

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

**RAPPORT FINAL  
DU  
COMITE DE SUIVI ET DE  
PROSPECTIVE**



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>I – RAPPORT FINAL DU PLAN.....</b>	<b>7</b>
<b>ETAT D’AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN.....</b>	<b>9</b>
<b>TABLEAU RECAPITULATIF DE L’AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN.....</b>	<b>11</b>
<b>AXE STRATEGIQUE I .....</b>	<b>15</b>
<b>AXE STRATEGIQUE II.....</b>	<b>20</b>
<b>AXE STRATEGIQUE III.....</b>	<b>23</b>
<b>AXE STRATEGIQUE IV .....</b>	<b>26</b>
<b>AXE STRATEGIQUE V .....</b>	<b>28</b>
<b>BILAN 2012 DU GROUPE DE TRAVAIL "LE PLAN ET SES ACTEURS" .....</b>	<b>37</b>
<b>II - BILAN DU DEPLOIEMENT DU PLAN EN REGIONS.....</b>	<b>41</b>
<b>BILAN DU GROUPE DE TRAVAIL.....</b>	<b>43</b>
<b>SYNTHESE DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ARS EN 2012.....</b>	<b>45</b>
<b>III ANNEXES.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 1 : COMPOSITION DU COMITE DE SUIVI ET DE PROSPECTIVE.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE RESTREINT.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 3 : REGLEMENT INTERIEUR .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 4 : COMPTE-RENDU DU COMITE PLENIER DU 13 DECEMBRE 2012 .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 5 : DOCUMENTS D’INFORMATION SUR LES HEPATITES B ET C .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 6 : ABREVIATIONS .....</b>	<b>90</b>



# **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.**

Le troisième plan national de lutte contre les hépatites virales B et C s'est clos en décembre 2012. Le présent document, sous forme de rapport final, en fait le bilan, identifie les difficultés rencontrées et, en termes de prospective, cible, à un moment où ces maladies connaissent une véritable révolution thérapeutique, les domaines où les avancées restent insuffisantes et vers lesquels doivent, très vite, se concentrer de nouveaux efforts.

La mise en œuvre et le suivi de ce plan, comme ceux des plans précédents, ont mobilisé et fédéré un grand nombre de personnes, représentant l'ensemble des Directions, Agences, Instituts, professionnels de santé, sociétés scientifiques et associations de patients concernés par la thématique. Que tous, et particulièrement la Direction générale de la santé (DGS) qui a assuré le pilotage du plan, soient sincèrement remerciés de leur participation et leur engagement, clairement liés au bon déroulement et au succès de la mission confiée.

Même s'il est acquis qu'au bout de ces trois années la quasi-totalité des mesures prévues ont été mises en œuvre (quelques rares étant devenues obsolètes), l'évaluation du plan a été prévue pour être dédiée à une structure indépendante, qui sera dirigée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et devrait rendre, dans les prochains mois, ses conclusions, d'ores et déjà très attendues. Une des difficultés de la mission sera sans doute d'évaluer, après seulement quelques mois, l'impact des actions mises en œuvre, l'expérience indiquant qu'un tel impact ne peut être réellement mesuré que sur le long terme. Notre pays a été le premier à mettre en place à l'échelon national une stratégie de programmes de lutte contre les hépatites virales (le tout premier il y a près de 15 ans). Récemment, une enquête menée dans trente pays européens par l'European liver patients association (ELPA) a montré que la France apparaissait, selon un ensemble de critères, en première position dans la prise en charge des hépatites. Avec trois plans successifs, il n'est pas défendu de penser que ces résultats soient en grande partie liés à cette stratégie. La prévision par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'aider à la mise en place de programmes similaires dans le plus grand nombre de pays et les actions prévues dans le même sens par l'European centre for disease prevention and control (ECDC) en direction des états membres, supportent cette analyse.

La prise en charge des hépatites B et C a connu au cours de ces récentes années des avancées majeures. La mise au point de tests de virologie moléculaire performants a permis d'affiner à la fois le diagnostic et le suivi thérapeutique des patients et le développement des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique de s'affranchir, dans bon nombre de cas, du frein représenté par la biopsie du foie. L'évolution des traitements a, quant à elle, été spectaculaire, s'agissant de maladies vis-à-vis desquelles on ne disposait, jusqu'il y a peu de temps, que d'agents à efficacité réduite. Avec les traitements actuels, un contrôle de l'infection virale B est obtenu chez 90% des patients et une guérison de l'infection virale C chez 70 à 80% d'entre eux, avec l'espoir, selon les premiers résultats des antiviraux en développement, d'une guérison quasi systématique. Aucune autre maladie virale n'a connu, sur une période aussi restreinte, de telles avancées thérapeutiques.

Les préoccupations qui se dessinent sont en miroir de ces progrès. Comment accepter, face à des maladies au potentiel évolutif aussi grave, que ces traitements, capables de limiter le nombre de cirrhoses, de cancers du foie et de transplantations hépatiques et d'améliorer significativement la qualité de vie des personnes malades, ne soient pas délivrés au plus grand nombre ? Pour atteindre cet objectif, un renforcement du dépistage et de l'accès aux soins est une priorité et doit rapidement être préconisé. Sur les quelque 500.000 personnes infectées en

France par les virus des hépatites B ou C, une sur deux seulement a été dépistée. Les stratégies de dépistage, insuffisamment performantes aujourd'hui, doivent être redéfinies et le développement et la validation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) accélérés. Un meilleur accès au traitement et une amélioration de son suivi impliquent une redéfinition des parcours de soins et des tâches des différents acteurs de santé concernés. A cet égard, l'implication des médecins généralistes, présents à toutes les étapes de la prise en charge, doit être renforcée. Des expériences récentes ont montré que l'éducation thérapeutique et, en particulier, le recours à une infirmière formée pour la dispenser permettaient d'accroître à la fois l'adhésion au traitement et les taux de guérison. Il apparaît urgent d'en favoriser le développement au niveau des régions.

L'accès au traitement d'un plus grand nombre de personnes malades implique aussi un renforcement des moyens en direction des services experts qui ont la charge des patients les plus graves. Depuis 2005, une dotation au titre d'une mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) a été prévue en direction de ces services et déléguée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Cette dotation est destinée à financer des actions spécifiques. Mais l'évaluation des moyens nécessaires devra être redéfinie au travers d'une analyse actualisée des activités développées par les services experts. En outre, l'affectation réelle des financements destinés aux services experts par les établissements de santé demande à être précisée et des solutions doivent être trouvées avec l'ensemble de partenaires concernés pour qu'elle soit effective.

Lors de la dernière réunion du Comité plénier de suivi et de prospective du plan, le 13 décembre 2012, un soutien fort a été apporté par notre Ministre, consciente de l'enjeu représenté par les hépatites et de la nécessité de poursuivre la lutte contre ces infections, avec le souhait exprimé d'une attention en direction des personnes les plus vulnérables et d'une coopération renforcée avec la société civile. Cette position de soutien s'est concrètement manifestée par la proposition que soit rapidement établi un rapport de recommandations « Hépatites » sur le modèle des rapports « VIH » produits depuis plusieurs années par les professionnels de cette infection. Il a été suggéré que ce rapport soit réalisé sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du Foie (AFEF) et ses modalités de mise en œuvre devraient être rapidement définies. Il a été également acté que les recommandations en émanant servent de base aux futurs et nécessaires programmes d'action, qui – rien ne peut l'exclure – pourraient conduire à terme à l'éradication de ces infections.

