en charge des hépatites. Nous avons constaté que lorsque nous proposons aux usagers en consultation systématiquement un bilan sanguin avec les dépistages sérologiques, ils ne les faisaient pas forcément mais surtout il y avait un retard de six mois ou plus entre la prescription et le moment où il était fait. Donc, nous

proposons de faire les prélèvements dans le centre de soins, nous avons des infirmières et les bilans sont faits dans un laboratoire d'analyses biologiques en ville. Lorsque les dépistages sont positifs, nous demandons un bilan complémentaire et si les patients ont une hépatite C chronique, nous leur proposons une consultation vers les spécialistes hospitaliers mais l'orientation vers le spécialiste hospitalier est difficile, peut-être la peur de la biopsie, d'aller à l'hôpital et certainement la stigmatisation. Ce dispositif connaît un tournant important à partir de 2006. Grâce à l'Observatoire Toxcan, se met en place un partenariat étroit entre le service d'Hépatologie du CHU et le centre d'études et d'information sur les drogues (CEID). Depuis début 2006 nous avons un FibroScan, du temps infirmier supplémentaire, des financements pour les bilans sanguins et l'hépatologue du CHU propose une consultation avancée mensuelle. Nous proposons à tous les usagers un FibroScan avant même un bilan sanguin, en raison du mauvais état veineux des usagers. Après le FibroScan, sont proposés un bilan sanguin complet avec des sérologies et le FibroTest. En fonction des résultats du FibroScan et du bilan sanguin, nous proposons une consultation vers l'hépatologue du centre ou ailleurs. Au bout de trois mois, nous constatons une très bonne acceptation du FibroScan qui est un très bon médiateur pour parler de l'hépatite C avec nos patients, une augmentation très importante du nombre de dépistages et des orientations vers l'hépatologue, en particulier celui du centre, puisque les patients peuvent tout faire sur place le même jour, et une grande augmentation du nombre des traitements débutés. Maintenant, nous poursuivons l'étude avec l'observatoire Caan'abus qui a sensiblement le même schéma. Les consultations d'hépatologie sont passées d'un rythme mensuel à un rythme hebdomadaire,; nous avons mis en place des séances d'éducation thérapeutique par une des infirmières du centre et nous envisageons de faire des groupes de paroles autour de l'hépatite C avec nos patients. En conclusion, l'unité de lieu avec tous les professionnels de l'hépatologie et de l'addictologie favorise l'accès aux soins de nos usagers de drogues. En revanche, elle ne touche pas les usagers les plus marginalisés, qui ne fréquentent pas les centres et pour lesquels il faudrait trouver d'autres techniques de dépistage.

Pierre CZERNICHOW

Dans toutes ces expériences, nous retrouvons sur le terrain cette multidisciplinarité avec la présence du médecin généraliste, de l'infirmière, du travailleur social et de l'hépatologue.

Recensement des données sanitaires sur les hépatites virales : l'expérience de la région Rhône-Alpes

Béatrice LUMINET, MISP, ARS Rhône-Alpes

L'expérience que je vais vous présenter a été débutée en 1999 à l'initiative des hépatologues et en lien avec à la fois la DRASS, le SIR et l'Observatoire Régional de Santé. L'objectif était d'avoir une visibilité sur l'épidémie des hépatites B et C, en s'appuyant à la fois sur les deux pôles régionaux de référence que sont Lyon et Grenoble mais aussi sur les établissements de santé des autres départements. Vingt-quatre établissements de santé participent à cette étude et renvoient chaque année la fiche de la file active pour pouvoir suivre cette file active des patients avec des données qui permettent sur les dix ans d'en connaître l'évolution. Dans le même temps, nous avons suivi l'évolution du dépistage en exploitant les données des CDAG et des CSAPA. Le rapport qui ressort chaque année ces données a un triple intérêt. Le premier, est d'avoir chaque année une photographie de l'épidémie dans la région pour mieux sensibiliser les professionnels de santé et la population avec des données de leur région et qui viennent compléter les données nationales. En 2008, la file active était de 4.200 patients et 368 nouveaux patients ; pour 75 % d'entre eux, la découverte de la séropositivité a été fortuite au cours d'un bilan de santé. Pendant plusieurs années, nous avons pris une moyenne des CDAG classiques qui sont rattachés à des hôpitaux, des antennes des CDAG dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et des données des CSST, mais malheureusement sans chercher la différence. En 2008, nous sommes à une prévalence moyenne de 1,3 %, plus élevée que la moyenne

nationale mais peu significative. En revanche, si nous faisons la différence entre les diverses sources de données, pour les CDAG classiques, nous sommes à 0,58 % seulement de prévalence, mais pour les CDAG des maisons d'arrêt, nous passons à plus de 3 % et pour les données des CSST nous sommes à 21 %. Le deuxième intérêt, c'est l'étude longitudinale pour voir comment cette épidémie évolue, sur quel domaine il est difficile de progresser et nous l'avons vu en particulier sur la question du dépistage précoce et de la mise en place des traitements. Le troisième intérêt, c'est de cibler les politiques de santé, c'est-à-dire repérer dans quels territoires les données épidémiologiques sont au-delà de la moyenne régionale, les populations auprès desquelles nous devons avoir des actions plus marquées, notamment auprès des usagers de drogues pour lesquels nous sommes tous assez démunis en termes d'actions de prévention. Le rôle de l'ARS, à partir de ces données, est d'arriver à impulser des politiques qui soient ciblées. L'enjeu est maintenant, qu'une telle dynamique difficile à mettre en place mais surtout à maintenir sur la durée, soit bien « boostée » par l'arrivée de l'ARS et nous essaierons de nous y employer.