## **M 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**

Le plan 2009/2012, troisième plan national, est arrivé à la fin de son voyage. Lao-Tseu dit : « *Le but n'est pas seulement le but, mais le chemin qui y conduit.* ». Si on regarde ce qui a été fait en 12 ans, on peut réellement se dire qu'il y a du mieux dans presque tout, même si le but n'est pas atteint. Quant au chemin, c'est tout ce travail des différents groupes qui a permis de croiser des savoirs, des pratiques et des expériences.

Nous sommes loin d'en avoir fini avec les virus mais le malade militant que je suis se doit d'être insatisfait quand nos responsables n'assument pas ou mal leurs engagements. La mise à disposition de TROD nous est promise depuis 2 ans par le ministère. L'action sur le dépistage du VHB et la vaccination n'est pas une franche réussite et se doit d'être renouvelée. L'Action 5 : Agir dans les lieux festifs serait une très bonne chose mais nos dispositifs de réduction des risques en milieux festifs rencontrent des difficultés. Il y a une véritable répression qui s'exerce même sur les acteurs de la réduction des risques.

Comme il est cité dans ce rapport : « *Pour certaines actions mises en œuvre, l'impact n'est pas connu ou mesuré, par exemple l'information des médias et des relais d'opinion, les propositions de vaccination aux personnes les plus exposées ou l'application de la réglementation relative au tatouage et perçage.* ». Je pense qu'une rencontre avec les représentants de la profession (tatoueurs/perceurs) et des propositions pour qu'ils se labellisent eux-mêmes avec des garanties de formation des personnels seraient bien accueillies. Quant aux médias et relais d'opinions, il y a un énorme travail à faire pour qu'on parle justement de ces virus et comment les combattre.

La prévention et la réduction des risques infectieux en milieu carcéral devraient, par les actions engagées, rencontrer des succès si on donne les moyens adéquats aux services concernés. L'éducation thérapeutique (ETP) a toute sa place sur le sujet si on forme le personnel.

Le compte-rendu de l'activité du groupe de travail n°1 "Déploiement du plan en région" fait part des difficultés pour identifier ce qu'il est réellement fait au niveau des ARS. Plus grave que ça, les crédits devant être consacrés aux hépatites ont un fléchage « indicatif », non impératif contrairement au VIH. On comprend mieux pourquoi les programmes d'ETP hépatites sont au stade de la préhistoire. De plus, un malade d'une hépatite virale est un consultant externe (sauf s'il est au stade de la décompensation), donc il ne rapporte que peu dans la T2A.

Pour conclure, je dirais qu'on avance, que ce n'est pas toujours facile et qu'il serait bon d'insister encore un peu. C'est pourquoi nous, malades, demandons que le plan national continue.

« *Il faut dépasser le but pour l'atteindre.* » Charles-Augustin Sainte-Beuve.



# **I - RAPPORT FINAL DU PLAN**



## ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN

**TABLEAU RECAPITULATIF DE L'AVANCEMENT DES ACTIONS DU PLAN**

Terminée
En cours
Non réalisée / abandonnée

### AXE I : REDUCTION DE LA TRANSMISSION DES VIRUS B ET C (prévention primaire)

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
<b>Objectifs 1 : Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter</b>			
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	
<b>Objectifs 2 : Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B</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 l'hépatite 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
<b>Objectifs 3 : Renforcer la réduction des risques de transmission chez les UD</b>			
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
<b>Objectifs 4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risques</b>			
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**

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
<b>Objectifs 1 : Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque</b>			
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	
<b>Objectifs 2 : Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats</b>			
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**

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
<b>Objectifs 1 : Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C</b>			
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	
<b>Objectifs 2: Favoriser l'éducation thérapeutique du patient</b>			
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 Evaluer 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**

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
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 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			X
IV -5 Evaluation 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**

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
<b>Objectif 1: Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologique</b>			
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	
<b>Objectif 2: Renforcer l'évaluation</b>			
V -2-1 Etude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C			X
V -2-2 Evaluation 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 Evaluation 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 Evaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et de sérovaccination des nouveaux-nés de mère séropositive		X	
V -2-8 Evaluation 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 Evaluation du rôle et de l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officine dans la mise en place des politiques de RDR			X
<b>Objectif 3: Développer la recherche et la prospective</b>			
V -3-1 Evaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux		X	
V -3-2 Etude 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 morbidimortalité des hépatites B chroniques en fonction des scenarii thérapeutiques		X	
<b>Objectif 4: Suivre et évaluer l'impact du plan national</b>			
V -4-1 Mise en place d'un comité de suivi et de prospective			X

## AXE STRATEGIQUE I

### Réduction de la transmission des virus B et C

**Coresponsables :** Dominique ROULOT (AFEFF), Fabrice OLIVET (ASUD).

**Parmi les 17 actions de cet axe :** 6 sont terminées, 11 sont engagées.

#### 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.**

En 2012, la « Semaine européenne de la vaccination » (SEV) a eu pour thématique nationale la vaccination des adolescents et jeunes adultes. Dans le dossier de presse préparé pour cet événement, la vaccination contre l'hépatite B faisait partie des vaccinations visées par cette priorité nationale et une fiche spécifique sur l'hépatite B et sa prévention y était incluse (Inpes).

En janvier 2012, un espace thématique d'information sur les hépatites virales a été mis en ligne sur le site Internet de l'INPES. Les dossiers thématiques « hépatites virales » et « couverture vaccinale » du site Internet de l'InVS ont été mis à jour respectivement en octobre 2012 et en novembre 2012.

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

Des partenariats (Inpes) ont été établis avec des ordres professionnels (conseils de l'ordre des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmières), des sociétés savantes (maladies infectieuses, pédiatrie), des écoles paramédicales, des services de médecine de prévention (santé scolaire, universités, santé au travail) pour la promotion des vaccinations, notamment lors de la SEV, incluant la diffusion de documents d'information. Les documents sont aussi diffusés gratuitement sur demande, en continu durant l'année. Lors d'événements professionnels (salons ou congrès d'inféctiologues, pédiatres libéraux, médecins généralistes, hépato-gastroentérologues, médecins du travail, infirmiers...), l'Inpes met à disposition des supports d'information sur la prévention (vaccination, dépistage). Des résultats du Baromètre Médecins Généralistes 2009 et du Baromètre Santé 2010 sur les vaccinations ont été publiés en 2012.

L'InVS a collaboré à ou réalisé un total de trente publications ou communications sur le thème des hépatites B et C en 2012. Un numéro du BEH de juillet 2012 a été consacré à la thématique des hépatites virales.

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

Des associations de santé communautaire proposant des actions d'éducation à la réduction des risques sont financées au niveau national par la Direction générale de la santé (Association française de réduction des risques, Techno+, ASUD, Safe) et régional par les ARS (ASUD, Techno+, ...).

L'Inpes accorde une subvention à la Fédération SOS-Hépatites pour l'organisation de ses journées nationales et soutient l'information directe du public sur les hépatites virales via le dispositif téléphonique et le site Internet « Hépatites Infos Services ». Le milieu associatif (métropole et DOM) est aussi soutenu au travers du programme « Santé sexuelle » de l'Inpes dans le cadre de conventions pluriannuelles (2011-2013) pour des actions de prévention de l'ensemble des infections sexuellement transmissibles et des hépatites (ainsi : Aides, Action Solidarité Marseille, Afrique Avenir, Arcat, COMEDE).

#### 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.**

L'information des médecins sur la vaccination contre l'hépatite B est incluse dans l'information et la communication réalisée auprès de professionnels de santé sur les vaccinations en général et sur les hépatites virales à l'occasion de congrès, salons et publications (cf. ci-dessus action 1-1-2). Les documents de l'INPES sur la vaccination (disque, affiche et carte postale du calendrier vaccinal, guide des vaccinations,

questions-réponses, ..), bien que non spécifiques de la vaccination contre le VHB, sont actualisés si nécessaire, et sont largement diffusés pendant la SEV ainsi que tout au long de l'année. A cette occasion, des actions régionales sont aussi organisées en direction des professionnels de santé. A titre d'exemple, l'ARS PACA a élaboré et diffusé auprès des médecins de la région une fiche argumentaire sur la vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons. Pour la SEV 2012, le thème de la vaccination contre le VHB a été développé par 9 régions.

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

L'enquête sur la cohorte ELFE (étude longitudinale française depuis l'enfance) a été lancée en avril 2011 dans plus de 300 maternités réparties sur tout le territoire national. Le module thématique « maladies infectieuses », qui inclut des questions sur le dépistage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et la sérovaccination des nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs, sera analysé en 2013.

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

Le site « prends-moi » (site des sexualités gays) animé par l'Inpes regroupe différents outils qui comprennent des informations sur les hépatites B et C (guide gay anatomie, magazines, vidéos, ..). La brochure « Sexe et santé » qui comprend des pages spécifiques sur les hépatites est diffusée depuis sa parution en septembre 2011.

Plusieurs enquêtes coordonnées par l'InVS mesurent les indicateurs prévus pour cette action. La prévalence des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs chez les HSH fréquentant les lieux de convivialité (PREVAGAY 2009) est respectivement de 1% et de 1,4%. Les analyses des enquêtes périodiques "Presse gay et lesbiennes", où des questions spécifiques sur les hépatites (notamment la couverture vaccinale déclarée), ont été insérées sont en cours (résultats prévus en 2013).

### **I -2. Action 4 : Proposition de la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues (UD) dans les CSAPA. Action terminée.**

Depuis 2008, les CSAPA disposent d'un financement pour proposer un dépistage contre l'hépatite B et une vaccination gratuite si besoin. Les rapports d'activité 2010 montrent que 41% des CSAPA « drogues illicites » et 19% des CSAPA « alcool » ont déclaré que des patients avaient bénéficié d'un dépistage de l'hépatite B. 9,3% des patients des CSAPA « drogues illicites » ont bénéficié d'un dépistage et 7% de ceux des CSAPA « alcool ». Parmi les patients dépistés, 31,2% ont débuté une vaccination dans les CSAPA « drogues illicites » et 20,6% dans les CSAPA « alcool ».

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

Des émissions de radio en direction de populations migrantes ont été réalisées par l'INPES sur le thème des hépatites B et C (RFI, Africa n°1) avec questions des auditeurs et réponses d'un expert, expliquant l'intérêt d'un dépistage et de la vaccination contre l'hépatite B.

La surveillance de l'hépatite B chronique, mise en place par l'InVS dans les pôles de référence et réseaux hépatites depuis 2008 et qui inclut tout patient nouvellement pris en charge, montre pour la période 2008-2011 que 81% de ces patients (plus de 3600 naïfs de traitement) étaient nés dans un pays de moyenne ou forte endémie pour le VHB.

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

Les résultats des enquêtes de 2009 concernant la couverture vaccinale des professionnels de santé (VAXISOIN) et des étudiants dans les filières sanitaires en région parisienne (STUDYVAX) ont été diffusés en 2011 : 91,7% du personnel soignant des établissements de soins métropolitains étaient vaccinés et 91,8% des étudiants des filières santé au sein de l'AP-HP.

Les résultats du baromètre Médecins généralistes (MG) 2009, qui donnent des informations sur la couverture vaccinale des médecins généralistes libéraux ainsi que sur leurs opinions et pratiques vis-à-vis de la vaccination contre le VHB, ont fait l'objet de communication en 2011 et en 2012 (BEH).

## I- Objectif 3

*Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues (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, coordonnée par l'InVS en collaboration avec l'INSERM, a démarré en juin 2011 ; ses résultats comprenant une analyse sur les consommations régulières d'alcool et les polyconsommations seront disponibles en 2013.

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

Les résultats de l'étude nationale (PrimInject), réalisée via Internet par l'INPES auprès d'UD, sur les contextes de la première injection, ont été mis à disposition en 2011 ; en 2012 ils ont fait l'objet de plusieurs communications (Journées nationales de RDR, Forum national de SOS Hépatites, Journée nationale contre les Hépatites B et C, Rencontres du CRIPS, Colloque THS 10) et ont été publiés dans la revue ACTAL (février 2012). Une étude de faisabilité autour de l'adaptation du programme anglais de prévention du passage à l'injection "Break the cycle" a été mise en place en 2011 et s'est faite en 3 étapes (étude internationale, étude nationale, groupe de travail) ; la synthèse a fait l'objet d'un rapport non publié.

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

Dans l'enquête Coquelicot 2011, des données sur les pratiques de partage de seringues, d'eau, de coton et de récipient seront disponibles pour deux périodes : au cours de la vie et dans le dernier mois. Ces données seront disponibles en 2013.

Les résultats de l'étude de faisabilité et de l'enquête « PrimInject » réalisées par l'INPES ont permis de préciser les modalités d'appui à des actions de terrain et de mettre en place en septembre 2012 le groupe de travail dont la mission consiste à adapter le programme anglais de prévention du passage à l'injection – « Break the cycle » - au contexte français. Un manuel d'intervention et de formation est prévu pour 2013-2014. Par ailleurs, l'INPES, en complément de la diffusion d'outils d'information pour les UD (guide « réduire les risques infectieux chez les UD par voie intraveineuse », carte VHC et usage de drogues), finance la fourniture de kits de réduction des risques aux associations en rupture de stock (dans un contexte exceptionnel) et attribue des subventions aux associations pour le remplacement d'automates distributeurs de trousse de prévention.

Le projet AERLI, soutenu par l'ANRS, permettra d'évaluer l'intérêt d'interventions éducatives auprès d'UD.

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

L'ANSM a mis en place depuis 2008 une surveillance nationale de la commercialisation d'une forme "sèche" (gélule) de la méthadone via les réseaux de pharmacovigilance, d'addictovigilance et de toxicovigilance, en complément du plan de gestion des risques organisé par le laboratoire producteur. Un bilan de ce suivi est réalisé chaque année. L'analyse des données collectées a conduit l'ANSM à assouplir les conditions de renouvellement semestriel de prescription de cette forme galénique mais aussi à maintenir la surveillance renforcée de la méthadone en addictovigilance et en toxicovigilance.

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

Des subventions sont accordées par la DGS et les ARS à des associations pour qu'elles diffusent des messages de prévention dans les lieux festifs tels que : bars, discothèques, soirées étudiantes, festivals, soirées techno.

L'INPES met à la disposition des associations des documents et des brochures sur les risques liés à la consommation d'alcool, l'usage de drogues par injection ou voie nasale, le dépistage de l'hépatite C, les pratiques de tatouage...

## 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.**

Les avis et rapport du Haut Conseil de la santé publique de juin 2011 sur la prévention de la transmission du virus des hépatites virales B et C et du virus de l'immunodéficience humaine aux patients par le personnel de santé ont été rendus publics en novembre 2011. Une revue de la littérature sur les risques de transmission soignant-soigné a été réalisée par le GERES, les premières données ont été présentées lors de la 22<sup>ème</sup> Journée annuelle de l'association en décembre 2012 (rapport final fourni en 2013).

Une étude rétrospective réalisée par le CCLIN-Est sur le suivi des AES chez les professionnels non immunisés et exposés au VHB n'a pas mis en évidence de séroconversion post-AES chez ces professionnels mais a montré que la prise en charge post-AES chez les soignants non répondeurs pour le VHB était variable.