Echanges avec la salle

François BAILLY, hépatologue et responsable d'un réseau ville-hôpital à Lyon

Nous avons mis en place l'éducation thérapeutique en ville parce que les associations de malades et les hépatologues libéraux ne souhaitaient pas que cet outil soit développé dans le cadre du réseau à l'hôpital. Cette expérience s'avère très intéressante puisque nous avons un appartement en ville, deux infirmières d'éducation thérapeutique et un psychologue. Les malades ont des consultations d'éducation thérapeutique, qu'ils soient pris en charge par un médecin généraliste, un hépatologue de ville ou un hépatologue hospitalier dans ce lieu et ce de façon dissociée de la consultation médicale. Ce lieu devient un lieu ressource pour les malades et nous permet de prendre en charge des malades de plus en plus compliqués. Cette structure associative « extrahospitalière » a permis de tisser des liens avec d'autres associations de ville et en particulier avec tous les CAARUD de la ville où les infirmières d'éducation thérapeutique assurent des permanences.

Dominique LARREY

Clairement l'hôpital a un rôle mais la majorité des patients souhaitent être traités sur place. Notre expérience a eu pour but de prouver que l'éducation thérapeutique augmentait les guérisons et que par une méthodologie classique, l'observance et le résultat étaient améliorés.

Sibel BILAL

Le RESAD 84, où 676 médecins généralistes suivent environ 1.700 patients dont 30 % d'hépatites C, gère les dérogations tarifaires pour les patients sans couverture maladie, les périodes de prise en charge, l'éducation thérapeutique faite par une infirmière libérale à proximité du domicile du patient et six séances de psychologue dans le réseau. Ce réseau existe depuis dix ans. En nous inspirant de son expérience, nous avons monté les mini-réseaux de proximité à Aulnay, où l'éducation thérapeutique est comprise dans l'ensemble des prises en charge par généraliste, par coursier sanitaire et social et par psychologue.

Marie DEBRUS, Médecins du Monde

Le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique est un acteur de proximité pour d'autres pathologies chroniques et nous savons que c'est une réussite. Je voulais rappeler cette position d'autant plus que dans la loi HPST, les missions du pharmacien sont enfin redéfinies et il a donc une place à prendre. Après, il faut effectivement trouver un dispositif sur les moyens à donner au pharmacien pour le soutenir dans cette activité parce qu'aujourd'hui il n'est rémunéré qu'à travers sa marge.

George-Henri MELENOTTE

Effectivement les pharmaciens deviennent des acteurs de soins de proximité majeurs d'autant plus qu'ils participent au moment extrêmement important de la délivrance du traitement prescrit à la majorité des usagers de drogues.

Xavier AKNINE

Tous ces dispositifs et toutes ces actions innovantes sont vraiment l'avenir de notre système de soins et du mode de prise en charge à la fois ambulatoire et en relation avec l'hôpital. En effet, loin d'être anecdotique, la prise en charge de nombreux patients qui ne vont pas à l'hôpital aujourd'hui pour diverses raisons, nous oblige à innover pour que ces patients qui sont porteurs de virus d'hépatites ou d'autres pathologies, ne restent pas à l'écart des médicaments adaptés et du système de soins. De plus, avec le développement des nouveaux traitements, nous devons réfléchir dans ce sens parce que quel que soit le nombre de patients qui arrivera en traitement de deuxième ligne, l'hôpital ne pourra pas tout régler. Certains malades auront besoin de ces traitements et n'iront pas à l'hôpital. Ces expériences sont vraiment majeures. Avec les ARS, nous sommes dans un nouveau paysage organisationnel en matière de santé avec une répartition de moyens entre la ville et l'hôpital. Par conséquent pour toute pathologie, il faut imaginer la prise en charge en répartissant les rôles entre l'hôpital et la ville et, à l'intérieur de la ville, la place de chaque acteur.

Je suis président du mini-réseau de proximité en Seine-Saint-Denis qui a obtenu un financement URCAM en 2009 et qui vient d'obtenir le renouvellement du financement juste avant le passage aux ARS. Cette expérience novatrice est également centrée sur le patient autour du médecin généraliste, et des coursiers sanitaires et sociaux interviennent au cabinet du médecin généraliste pour des patients en rupture de prise en charge et en rupture dans leur parcours de soins. Avec le médecin et tous les intervenants, nous faisons un plan individualisé d'actions, nous organisons aussi une réunion de concertation de proximité au cabinet du médecin généraliste pour assurer un parcours de soins complet et nous avons pu restaurer la prise en charge sanitaire et sociale de nombreux patients en rupture. Cette expérience peut s'appliquer à la bithérapie, à la trithérapie mais aussi à d'autres traitements.

Jacqueline GUIONIE

Nous sommes signataires d'une convention tripartite entre la CPAM et Médecins du Monde à Bordeaux. Face au constat des difficultés d'accès aux soins pour les publics en grande difficulté, les médecins libéraux ont initié un protocole et signé une convention avec la CPAM et Médecins du Monde pour le PasseportSanté, dans l'attente de la CMU ou quelquefois aussi pour initier l'AME de manière à faire accéder les patients aux soins. Ce dispositif travaille sur l'intervention précoce et brève, la remotivation vers le soin et surtout les liens puisque nous travaillons avec le CEID pour perdre le moins de patients possible en très grande difficulté et même ceux qui ont des situations de plus en plus complexes, ce qui est impossible sans ces maillages indispensables entre les professionnels. Evidemment, nous en perdrons toujours mais ces dispositifs qui sont sur le fonds social et qu'il serait intéressant de développer sur tout le territoire, ont pour objectif de faire en sorte que les protocoles soient suivis et qu'il y ait une continuité des soins, et ce travail en maillage fonctionne. Ce réseau compte plus de 200 professionnels sur la région bordelaise et à l'initiative de la DDASS nous commençons à promouvoir ce dispositif qui est un accompagnement de prévention et d'accès aux soins et de suivi dans le Médoc. Ces projets sont des maillages ; ils existent mais il faut les entretenir pour ne pas perdre ces publics. Nous constatons que les situations sont plus compliquées pour les plus éloignés du soin et que leur nombre augmente. D'ailleurs, nous sommes en train de discuter à la CPAM pour faire accepter ce dispositif du PasseportSanté dans le milieu hospitalier, ce qui serait une grande avancée.