Ces différents éléments ainsi que l'actualisation du rapport d'experts sur VIH en 2013 permettront de revoir la circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS du/2008/91 du 13 mars 2008<sup>1</sup> sur le suivi des personnes après un accident d'exposition aux virus VIH, VHB et VHC.

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

L'ensemble des textes et documents (fiches de bonnes pratiques, fiches d'information, liste des formations habilitées) concernant les actes de tatouage et perçage est disponible sur le site Internet du ministère chargé de la santé.

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

Depuis l'automne 2010, une brochure d'information sur la transmission sexuelle de l'hépatite C est diffusée par l'INPES dans les établissements de convivialité gays. Son actualisation est en cours en 2012.

---

## **Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe I**

- *ANRS Pipes à crack* : 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 de la consommation de crack par voie fumée. Analyse en cours.

- *ANRS FORMVAC* : Etude multicentrique prospective, à laquelle a collaboré l'InVS, 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 (CDAG) en France. Terminée : présentations (ICAAC et AFEF 2012), publications en cours de préparation.

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

- *ANRS Parcours* : Enquête « Parcours de vie, VIH et Hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile-de-France ». Coordination assurée par le Centre Population et Développement (CEPED) associé à l'INPES et à l'INSERM. Etude pilote réalisée en 2010. En cours.

- *ANRS 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). Etude interventionnelle multicentrique (centrée sur les pratiques d'injection au regard notamment des risques de transmission du VIH et du VHC) menée par les associations AIDES (localisation Avignon) et Médecins du Monde (localisation Ile-de-France). En cours.

---

<sup>1</sup> Publiée au Bulletin Officiel Santé n°2008/5 du 15 juin 2008 : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste\\_20080005\\_0100\\_0079.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf)

- *Coquelicot 2011* : Enquête multicentrique, multisite sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission du VIH, VHC et VHB chez les usagers de drogue, ainsi que sur les consommations d'alcool. Analyse en cours.

---

## Bilan et perspectives

En 2012, les actions engagées ont porté plus particulièrement sur la promotion de la vaccination contre l'hépatite B en direction des adolescents et jeunes adultes (actions I-1-1 et I-2-1), des personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie (action I-2-5). L'adaptation du programme « Break the cycle »<sup>2</sup> est en cours et un guide pour l'intervention devrait être élaboré en 2013 (action I-3-3).

A la fin de l'année 2012, pour les quatre objectifs de cet axe déclinés en dix-sept actions puis en trente-six sous-actions, le bilan montre que :

- six actions ont été réalisées (35% des actions) et les onze autres (65% des actions) ont été engagées ou partiellement réalisées ;
- parmi les sous-actions, quatorze ont été finalisées, dix-neuf engagées ; seules trois n'ont pas été mises en œuvre avant cette échéance mais elles devraient l'être en 2013.

De 2009 à 2012, de nombreux documents ou brochures concernant la prévention des hépatites ont été élaborés par l'INPES et des associations. La recherche sur les hépatites virales B et C a aussi été fortement développée, y compris dans le champ de la prévention.

Pour certaines actions mises en œuvre, l'impact n'est pas connu ou mesuré, par exemple l'information des médias et des relais d'opinion, les propositions de vaccination aux personnes les plus exposées ou l'application de la réglementation relative au tatouage et perçage.

Des actions engagées devront être poursuivies au-delà de l'échéance du plan (ainsi l'incitation à la vaccination, le soutien aux associations, l'amélioration des pratiques de réduction des risques chez les usagers de drogues...). De même, si les actions prévues par ce plan dans les lieux festifs ont été réalisées, cette mesure doit bien sûr être poursuivie.

La réduction de la transmission de l'hépatite B et C nécessite d'améliorer les connaissances et les perceptions du public vis-à-vis de ces deux maladies, directement par des actions d'information spécifiques ou par l'intermédiaire des professionnels de santé. L'amélioration des couvertures vaccinales des populations les plus exposées au virus de l'hépatite B, dont les taux de couverture vaccinale sont insuffisamment connus, est liée à la problématique du dépistage de ces populations. Elle demandera aussi aux professionnels de profiter de toute consultation pour faire le point avec leurs patients sur leur statut vaccinal et à l'ensemble des acteurs de développer des actions de sensibilisation innovantes, adaptées aux publics concernés. La politique de réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues a montré ses limites pour le contrôle de la transmission du virus de l'hépatite C ; d'autres mesures sont à envisager, telles qu'un meilleur maillage géographique des structures spécialisées d'accueil (CSAPA, CAARUD), un développement de la mise à disposition du matériel de RDR (modernisation du réseau des automates) ou un élargissement de la palette de l'offre de réduction des risques. Elle devra aussi tenir compte de nouvelles pratiques à risque telles que le « slam »<sup>3</sup> chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ces mesures pourront être intégrées dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives en préparation.

---

<sup>2</sup> «Break the cycle» est un programme anglais de prévention du passage à l'injection ; pour en savoir plus : [http://www.pistes.fr/swaps/67\\_6.htm](http://www.pistes.fr/swaps/67_6.htm)

<sup>3</sup> Le « slam » correspond à la pratique d'injections de drogues chez les gays, apparue récemment avec la disponibilité sur le marché de la mephédrone et de produits dérivés.

## AXE STRATEGIQUE II

### Renforcement du dépistage des hépatites B et C

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

**Parmi les 6 actions de cet axe :** 1 est terminée, 4 sont engagées ; une, non engagée, est abandonnée.

#### 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.**

La diffusion des deux dépliants et affichettes concernant le dépistage de l'hépatite C (destinés à tout patient via les professionnels de santé) s'est poursuivie en 2012. La vidéo sur l'hépatite B, réalisée dans le cadre de la campagne de dépistage des IST et toujours disponible sur le site spécifique sur les IST ([www.infos-ist.fr](http://www.infos-ist.fr)), a été visionnée par 13 000 personnes sur les 9 premiers mois de 2012.

Les différents systèmes de surveillance mis en place par l'InVS, dont l'analyse des bases médico-administratives, montrent une augmentation régulière de l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs depuis 2000. L'enquête nationale LaboHEP 2010 réalisée par l'InVS confirme que l'activité de dépistage est élevée mais insuffisamment ciblée sur les populations les plus exposées.

L'enquête "Baromètre santé 2010", qui intègre des modules sur les hépatites virales et la vaccination contre l'hépatite B, fournira des résultats en population générale. L'enquête KABP/SIDA 2010, également en population générale, a montré les carences de connaissance à propos des modes de contamination par le VHB (notamment sexuel), le faible recours au dépistage et à la vaccination, y compris dans certains groupes à risque. Ces résultats permettront d'orienter les efforts d'information en population générale.

La DGS a lancé un appel à projets portant sur le dépistage des hépatites et des IST. Sur les 5 projets retenus, quatre concernent le dépistage des hépatites virales dans 4 régions (Bretagne, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire et Rhône-Alpes) : un en direction des usagers de drogues, trois vers les personnes migrantes.

Un document de l'INPES à destination des professionnels de santé, actualisant les recommandations de dépistage et de vaccination des personnes exposées au virus de l'hépatite B, est en cours de réalisation.

##### 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.**

Le projet d'un dépistage des hépatites au cours d'une consultation d'anesthésie est abandonné.

##### II -1. Action 3 : Incitation des usagers de drogue (UD) 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.

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 (article 108) et la publication de l'arrêté du 8 juillet 2010, l'anonymat peut être levé dans les CDAG et CIDDIST, permettant ainsi de vacciner un patient si celui-ci a donné son accord par écrit.

L'enquête COQUELICOT 2011 permettra de disposer d'informations sur la proportion d'UD ayant fait un dépistage, un dépistage récent (moins de 6 mois) et la proportion de ceux connaissant leur résultat de sérologie positive. Ces données seront disponibles en 2013(cf. actions I-3- 1 et 3)

L'incitation au dépistage des UD serait facilitée par l'utilisation de tests ne nécessitant pas un prélèvement veineux. En 2012, l'ANSM a finalisé l'évaluation de la performance des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour l'hépatite C et a transmis le rapport à la DGS. Une étude d'évaluation des TROD VHC après prélèvement de liquide cravicaire ou capillaire au bout du doigt, menée par le CNR hépatites B, C et Delta, a débuté au second semestre 2012 ; les résultats sont attendus en 2013. L'étude OPTISCREEN

B a évalué les performances de TROD VHB. La HAS, quand elle disposera des résultats de ces études, définira la stratégie d'utilisation de ces tests.

## **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.**

En 2012, plusieurs émissions sur le thème de l'hépatite B et de l'hépatite C avec questions des auditeurs et réponses d'un expert ont été organisées à l'initiative de l'INPES sur les radios Africa n°1 et sur RFI. Parallèlement, une communication de fond sur l'hépatite B est poursuivie en utilisant des supports multithématiques tels que le magazine « Et la santé on dit quoi », le roman-photo thématique « Amour, gloire et santé », un court-métrage thématique de la série « Toi-même tu sais » en cours de réalisation et qui sera diffusé en 2013 sur les télévisions communautaires.

Une campagne visant à banaliser le dépistage du VIH et des IST (dont l'hépatite B) a été diffusée durant la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) 2012 : spots TV diffusés sur le bouquet Africa et Orange Sport, spot radio sur les ondes des stations RFI et Africa n°1, affiches déployées dans les lieux communautaires (coiffeurs, restaurants, marchés, etc.), annonces dans la presse affinitaire. Cette campagne a également été déclinée et diffusée dans les Antilles-Guyane, du 12 au 28 février 2012, à l'occasion du Carnaval et en Juin 2012. Le site internet la « Santé pour tous » est en cours de modification, il permettra de mieux informer les personnes originaires de pays de forte et moyenne prévalence de ce que sont les hépatites virales, leurs modes de transmission, les symptômes et risques de complications, les modes de prévention et l'intérêt de se faire dépister.

Dans le cadre de l'actualisation du guide « COMEDE » destiné aux professionnels de santé, les chapitres sur l'hépatite B et l'hépatite C sont en cours d'actualisation. La nouvelle édition du guide sera disponible en 2013.

Une convention entre la DGS et l'association ISM interprétariat permet, si nécessaire, le recours à un interprète professionnel par téléphone dans les CDAG, les CIDDIST, les consultations de Médecins du Monde et du COMEDE.

En région, les spécialistes essaient de relayer ce besoin de dépistage auprès des populations originaires de pays à moyenne ou forte endémicité. Ainsi, plusieurs initiatives sont en cours de développement auprès de populations à risque : 1) offre systématique de dépistage du VHB, du VHC et du VIH dans la population fréquentant la PASS<sup>4</sup> de Créteil (93% de migrants), 2) dépistage auprès de la population Khmer de la région lyonnaise, 3) dépistage des populations à risque à partir de relais de travailleurs sociaux dans l'Orléanais, 4) dépistage auprès des travailleurs immigrés de la région lyonnaise.

## **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.**

Les recommandations de la HAS sur les stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C ont été publiées en 2011. La DGS a sollicité la DSS et l'UNCAM pour la création d'un acte de dépistage de l'hépatite B regroupant trois marqueurs à la nomenclature des actes de biologie médicale.

Parallèlement au contrôle de marché réalisé par l'ANSM sur les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) existant pour le VHC, la HAS a été saisie pour déterminer la place de ces tests dans la stratégie de dépistage. Une étude d'évaluation de ces tests rapides sur sang total et salive est en cours ; les résultats de cette étude donneront lieu à une recommandation par la HAS courant 2013. (Indicateurs : cf. action II-1-1).

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

La réalisation d'un document pour les médecins généralistes expliquant l'interprétation des résultats sérologiques pour le VHB est en préparation dans les suites données aux recommandations de la HAS sur la stratégie de dépistage. Par ailleurs, l'utilisation de TROD VHC et VHB, quand leur place dans le dépistage de ces maladies sera définie, nécessitera de prévoir de former au rendu des résultats les personnes proposant les tests, notamment s'ils sont réalisés en milieu non médicalisé.

---

<sup>4</sup> PASS : permanence d'accès aux soins de santé.

---

## **Recherches financées par l'ANRS relevant de l'axe II**

- *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? (4000 sujets inclus). Phase 2 en cours d'analyse. Présentations phase I (AFRAVIH, EASL, JNI 2012). Les résultats de cette phase I montrent une prévalence de l'Ag HBs plus élevée que dans les enquêtes précédentes en population (2,1%) et une sous-estimation des médecins quant à la nécessité d'un dépistage.

- *Faisabilité du dépistage généralisé du VIH et des hépatites en région* (contrat d'initiation). En cours.

---

## **Bilan et perspectives**

Les actions engagées (II-1-1, II-1-4, II-2-1, II-2-2) ont été poursuivies en 2012. La DGS a financé 4 projets régionaux incitant au dépistage des hépatites virales B ou C. Une des actions de cet axe (II-1-2 : dépistage lors des consultations d'anesthésie) a été définitivement abandonnée car il a semblé plus réaliste d'améliorer l'information pour inciter au dépistage, à l'occasion de différentes consultations médicales, généralistes, médecins du travail, médecins scolaires, gynécologues-obstétriciens. Les résultats de l'enquête Coquelicot 2011 donneront des données quant à l'impact de l'action II-1-3.

La mise à disposition de TROD et la définition de leur place dans la stratégie de dépistage des hépatites devraient faciliter ce dépistage dans les populations éloignées du système de soins, en particulier les usagers de drogues. Pour cette population, une approche intégrant les comorbidités somatiques, en particulier les hépatites, pourrait être proposée en associant à la prise en charge de l'addiction un soutien au dépistage (TROD) et une sensibilisation à la maladie hépatique et à l'importance de son suivi (Fibroscan) (cf. bilan Axe III).

Dans la continuité du Plan de lutte contre les hépatites B et C, le rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites B et C, prévu pour début 2014, permettra, dans le chapitre « dépistage » une réflexion sur les meilleures stratégies de dépistage à recommander. Les questions posées sont notamment :

- 1) Faut-il proposer un dépistage généralisé du VHC en population générale d'une cohorte d'âge, comme il est recommandé aux USA ? La meilleure cohorte d'âge resterait à définir en fonction de l'épidémiologie française ?
- 2) Faut-il tester la stratégie « Test and treat » chez les usagers de drogue afin de réduire la prévalence et l'incidence de nouvelles infections dans cette population à fort risque de transmission du VHC ?

## AXE STRATEGIQUE 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 (ANGREHC).

**Parmi les 11 actions de cet axe :** 1 est terminée, 10 sont 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 engagée.**

Une actualisation des listes des actes et prestations (pour l'affection de longue durée n°6) concernant les hépatites chroniques B et C a été mise en ligne par la HAS en juin 2012. La HAS a inscrit à son programme de travail 2013 l'élaboration d'une synthèse sur les stratégies d'utilisation des nouveaux antiviraux (inhibiteurs de protéase) dans le traitement de l'hépatite C chronique. Par ailleurs, la HAS a modifié l'approche des maladies chroniques regroupées dans les ALD et développe de nouveaux guides précisant l'ensemble du parcours de soins des patients.