Michel BONJOUR

Nous menons une expérience depuis plus de cinq ans avec un laboratoire dans le cadre d'un observatoire. Nous avons créé un programme de formation des soignants à l'éducation thérapeutique, de sensibilisation, deux fois une journée dans un premier temps, et

maintenant nous faisons des journées à distance pour évaluer le programme. Nous sommes vraiment en colère parce qu'il faudrait au moins que la prescription de l'acte d'éducation thérapeutique soit à la nomenclature et qu'elle puisse être financée : à l'heure actuelle, nous sommes à plus de mille personnes formées sur ce programme dans les hépatites depuis cinq ans. Il y a des endroits où c'est vraiment du bricolage ; nous détachons une personne pendant une journée ou une demi-journée, dans d'autres endroits, nous avons formé des infirmières libérales. Il faudrait pouvoir faire des maisons du patient partout avec la reconnaissance de l'acte et de la formation des soignants parce que nous allons vers la définition d'un métier qui n'est plus celui d'infirmière. En effet, pour faire de l'éducation thérapeutique telle que définie par la Haute Autorité de Santé, l'infirmière agit dans le domaine du psycho-social ; elle est multidisciplinaire voire transdisciplinaire mettant en lien tout ce qu'il y a autour du patient, dans sa vie, avec son travail, sa famille, son entourage, etc. Ces expériences d'éducation thérapeutique doivent vraiment être étudiées parce qu'elles fonctionnent. Nous avons fait une étude il y a quatre ou cinq ans dans le cadre de Khéops et à Besançon aussi, qui montrait que 30 % des patients disparaissaient dans les trois premiers mois de traitement, le médecin ne sachant pas où ils étaient. A l'heure actuelle, non seulement ils restent jusqu'au bout mais ils déclarent avoir une meilleure qualité de vie et j'insiste sur la place des associations de patients dans ce dispositif. Quant aux groupes de parole qui travaillent sur les hépatites, les seuls qui existent sont gérés par les associations.

Pierre LARCHER, Direction Générale de la Cohésion Sociale

Les remarques des patients relatées par Véronique Deret montrent clairement qu'il ne s'agit pas uniquement d'une question de dépistage et de soins mais qu'il faut aussi pouvoir répondre à tous les problèmes de la vie autour. Nous avons aussi vu le rôle des généralistes, en particulier ceux qui sont loin de l'hôpital, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des psychologues, mais aussi l'aide à domicile lorsque la fatigue est trop importante pour pouvoir tout assumer chez soi. Donc, dans le cadre des ARS, il faut réfléchir à la liaison qu'elles vont pouvoir bâtir avec les directions régionales de la cohésion sociale et leurs déclinaisons départementales pour que l'ensemble soit pris en compte, la partie médicale, médico-sociale mais aussi sociale. Toutes les expériences qui nous ont été relatées ont bien montré qu'il fallait réellement que tous les professionnels concernés autour de la personne puissent travailler ensemble s'ils voulaient avoir une quelconque efficacité. Et si nous voulons que l'administration puisse les aider à le faire mieux, il est souhaitable que les acteurs de l'administration s'entendent entre eux.

Place de la France en Europe dans la lutte contre les hépatites et impact des plans

Daniel DHUMEAUX

J'ai le plaisir de présenter Jean-Michel Pawlotsky qui est à la fois Directeur du Centre National de Référence B, C et delta à l'Hôpital Henri Mondor de Créteil et responsable du laboratoire de virologie dans cet hôpital. Il est aussi, Président d'une commission à l'ANRS et a été pendant quatre ans un secrétaire général très actif de l'Association Européenne pour l'Etude du Foie (EASL), une fonction qui lui permet de vous montrer la place de la France dans la prise en charge des Hépatites B et C et d'envisager les moyens à mettre en place pour une meilleure visibilité de ces infections silencieuses aussi bien au niveau national qu'à l'échelon planétaire.

Jean-Michel PAWLITSKY, ANRS, CNR, Créteil

Un être humain sur douze est infecté de façon chronique par le virus de l'hépatite B ou le virus de l'hépatite C. Dans le monde, 350 millions sont porteurs chroniques du virus de l'hépatite B et 120 millions sont porteurs chroniques du virus de l'hépatite C. Les maladies du