#### 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.**

Les travaux du groupe DGOS / DGS, mis en place en 2010 pour actualiser la circulaire du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins des patients atteints d'hépatite C, ont inclus l'hépatite B dans leur réflexion. Le groupe a répertorié les missions et rôles des différents intervenants dans la prise en charge des patients. Ces travaux ont été utilisés pour l'élaboration de la fiche concernant les services experts de lutte contre les hépatites virales dans le guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG) (cf. action III-3-1).

#### 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 élaborée par l'AFSSAPS ont été publiées et diffusées aux professionnels de santé. Les consultations de psychiatre sont inscrites dans le guide « Actes et prestations - Hépatite C » de la HAS. Cet aspect de la prise en charge des patients devrait être intégré dans les futurs documents de la HAS concernant cette maladie chronique.

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

Dans le cadre de l'élaboration par les ARS des Plans stratégiques régionaux de santé, la thématique des hépatites virales a été inscrite par 2 ARS dans le volet addictologie de leurs schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) et par 11 ARS pour les personnes présentant une addiction dans leurs schémas régionaux médico-sociaux (SROMS). La recherche action (études CSAPASCAN et UCSASCAN ayant pour objectif de documenter l'effet d'une proposition systématique d'examen non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique sur le parcours de soins) a permis la mise à disposition de Fibroscan® dans 7 CSAPA et dans 5 UCSA. Les résultats définitifs de ces études seront disponibles au 4<sup>ème</sup> trimestre 2013.

### **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.**

A l'issue des campagnes de labellisation des programmes d'éducation thérapeutique lancées par les ARS, une enquête réalisée par la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRRH) a identifié 17 projets portés par des services experts de lutte contre les hépatites, 4 portés par des centres hospitaliers généraux et 4 projets non hospitaliers. Des outils pédagogiques pour les infirmiers en charge de l'éducation thérapeutique de patients atteints d'hépatites virales ont été élaborés par l'association SOS-Hépatites.

### **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 engagée.**

Cf. Action III -1 - 2 (mise à jour de la circulaire de 1999). Le groupe de travail a fait le point sur les missions des pôles de référence Hépatites (maintenant dénommés services experts de lutte contre les hépatites virales). Ces missions ont été reprises dans le guide contractualisation des dotations des MIG ; ce guide prévoit de demander à ces services un retour sur leurs activités. Une dotation budgétaire spécifique pour la prise en charge des nouveaux patients (de 8,4 millions d'euros) a été allouée, via les ARS, aux services experts de lutte contre les hépatites virales en décembre 2012 (cf. Circulaire N°DGOS/R1/2012/406 du 10 décembre 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé, annexe I.1 ; lien internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/12/cir\\_36202.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/12/cir_36202.pdf) ).

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

Les subventions aux associations d'usagers et de patients (Collectif hépatites virales, Fédération SOS Hépatites, Association française des hémophiles, ASUD, TRT-5...) développant des actions de soutien aux patients ou dans le domaine du dépistage et de l'éducation thérapeutique ont été reconduites en 2012 au niveau national par la DGS. Au niveau régional, certaines ARS ont aussi accordé des subventions à de telles associations (SOS Hépatites, Association française des hémophiles...).

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

Dans le cadre de la convention signée avec la DGS, un courrier d'information a été adressé aux hôpitaux par l'association ISM interprétariat. Cette convention permet aussi que des prestations d'interprétariat (mais plafonnées) s'effectuent dans les hôpitaux lorsqu'aucun système propre au centre hospitalier n'existe. Cette convention couvre aussi un soutien aux CDAG-CIDDIST pour l'utilisation d'interprétariat professionnel.

### **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.**

Dans la lettre-circulaire n°DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 qui fixe les axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel pour les professionnels de santé hospitaliers, un des axes concerne la prise en charge des patients atteints d'hépatite virale B ou C. Des formations ont été proposées aux médecins libéraux sur les hépatites B et C dans le cadre des formations professionnelles financées par l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC / OGDPC).

### **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 engagée.**

Le thème de l'évaluation de la fibrose hépatique par des méthodes non invasives est maintenant abordé dans la formation initiale des étudiants en médecine et fait aussi l'objet d'EPU pour les médecins en exercice. Une action de formation spécifique a été engagée auprès des personnels des unités de soins et de consultation ambulatoire (UCSA) concernées par l'expérimentation de l'utilisation des méthodes d'évaluation non invasives en détention.

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

Dans le cadre de la formation professionnelle continue, des formations sur les addictions ont été proposées en 2012 aux médecins (généralistes et spécialistes) et aux pharmaciens. Des formations sont organisées dans le cadre de l'éducation thérapeutique (pour l'évaluation des patients, lors de l'élaboration du diagnostic éducatif).

---

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

- *ENQUETE 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 (2 projets). Analyse en cours.
- *Développement international d'un questionnaire de qualité de vie spécifique du VHC*. En cours.
- *Le travail et l'emploi à l'épreuve de la maladie chronique* : analyse comparative (hépatites virales, VIH, cancers, diabète). Débutée en 2012, en cours.
- *PROJET PARCOURS*. Parcours de vie, VIH et Hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile-de-France, (cf. axe I).

---

### **Bilan et perspectives.**

Les actions de formation des professionnels de santé (III-4-1 et 3) sont renouvelées chaque année. L'actualisation des actes et prestations de l'ALD 6 est faite régulièrement par la HAS. Le développement de partenariats avec des professionnels en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants (III-3-3), sont en cours. Depuis le remboursement des tests non invasifs de mesure de la fibrose hépatique par l'assurance maladie, ce thème est pris en compte dans la formation initiale et le développement professionnel continu des professionnels de santé (III-4- 1 et 2). Au moins 21 programmes d'éducation thérapeutique labellisés pour les patients atteints d'hépatites virales ont été répertoriés (III-2-1).

Le renforcement de l'accès aux soins pour les personnes atteintes d'hépatites B et C dépend directement de l'amélioration du dépistage, notamment chez les usagers de drogue et chez les migrants. Le dépistage sera amélioré par la mise à disposition des tests rapides d'orientation diagnostique et par la diffusion du Fibroscan® dans les CSAPA et les UCSA. Dès lors que les personnes seront dépistées, une prise en charge transdisciplinaire faisant intervenir l'ensemble des professionnels de santé (médecin généraliste référent, médecins spécialistes, infirmières, psychologues, assistante sociale, travailleurs sociaux, etc....) avec une unité de lieu et de temps permettra d'améliorer le parcours de soin avec pour objectif ultime l'accès au traitement. La mise à disposition dans un futur proche de nouveaux traitements antiviraux vis-à-vis de l'infection à VHC, plus efficaces et mieux tolérés, renforcera l'accès au traitement.

## AXE STRATEGIQUE IV

### Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

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

**Parmi les 5 actions de cet axe :** 2 sont terminées et 3 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.**

Cette proposition est rappelée dans le nouveau guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice (circulaire interministérielle du 30 octobre 2012).

Par ailleurs, dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 "Politique de santé pour les personnes sous main de justice" (Plan PMJ), la mesure 6.1 renforce cet axe d'intervention et s'accompagne de crédits destinés aux unités sanitaires (nouvelle dénomination des UCSA) (PLFSS 2012 : 1 570 000 € pour les tests de dépistage et la vaccination contre le VHB).