foie en Europe touchent 29 millions de personnes, soit une prévalence de 6 %, mais outre l'alcool, la majorité de ces maladies sont des hépatites virales chroniques. Elles sont la cinquième cause de mortalité dans l'Union Européenne, 14,3 pour 100.000 habitants en 2004 avec des variations importantes entre les pays, 4,4 pour 100.000 aux Pays Bas et 53,6 pour 100.000 en Hongrie, mais elles ont été largement négligées par la plupart des décideurs politiques et de santé publique. Selon une enquête réalisée par l'Alliance Mondiale pour les hépatites auprès de 44 pays de la zone euro qui couvrent 94 % de la population européenne, les deux-tiers des gouvernements considèrent que les hépatites B ou C sont une priorité de santé publique et ont mis en place des stratégies de prévention. En réalité, cette politique européenne est très hétérogène. La première pratique à mettre en place est la prévention. Selon la source de l'OMS, les politiques vaccinales qui ont été décidées par les différents pays de l'Union Européenne sont très variables, massives pour les nouveau-nés et les enfants en bas âge, moins bonnes pour les enfants et adolescents et très mauvaises pour les migrants. C'est une erreur. L'éradication passera par une couverture globale. En matière de couverture vaccinale, malgré les campagnes d'information lancées contre la vaccination de l'hépatite B en France, les résultats dans notre pays ont été particulièrement décevants par rapport aux taux de vaccination chez les enfants obtenus dans des pays comme la Slovaquie, la Roumanie, la République Tchèque, la Slovénie, la Pologne, la Lettonie, le Portugal, l'Espagne, la Lituanie, l'Italie, l'Estonie, la Croatie, la Bulgarie, la Belgique et Chypre. Au cours des cinq dernières années, moins de la moitié des pays européens ont mis en place des campagnes d'information et d'éducation et seulement 29 % des pays à revenu moyen faible. En revanche, la France est aujourd'hui reconnue partout dans le monde comme le champion de l'information, de l'éducation, du dépistage, de l'accès au traitement grâce aux plans qui ont été mis en place. D'après les statistiques réalisées sur l'accessibilité au dépistage en fonction du niveau économique des pays, les pays à haut revenu du Nord de l'Europe, la France, l'Allemagne, disposent d'une surveillance, d'un accès au dépistage. En revanche dans les pays plus pauvres, le dépistage est très peu accessible. D'où la nécessité de regarder de très près des aspects de solidarité en matière de politique européenne. Soixante dix % des pays ont mis en place un parcours d'accès au diagnostic, au traitement et aux soins et trois-quarts des pays, mais aucun des pays à faible revenu, ont dédié un budget spécifique pour le traitement. C'est encore ici une réussite en France d'avoir non seulement dépisté mais donné accès au traitement à un maximum de patients. Mais aujourd'hui avec cet accès, si la moitié des malades ont été dépistés, traités et guéris, nous n'en sommes qu'à 10 % de guérisons sur l'ensemble. Dans le monde, seulement 3 % de la population atteinte d'hépatite C ont eu accès à un traitement aujourd'hui ; 57 % des pays européens ont un parcours de soin et un financement fonctionnel. Le rôle de l'OMS, de l'Union Européenne, des organisations non gouvernementales vis-à-vis des hépatites virales est décevant et tardif. Ce problème a été négligé, nous devons prendre notre responsabilité. Nous n'avons pas su communiquer et mettre notre problématique en valeur. La priorité qui est donnée à trois maladies dites liées à la pauvreté, le Sida, la tuberculose, le paludisme, est un problème majeur. La recherche sur les maladies en général est essentielle et il est impératif, à côté de la recherche industrielle, d'avoir des moyens pour faire une recherche indépendante, académique, à la fois clinique et fondamentale. Sur le plan européen, le budget de recherche sur les maladies infectieuses a été réduit de 115 à 23 millions d'euros, ce qui est largement insuffisant pour couvrir l'ensemble de la recherche sur les maladies infectieuses dans l'ensemble du monde européen. Cependant, la France a la chance d'avoir l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales, l'ANRS. Son budget est aujourd'hui de 45 millions d'euros dont 20 % sont dédiés aux hépatites virales B et C et grâce à l'implication de l'ANRS, à la structuration de la recherche et au financement, la France est aujourd'hui la deuxième puissance scientifique derrière les Etats-Unis dans le domaine de la recherche clinique et fondamentale sur les hépatites virales. La contribution française a été très importante à la connaissance ; elle doit continuer à l'être et les budgets spécifiques de recherche sur les hépatites virales doivent être maintenus.

Clôture

Madame Sophie DELAPORTE, Directrice Générale Adjointe de la Santé

Monsieur le Président du Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, Cher Professeur Dhumeaux, Monsieur le Vice-Président, Mesdames, Messieurs, permettez-moi avant tout après cette intervention très riche, de vous remercier tous non seulement pour votre participation à ce colloque qui marque un temps fort de notre mobilisation, mais surtout pour votre implication dans la lutte contre les hépatites. La diversité des participants à cette journée témoigne de l'importance du travail en réseau qui s'est mis en place, indispensable à de réelles avancées pour endiguer la progression de ces virus. Professionnels de santé libéraux et hospitaliers, représentants d'associations de patients ou d'institutions intervenant au niveau local ou national, vous êtes et nous sommes les maillons indispensables d'une mobilisation réelle efficace. Une mobilisation interprofessionnelle générale qui est certes indispensable mais il est également nécessaire de maintenir une mobilisation ciblée notamment auprès des plus vulnérables. Les présentations de la journée ont rappelé que même si la France ne se situe pas pour les hépatites parmi les pays de forte endémie, il existe des personnes chez qui le taux de prévalence est plus élevé. Personnes nées dans des pays à forte endémie pour le virus de l'hépatite B, usagers de drogues pour l'hépatite C. Par ailleurs, il existe toujours des personnes qui contractent le virus de l'hépatite B alors même que nous possédons contre cette infection une prévention efficace avec la vaccination. Cette journée, organisée à l'initiative de la Ministre, s'inscrit dans un double cadre, celui de la Journée Mondiale de lutte contre les hépatites qui est l'occasion de sensibiliser et d'informer sur ces pathologies et sur l'importance de leur prévention, de leur dépistage et de leur prise en charge précoce, et celui du Plan National de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Vos travaux d'aujourd'hui vont permettre d'améliorer la mise en œuvre des actions prioritaires définies dans ce plan, élaborées et suivies collégialement. A cet égard, je tiens à remercier tout particulièrement les membres du groupe d'animation du Comité de suivi et de prospective du plan en adressant des remerciements très chaleureux à son Président, le Professeur Daniel Dhumeaux, à son Vice-Président, Monsieur Michel Bonjour de l'Association SOS Hépatites, pour leur implication dans l'organisation de cette journée et dans la mise en œuvre effective des actions inscrites au Plan.

Sans revenir dans le détail sur le contenu des interventions qui ont alimenté votre réflexion aujourd'hui, essayons d'en dégager quelques grandes orientations. Au premier plan des enjeux, se trouve la vaccination contre l'hépatite B qui permet de protéger contre une infection sexuellement transmissible et de réduire l'incidence du cancer du foie. La couverture vaccinale en France n'est pas optimale bien que les données récentes chez le nourrisson présentées par l'Institut de Veille Sanitaire soient encourageantes. Il reste des progrès à accomplir notamment du côté des adolescents et des groupes à risques mais également pour réduire les différences de couverture vaccinale entre les territoires. La Ministre de la Santé et des Sports a eu l'occasion d'indiquer à plusieurs reprises au cours des derniers mois que la réduction des inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, constitue à ses yeux une priorité. Même si la perception par la population de la vaccination générale est bonne, il reste des réticences envers le vaccin contre l'hépatite B. Aujourd'hui, les freins à son usage sont surtout liés à une méconnaissance de la maladie. C'est pourquoi il nous appartient de soutenir tous les moyens mis en œuvre par les professionnels de santé et par la société civile pour prendre le temps d'expliquer et de convaincre du bien-fondé de ce type de prévention. A cet égard, vos échanges d'aujourd'hui ont tout particulièrement mis en lumière l'importance du rôle du médecin traitant dans ce travail de conviction. Au-delà de ces réticences, les modalités pratiques ont pu également être un frein au développement de la couverture vaccinale, d'où l'importance d'avoir permis l'accès au remboursement du vaccin Hexavalent, allégeant le nombre d'injections nécessaires à l'application des recommandations du calendrier vaccinal. Notre politique de vaccination contre l'hépatite B est articulée autour de deux axes. Le premier est l'identification et la vaccination des personnes à risques élevés d'exposition, le second s'inscrit dans la perspective d'un contrôle à plus long terme de la maladie, c'est la

vaccination des nourrissons et le rattrapage des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus. Cette politique doit bénéficier d'une communication accrue tant auprès des professionnels que de la population. La Direction Générale de la Santé en lien avec l'Inpes s'engage à continuer à développer les outils qui pourront faciliter sur le terrain l'acceptation de cette vaccination. Nos efforts en matière de communication doivent également se déployer vers l'amélioration de l'accès au dépistage puisque là encore des marges de progrès importantes existent pour éviter des diagnostics de maladies à un stade avancé. Nous ne pouvons nous satisfaire des dernières données disponibles selon lesquelles à peine la moitié des personnes porteuses de l'antigène HBs et un peu plus de la moitié des personnes touchées par le VHC connaissent leur situation. Nos efforts d'incitation au dépistage vont de pair avec l'information sur les progrès thérapeutiques puisque c'est l'espoir de pouvoir guérir d'une maladie au potentiel mortel qui est le meilleur levier pour déclencher une démarche de tests et permettre le dépassement de l'appréhension des éventuels effets secondaires du traitement. Il nous faut faire connaître aux professionnels comme au public les progrès thérapeutiques attendus très prochainement qui sont des avancées majeures ouvrant la possibilité de guérir un nombre important de patients porteurs d'hépatite C, y compris parmi ceux qui sont en échec thérapeutique. Nous devons nous préparer à accueillir ces patients dans notre système de soin, ce qui implique là encore la mobilisation de vous tous, acteurs hospitaliers et libéraux, accompagnants professionnels ou bénévoles. L'accès aux tests non invasifs de fibrose représente un progrès pour l'acceptabilité de la prise en charge. C'est pourquoi la Direction Générale de la Santé a saisi l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en vue d'une inscription à la nomenclature des actes afin d'en permettre le remboursement et de garantir ainsi une équité dans la prise en charge. Au-delà du seul aspect économique entourant ces examens, c'est à l'environnement social des patients dans son ensemble qu'il faut nous attacher pour rendre moins difficile la période de prise de traitement, permettre une adhésion et une observance optimales. Nous le savons, les questions d'hébergement, d'emplois ménagers, d'accès à de vrais temps d'échanges sur la maladie, sont des atouts fondamentaux pour une prise en charge de qualité. Ce maillage médico-social s'inscrit désormais dans le nouveau paysage institutionnel défini par la loi Hôpital Patients Santé Territoires. La mise en place actuelle des Agences Régionales de Santé représente une opportunité pour adapter au plus près des besoins territoriaux les actions de prévention des hépatites, d'incitation au dépistage et aux soins. La collaboration entre les professionnels hospitaliers, publics comme privés, et les professionnels libéraux fait également partie des préconisations de la loi HPST. Le travail transversal entre les différents acteurs de la santé, du social, du secteur associatif, permettra aux patients de gagner en autonomie dans la gestion de leur maladie. Enfin, le développement de programmes d'éducation thérapeutique a désormais un cadre réglementaire élaboré et c'est également un outil précieux qui était inscrit parmi les priorités du Plan National de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Vous n'êtes et nous ne sommes ni sur la ligne de départ ni sur la ligne d'arrivée dans cette longue progression vers l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des hépatites. Le colloque d'aujourd'hui a permis d'échanger sur les multiples expériences qui font leurs preuves pour améliorer l'accès au dépistage et la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites. Soyez assurés que la Direction Générale de la Santé va poursuivre ses efforts à vos côtés et j'espère que vous serez les messagers des travaux d'aujourd'hui et des débats qui ont eu lieu dans cette enceinte. Je vous souhaite à toutes et à tous un bon retour et je vous remercie.