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

Le soutien est assuré :

- via des actions associatives : des conventions nationales avec le milieu associatif (Sidaction, Aides,...) ont été actualisées et reconduites en 2012. Il faut envisager une évaluation rapide de ces actions communes pour poursuivre plus efficacement ce partenariat ;
- par les équipes soignantes, en particulier par le développement de l'éducation thérapeutique (ETP) du patient. Dans le cadre de l'action 5.8 du plan PMJ, l'approche spécifique au milieu carcéral est intégrée dans la circulaire aux ARS pour l'adaptation et l'extension des programmes d'ETP à cette population (cf. instruction du 8/10/2010 CNP n°2010-243 relative aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à leur financement). Il existe au niveau national un suivi de certains projets locaux (appel à projets 2011 de la DGS sur la faisabilité et l'adaptabilité des programmes d'ETP).

#### **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 (Prévacar). **Action terminée.**

L'enquête "PREVACAR" (2 volets : sur la prévalence de l'hépatite C et du VIH et sur l'offre de soins dont les traitements de substitution aux opiacés), pilotée par la DGS en partenariat avec l'InVS, a été réalisée en 2010 dans 27 UCSA et a inclus plus de 1800 personnes détenues. Les résultats ont fait l'objet de publications (étude détaillée DGS volet "offre de soins" sur le site Internet du ministère, BEH, Eurosurveillance, ...) et de communications lors de différentes journées nationales ; ils ont aussi donné lieu à des présentations spécifiques sur le terrain. L'enquête a permis d'estimer la prévalence de l'hépatite C.

#### **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 terminée.**

Ces thèmes sont développés dans le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice, qui comporte des chapitres précisant les conditions de prévention, dépistage, traitement et suivi de cette population : éducation et promotion de la santé, réduction des risques infectieux, dépistage et prise en charge des maladies transmissibles, éducation thérapeutique, continuité des soins à la sortie, aménagements et suspensions de peine pour raison médicale.

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

Des indicateurs plus précis sur l'application de la politique de réduction des risques (RDR) sont déjà contenus dans les rapports d'activité des unités sanitaires (nombre de tests de dépistage, file active de patients en TSO).

Les résultats des enquêtes PREVACAR et PRI2DE constituent la base d'un état des lieux qui sera approfondi dans le cadre de mesures prévues dans le plan PMJ.

---

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

*ANRS PRI2DE*. Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus. L'enquête a été réalisée en 2010 avec le soutien de Sidaction. Les résultats ont fait l'objet de deux publications en 2011 :

- Michel L. *et al.* Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health* 2011(May), 11, 400 : 1-8.
- Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J., Taïeb C., Carrieri P. et le groupe de travail ANRS PRI2DE. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. *BEH* 39 / 25 octobre 2011, 409-412.

---

#### **Bilan et perspectives**

En 2012, deux actions (IV-3 et IV-4), avec la publication des résultats de l'enquête Prévacar et celle du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, ont été terminées. Les autres actions engagées avant 2011 sont en cours de déploiement : amélioration de la proposition systématique et renouvelée du dépistage (IV-1), soutien des personnes atteintes d'hépatite virales (IV-2), évaluation de l'application de la politique de réduction des risques (IV-5). Un certain retard est constaté pour la mise en pratique de ces actions auprès des populations ciblées.

Des actions de cet axe du plan hépatites ont été reprises, voire développées, dans le plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Les recommandations qui seront émises à la fin de l'année 2013 par le groupe de travail (demandé par le ministre chargé de la Santé et le ministre de la Justice en janvier 2013) sur la prévention et la réduction des risques infectieux en milieu carcéral devraient permettre la réalisation rapide de l'action spécifique IV-5. Les actions IV-1 et IV-2 devraient, elles aussi, connaître une application rapide, grâce à l'implication de plus en plus importante des ARS, en favorisant les actions de prévention mais aussi les programmes d'éducation thérapeutique de patients, développés par les structures hospitalières. Une étude sur l'intervention des équipes de liaison et de soins en addictologie en milieu carcéral est envisagée dans le cadre de l'élaboration du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, afin d'améliorer la prise en charge des addictions chez les personnes détenues.

## AXE STRATEGIQUE V

### Surveillance et connaissances épidémiologiques, évaluation, recherche et prospective

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

**Parmi les 16 actions**, 5 sont terminées, 7 sont en cours et 4 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.**

L'enquête COQUELICOT 2011 permettra d'estimer la prévalence des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs chez les usagers de drogues (résultats prévus pour 2013). Un développement méthodologique est en cours pour estimer aussi l'incidence de l'hépatite C dans cette population.

La déclaration obligatoire (DO) de l'hépatite B aiguë ne peut pas donner d'indication sur la prévalence du VHB chez les usagers de drogues ; elle ne peut indiquer que la proportion de personnes pour lesquelles un usage de drogues (per-nasal ou par injection) est signalé dans les 6 semaines à 6 mois avant le diagnostic de la maladie.

#### V- Objectif 2.

*Renforcer l'évaluation*

**V-2. Action 1**: Etude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C. **Action terminée.**

Cette étude est terminée ; le rapport final a été remis à la DGS mais n'a pas été publié.

**V-2. Action 2**: Evaluation médico-économique comparant la prise en charge des usagers de drogues en "microstructure médicale" à celle réalisée dans les CSAPA. **Action non engagée.**

Les expériences de prise en charge des usagers de drogues par des microstructures sont peu nombreuses et caractérisées par une très forte motivation des équipes impliquées. Mais la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C avec l'arrivée de nouvelles molécules antivirales associées à la bithérapie conventionnelle nécessite un suivi très spécialisé des personnes sous traitement, qui n'est pas adapté à ce type de structures. C'est pourquoi il est apparu pertinent au comité de suivi et de prospective de proposer que cette action qui a pris du retard dans sa mise en œuvre soit abandonnée, au moins à titre provisoire.

**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 CNAM-TS, sur les primo-prescriptions du traitement de l'hépatite C remboursées en ville ou à l'hôpital, donne les répartitions suivantes :

- en 2010, sur un total de 9 210 primo-ordonnances, 74,3% ont été établies en établissement, 25,7% en ville (dont 16,9%, par des gastro-entérologues et 5,3% par des médecins généralistes) ;
- en 2011, sur un total de 9 432 primo-ordonnances, 74,5% ont été établies en établissement, 25,5% en ville (dont 15,5% par des gastro-entérologues et 6,5% par des médecins généralistes) ;
- en 2012, sur un total de 9 710 primo-ordonnances, 75,7% ont été établies en établissement de santé, 24,3% en ville (dont 15,7% par des gastro-entérologues et 5,7% par des médecins généralistes).

**V-2. Action 4 :** Evaluation des pratiques professionnelles 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. De plus, devant les modifications récentes dans la prise en charge thérapeutique, cette action est actuellement abandonnée.

**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. Le traitement par les anti-protéases relève d'une prescription par des médecins spécialistes hospitaliers et peut entraîner de nombreux effets secondaires majoritairement pris en charge dans les centres spécialisés.

**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.**

Cette action nécessitait l'inscription à la nomenclature de ces tests non invasifs, ce qui a été obtenu en mai 2011. L'intérêt de cette enquête devra être rediscuté au moment où des structures de ville s'équiperont en matériel d'évaluation morphologique de la fibrose hépatique et où les laboratoires de ville assureront largement l'évaluation des tests non invasifs de fibrose.

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

Dans le cadre du suivi de la cohorte ELFE (cf. action I -2-2), l'analyse des données de la période périnatale prévue pour la fin de l'année 2013 permettra de fournir les indicateurs retenus pour cette action. L'analyse des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour (nouveau-nés) de 2010 permet d'avoir le pourcentage minimum de femmes enceintes chez lesquelles la recherche de l'antigène HBs a été effectuée (soit 87,8%).