Annexe 6

RÈGLEMENT INTERIEUR DU COMITÉ NATIONAL DE SUIVI ET DE PROSPECTIVE DU PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES B ET C 2009-2012

Le présent règlement a pour objet de préciser les missions, compositions et modalités de fonctionnement du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C, du groupe restreint d'animation et des groupes de travail spécialisés rattachés au comité national de suivi et de prospective, créés en vertu des dispositions du décret n°2009-1548 du 11 décembre 2009¹⁷.

Le comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 a été créé pour une durée de 3 ans pour apporter au ministre chargé de la santé des éléments d'orientation et de stratégie sur la lutte contre les hépatites B et C. Il assure le suivi de la mise en œuvre du plan et veille en particulier à la programmation et à la cohérence de ses actions.

À ce titre, il :

- accompagne le déploiement du plan en région, en lien avec la mise en place des agences régionales de santé et des nouveaux plans régionaux de santé ;
- élabore, en tant que de besoin, des propositions pour adapter les actions du plan ;
- assure une veille sur les nouvelles méthodes de prévention primaire et secondaire ainsi que de traitement et de prise en charge ;
- participe aux instances nationales et internationales à la demande du ministre chargé de la santé.

Il peut être saisi par le ministre chargé de la santé de toute question entrant dans le champ des hépatites virales. Il remet chaque année un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan et, la dernière année, en établit le bilan et fait des propositions pour l'élaboration d'un nouveau plan.

Sa composition est définie par le décret susmentionné du 11 décembre 2009. Ses présidents, vice-président et membres sont nommés, par arrêté ministériel, pour une durée de 3 ans (article 5 du décret).

Pour l'exercice de ses missions, et conformément aux dispositions de l'article 6 du décret du 11 décembre 2009, il constitue un groupe restreint d'animation et, en tant que de besoin, des groupes de travail spécialisés.

Il peut, pour ses travaux, faire appel à des experts.

¹⁷ décret n°2009-1548 du 11 décembre 2009 relatif à la création du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

SECTION 1 – LE GROUPE RESTREINT D’ANIMATION

Article 1 - Mission du groupe restreint d’animation

Un groupe restreint d’animation est constitué auprès du comité national de suivi et de prospective, conformément aux dispositions susmentionnées. Il a pour mission d’assurer un suivi régulier de l’avancement des mesures inscrites dans chaque axe du plan.

À ce titre, il est chargé de :

- Contribuer à la programmation de la mise en œuvre du plan et de suivre cette mise en œuvre en termes d’activités déployées ;
- Coordonner les travaux des groupes de travail et participer à la définition des priorités de travail de ces groupes ;
- Faire connaître les problèmes rencontrés et identifiés, notamment par les groupes de travail, pour la mise en œuvre du plan ;
- Proposer des modifications d’orientation et d’action du plan au comité de suivi et de prospective ;
- Préparer les séances plénières (ordres du jour) ;
- Contribuer au rapport annuel de l’état d’avancement de la mise en œuvre du plan ;
- Participer aux actions de communication autour du plan à la demande du ministère.

Article 2 - Présidence et composition du groupe restreint d’animation

I. La présidence du groupe restreint est assurée par le président du comité national de suivi et de prospective, ou, en cas d’indisponibilité de celui-ci, par le vice président dudit comité national;

II. Le groupe restreint comprend, outre son président:

1° le président de chaque groupe de travail spécialisé;

2° deux représentants par axes du plan, nommés, à l’issue d’un appel à candidatures effectué parmi les membres du comité national de suivi et de prospective, par le président du comité national de suivi et de prospective, en accord avec le directeur général de la Santé. Ces représentants par axes du plan participent au groupe restreint d’animation pendant une durée équivalente à celle de leur mandat au sein du comité national.

Article. 3 - Fonctionnement du groupe restreint d’animation

Le groupe restreint se réunit au moins une fois par trimestre.

SECTION 2 – LES GROUPES DE TRAVAIL SPÉCIALISÉS

Article 4 - Création et dissolution des groupes de travail spécialisés

I. En tant que de besoin, des groupes de travail spécialisés sont créés en vue de répondre aux missions et objectifs qui leur sont assignés par le groupe restreint du comité national de suivi et de prospective,

sur proposition du président du comité national de suivi et de prospective, après avis des membres dudit comité et en accord avec le directeur général de la Santé.

II. La dissolution des groupes de travail spécialisés est prononcée par le président du comité national de suivi et de prospective, après avis des membres dudit comité et en accord avec le directeur général de la Santé, en raison de l'achèvement des missions et objectifs leur ayant été initialement assignés, ou de tout autre motif.

Article 5 - Mission des groupes de travail spécialisés

I. Les groupes de travail spécialisés sont placés auprès du comité national de suivi et de prospective. Ils assistent les membres du comité national et du groupe restreint d'animation, dans le cadre des missions et objectifs qui leur ont été assignés lors de leur création.

II. Ils peuvent demander l'autorisation au président du comité national de suivi et de prospective de se saisir, en dehors du cadre des missions et objectifs qui leur ont été assignés conformément au I de l'article 4, de toute question relative à la mise œuvre du plan afin de faire par la suite des propositions au comité national.

Article 6 - Présidence et composition des groupes de travail spécialisés

I. La présidence de chaque groupe de travail spécialisé est assurée par un membre du groupe désigné comme responsable par le groupe concerné lors de sa première réunion. Un coresponsable est désigné, pour chaque groupe de travail, dans les mêmes conditions.

II. Les groupes de travail spécialisés, composés de vingt personnes maximum, comprennent, outre leurs responsables et coresponsables :

1° des membres du comité national de suivi et de prospective, nommés sur proposition du président du comité national de suivi et de prospective, après accord du directeur général de la Santé.

2° en tant que de besoin, des experts extérieurs, choisis sur proposition du président du comité national de suivi et de prospective après accord du directeur général de la Santé,.

Article 7 - Rôles du responsable et du coresponsable des groupes de travail spécialisés

Le responsable de chaque groupe de travail spécialisé :

- anime le groupe de travail dont il a la charge ;
- met en œuvre les objectifs du groupe de travail pour la durée du plan, en lien avec le groupe restreint et en accord avec le directeur général de la Santé ;
- propose de nouveaux objectifs au groupe restreint, en tant que de besoin, et les soumet au président du comité national de suivi et de prospective dans les conditions fixées à l'article 5 ;
- définit, en lien avec les membres du groupe dont il a la charge, le plan de travail de ce groupe, par priorités ou thématiques, en créant, le cas échéant, des sous-groupes de travail spécialisés après

accord du président du comité national de suivi et de prospective et du directeur général de la Santé;

- participe, avec le coresponsable, à la rédaction du bilan d'activité annuel du groupe de travail (par mesures, objectifs, indicateurs) et des rapports produits par ledit groupe;
- participe aux réunions du groupe restreint ;
- assure la coordination des travaux du groupe en lien avec le chargé de mission « hépatites » de la direction générale de la Santé ;
- participe à la préparation des réunions (validation de l'ordre du jour, des personnes auditionnées, du relevé de décisions).

Article 8 - Fonctionnement des groupes de travail spécialisés

I. Les groupes de travail se réunissent autant que de besoin pour atteindre les objectifs fixés.

II. Ils peuvent faire auditionner des experts extérieurs en tant que de besoin.

SECTION 3 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux membres du comité national de suivi et de prospective et à ses instances que sont le groupe restreint d'animation et les groupes de travail spécialisés.

Article 9 - Règles de suppléance

I. Les personnalités qualifiées membres du comité national de suivi et de prospective ne peuvent se faire suppléer, conformément aux dispositions de l'article 3 du décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

II. Les membres titulaires mentionnés à l'article 4 du décret n° 2009-1548 du 11 décembre 2009 relatif à la création du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ne peuvent se faire représenter que par le suppléant nommé à cette fin dans l'arrêté du 28 avril 2010 portant nomination au Comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012¹⁸.

III. Les membres qui siègent en raison des fonctions qu'ils occupent peuvent se faire suppléer par un membre du service ou de l'organisme auquel ils appartiennent conformément aux dispositions de l'article 3 du décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

Article 10 - Déclarations publiques d'intérêt

I. Chaque membre du comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 et de ses instances adresse, au ministre chargé de la santé, une déclaration publique d'intérêt lors de sa nomination ou de son entrée en fonction, conformément aux dispositions de l'article L.1451-1 du code de la santé publique et sur la base de la déclaration type jointe en annexe du présent règlement intérieur. Il procède, sur sa propre initiative, à l'actualisation de cette déclaration en

¹⁸ NOR: SASP1007838A

cas de modification de sa situation intervenue, dans sa situation professionnelle, après sa nomination ou entrée en fonction, au regard des intérêts initialement déclarés. Cette déclaration est rendue publique en vertu des dispositions de l'article L.1451-1 susmentionné.

II. Les experts apportant leur concours aux travaux du présent comité adressent au ministre chargé de la santé une déclaration d'intérêts.

III. Lors de chaque réunion des instances du comité de suivi et de prospective du plan, il sera rappelé par le président et par chaque responsable de groupe les règles relatives à la gestion des conflits d'intérêt. Tout membre ou expert ayant un conflit d'intérêt direct ou indirect avec une affaire figurant à l'ordre du jour ne pourra participer à la délibération ni au vote correspondant.

Article 11 - Modalités de fonctionnement

I. Le comité national de suivi et de prospective se réunit en séance plénière au moins une fois par an sur convocation du directeur général de la santé, qui fixe l'ordre du jour après avis du président et du vice-président (cf. article 8 du décret n° 2009-1548 du 11 décembre 2009).

II. Le groupe restreint d'animation et les groupes de travail se réunissent, dans les conditions respectivement prévues à l'article 3 et au I de l'article 8, sur convocation de leur responsable, qui fixe l'ordre du jour. Cette convocation peut être envoyée par tout moyen, y compris par télécopie ou par courrier électronique. Il en est de même des pièces ou documents nécessaires à la préparation de la réunion ou établis à l'issue de celle-ci. Sauf urgence, cette convocation est adressée cinq jours au moins avant la date de la réunion, avec l'ordre du jour et, le cas échéant, les documents nécessaires à l'examen des affaires qui y sont inscrites, conformément aux dispositions de l'article 9 du décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

III. Avec l'accord, soit du président du comité national de suivi et de prospective, soit du président du groupe restreint d'animation, soit du responsable des groupes de travail spécialisés, les membres des instances concernées peuvent participer aux débats au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle. Ce moyen ne peut pas être utilisé lorsque le vote est secret, conformément aux dispositions de l'article 7 du décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

IV. Entre deux réunions du comité ou des instances concernés, les membres du comité national de suivi et de prospective et de ses instances peuvent être sollicités par voie électronique pour l'approbation de décision.

VI. Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres composant le comité national de suivi et de prospective du plan, du groupe restreint et des groupes de travail, sont présents, y compris les membres prenant part aux débats au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle ou s'étant fait représenter.. Lorsque le quorum n'est pas atteint, ils délibèrent valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé, conformément aux dispositions de l'article 11 décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

V. Le comité national de suivi et de prospective du plan, le groupe restreint et les groupes de travail se prononcent à la majorité des voix des membres présents ou représentés. Le président a voix prépondérante en cas de partage égal des voix, conformément aux dispositions de l'article 12 du décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

VI. Le procès-verbal de la réunion du comité national de suivi et de prospective du plan, du groupe restreint et des groupes de travail indique le nom et la qualité des membres présents, les questions traitées au cours de la séance et le sens de chacune des délibérations. Il précise, le cas échéant, le nom des mandataires et des mandants. Tout membre peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu. L'avis rendu est transmis à l'autorité compétente pour prendre la décision, conformément aux dispositions de l'article 14 du décret n°2006-672 du 8 juin 2006.

VII. La prise en charge des frais de déplacements des membres du comité national de suivi et de prospective du plan, du groupe restreint, des groupes de travail et des experts auxquels ils font appel dans le cadre de son activité, fait l'objet d'une indemnisation en conformité avec les dispositions du décret n°2006-781 du 3 juin 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Article 12 – Mission du bureau « Infections par le VIH, les IST et les hépatites » (RI2) de la sous-direction Prévention des risques infectieux (RI), près la direction générale de la Santé (DGS) du ministère chargé de la Santé

I. Le chargé de mission « hépatites » du bureau « Infections par le VIH, les IST et les hépatites » (RI2) de la sous-direction Prévention des risques infectieux (RI), près la direction générale de la Santé (DGS) du ministère chargé de la Santé assume les missions suivantes:

- il assiste le président du comité national de suivi dans la préparation des réunions de travail, la définition des priorités et dans la mise en œuvre de son plan de travail ;
- il contribue aux travaux du comité national de suivi et de prospective, du groupe restreint et des groupes de travail selon ses compétences;
- il assure la coordination entre les membres du comité national de suivi et de prospective, ses instances et leurs présidents;
- il assure le lien entre le comité national de suivi et de prospective, ses instances et la direction générale de la Santé ;
- il assure la logistique de l'organisation des réunions du comité national de suivi et de prospective, du groupe restreint et des groupes de travail spécialisés et organise, en tant que de besoin, des conférences téléphoniques;
- il participe aux réunions du groupe restreint sans voie délibérante.

II. Le secrétariat du comité de suivi et de prospective et du groupe restreint est assuré par le bureau « Infections par le VIH, les IST et les hépatites » (RI2) de la direction générale de la Santé.

Annexe 7 Abréviations

- AES : Accidents d'Exposition au Sang
- AFEF : Association française pour l'étude du foie
- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- ALD : Affection de Longue Durée
- AME : Aide médicale de l'état
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ANGH : Association nationale des gastro-entérologues des hôpitaux généraux
- ANGREHC : Association nationale des généralistes pour la réflexion et l'étude sur l'hépatite C
- ANITEA : Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
- ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
- AP-HP : Assistance publique-hôpitaux de Paris
- ARS : Agence régionale de santé
- ASUD : Auto-support des usagers de drogues
- ATU : Autorisation temporaire d'utilisation
- BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- BOP : Budget Opérationnel de Programme
- CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
- CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
- CE : Communauté européenne
- CES : Centre d'examen de santé
- CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit
- CépîDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- CETAF : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
- CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- CMUc : Couverture médicale universelle complémentaire
- CHV : Collectif hépatites virales
- CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections sexuellement transmissibles
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNOCD : Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes
- CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- CNOPH : Conseil national de l'ordre des pharmaciens
- CNR : Centre national de référence
- COREVIH : Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH
- CREGG : Club de réflexion des cabinets de groupes d'hépatogastroentérologie
- CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CTINILS : Comité technique des infections nosocomiales et infections liées aux soins
- CTV : Comité technique des vaccinations
- DAP : Direction de l'administration pénitentiaire
- DFA : Département Français d'Amérique
- DGS : Direction générale de la santé
- DGT : Direction Générale du Travail
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DO : Déclaration Obligatoire
- DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
- DSS : Direction de la sécurité sociale
- ELFE : Etude longitudinale française depuis l'enfance
- EMEA: European agency for the evaluation of medicinal products

- ETP: Equivalent temps plein
- FFA : Fédération française d'addictologie
- FHP : Fédération des hôpitaux privés
- FMC : Formation médicale continue
- FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
- FNPRRH : Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites
- GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
- HAS : Haute autorité de santé
- HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- InVS : Institut de veille sanitaire
- MDM : Médecins du Monde
- MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- MIGAC : Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
- OFDT : Observation français des drogues et des toxicomanies
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONDAM : Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie
- PBH : Ponction-biopsie hépatique
- PLFSS : Projet de loi de finance de la sécurité sociale
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
- PRIPI : programmes régionaux d'insertion des populations immigrées
- PRS : Projet régional de santé
- RNSP : Réseau national de santé publique
- SAE : Statistique d'activité des établissements
- SFA : Société française d'alcoologie
- SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation
- SFED : Société française d'endoscopie digestive
- SFHH : Société française d'hygiène hospitalière
- SFM : Société française de microbiologie
- SFT : Société francophone de transplantation
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- SNEG : Syndicat national des entreprises gais
- SNFGE : Société nationale française de gastroentérologie
- SNFMI : Société nationale française de médecine interne
- SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française
- SPSFE : Service de promotion de la santé en faveur des élèves
- UD : Usagers de drogues