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

Un volet spécifique sur l'acceptabilité et l'accessibilité des outils de réduction des risques dans l'enquête Coquelicot 2011 (voir I -3.Action1) a été réalisé à partir de 2011. Les résultats du volet qualitatif de cette évaluation ont été remis à la DGS en septembre 2012 ; ceux du volet épidémiologique et quantitatif le seront en 2013. Ils contribueront à l'évaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention.

Les résultats de l'étude PrimInject réalisée par l'INPES d'octobre 2010 à février 2011 auprès d'usagers de drogues sur les contextes de la première injection de substances psycho-actives ont été disponibles en 2011. Ces études vont permettre de préciser les modalités d'appui à des actions de terrain.

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

L'enquête "ANRS Pipes à 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 depuis 2009 par l'InVS en collaboration avec l'INSERM. La deuxième phase de l'évaluation de l'état de santé des fumeurs de crack et des pratiques à risque après la diffusion de kits s'est déroulée entre fin 2011 et début 2012. Cette enquête a mis en évidence un risque d'exposition au virus de l'hépatite C des usagers de crack par le biais de lésions occasionnées par l'utilisation de doseurs en verre et à leur partage entre usagers. Ces données montrent la nécessité d'adapter la politique de réduction des risques à la consommation de crack par voie fumée et de proposer de nouveaux outils de prévention de l'hépatite C dans cette population. Les résultats de cette évaluation ont été transmis à la DGS en janvier 2012.

**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 terminée.**

Cette étude transversale descriptive par auto-questionnaire a été conduite en 2010 par le CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance) de Toulouse. Elle comporte deux volets : le premier volet réalisé auprès de pharmaciens d'officines (taux de participation : 38,4%); le second réalisé auprès d'usagers de drogues sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) fréquentant ces officines (un très faible taux de participation de 3,1% rendant difficile l'interprétation des résultats). Le rapport finalisé a été diffusé en juin 2011.

Du premier volet, on observe que seuls 50% des 769 pharmaciens participant transmettent des informations concernant les risques infectieux directement lors d'un contact patient et 40% possèdent un dispositif de récupération des seringues usagées. Près de la moitié ne connaissent pas l'existence des Programmes d'échanges de seringues (PES) dans leur ville ou département, les pharmaciens délivrant des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) ou des seringues/Stéribox® étant plus impliqués dans la mise en œuvre de la politique de réduction des risques que les autres. Les patients sous MSO sont vus comme des patients qui nécessitent plus d'attention et de temps que les autres. Il est donc nécessaire d'améliorer les échanges existants entre pharmaciens, usagers, médecins et structures de soins et d'accueil des usagers de drogues pour augmenter l'impact des mesures mises en œuvre.

**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 engagée.**

Après la saisine de l'ANSM par la DGS le 13 janvier 2011, cette action a été mise en place en 2011. Deux études d'évaluation des performances ont été réalisées sur les trois tests rapides (TROD) anti-VHC ayant obtenu le marquage CE qui sont disponibles en France : une étude rétrospective sur plasma et sérums congelés (réalisée par le Centre national de référence – CNR - hépatites B, C et Delta, laboratoire associé INTS) et une étude prospective sur plasma et sérums frais (réalisée par le laboratoire de virologie, CHU Pitié-Salpêtrière). L'ANSM a finalisé le contrôle de marché effectué sur les tests disponibles. Le CNR des hépatites virales B, C et Delta a débuté une étude en septembre 2012 pour évaluer les performances de ces tests sur sang total (à partir de prélèvements directs et sur papier buvard) et sur prélèvements salivaires et tester la faisabilité de l'utilisation de différentes matrices (buvard, matrice de tests rapides) en dehors du laboratoire. La HAS, saisie par le ministre en charge de la santé en février 2011 afin de définir les stratégies d'utilisation des tests dans le cadre du dépistage, commencera ses travaux après les résultats des études sur les performances des TROD.

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

L'étude "ANRS Méthaville" a démarré en 2009 et la période d'inclusion s'est prolongée jusqu'en janvier 2011. Les résultats de cette étude sont en cours de publication. (cf. Axe I, recherches financées par l'ANRS).

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

L'Agence de la biomédecine a mené une étude sur les greffes hépatiques et les hépatites virales, visant à évaluer la part des infections virales dans la greffe hépatique (surtout pour cirrhose et carcinome hépatocellulaire) et à estimer dans quelle mesure les besoins sont couverts par la greffe. L'analyse a couvert les patients inscrits de 2000 à 2009. Les résultats ont été présentés lors de la réunion du comité plénier de suivi de ce plan le 8 décembre 2011\* et ont été mis à jour dans le cadre du rapport « Hépatite 2013 ANRS/AFEF sur la transplantation hépatique pour hépatite virale (coordonnateur : Didier Samuel) », en cours d'élaboration.

\* (cf. Bilan 2011 du plan hépatites, 2<sup>ème</sup> partie, disponible sur le site Internet du ministère chargé de la santé avec le lien suivant : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BilanActivite2011\\_part2\\_VF.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BilanActivite2011_part2_VF.pdf) )

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

Une analyse exploratoire des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant les patients hospitalisés (hospitalisation complète ou à domicile) entre 2004 et 2009 avec un diagnostic d'hépatite B ou C chronique a été réalisée en 2011 à l'InVS ; l'objectif était de décrire les caractéristiques des patients hospitalisés atteints d'hépatite chronique B ou C et d'étudier l'occurrence du décès dans cette population. 43 592 patients ont été hospitalisés pour hépatite B ou C durant cette période, dont environ la moitié avaient au moins une hospitalisation après leur première hospitalisation et plus de 1 400 sont décédés à l'hôpital après leur première hospitalisation. Les caractéristiques démographiques de ces patients étaient similaires à celles observées dans les enquêtes de prévalence. En analyse univariée, l'infection par le VHC entraînait une augmentation significative du risque de décès par rapport au VHB. Les facteurs démographiques (résidence hors Ile-de-France, âge supérieur à trente ans au diagnostic d'hépatite), les pathologies associées aux virus (complications, troubles psychiatriques), la co-infection avec le VIH et le mode de vie (dépendance à l'alcool et aux substances) étaient associés significativement au risque de décès. En analyse multivariée, tous ces facteurs de risque restaient associés significativement au décès sauf le type d'hépatite. Ce travail exploratoire a montré que les données du PMSI, en dépit de leur nature médico-économique pouvaient constituer un outil de surveillance. Ces résultats ouvrent des perspectives nouvelles concernant l'utilisation du PMSI pour la surveillance épidémiologique des hépatites chroniques à travers les données d'hospitalisation.

## 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 une fois par an en session plénière. La dernière réunion plénière s'est tenue le 13 décembre 2012. **Action terminée.**

Un groupe restreint 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 :

### **Objectif V-1 Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques**

- **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. (900 sujets inclus). Terminée, publications VIH parues.

- **ANRS KABP** 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 (2 projets). Terminée, 1<sup>ère</sup> publication parue :

- Brouard C., Gautier A., Saboni L., Jestin C., Semaille C., Beltzer N. pour l'équipe KABP. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. BEH 29-30 / 10 juillet 2012, 333-8.

- **Enquête Presse Gay 2010-2012**. Analyse en cours.

- **Etude de la prévalence des troubles psychiatriques et neurocognitifs** au cours du suivi dans la cohorte ANRS Co13 HEPAVIH de patients co-infectés par le VIH et le VHC : HEPAVIH-Psy. En cours.

### **Objectif V-2. Renforcer l'évaluation**

- **Efficacité et coût-efficacité des différentes stratégies de traitement des hépatites chroniques C de génotype 1** en France. En cours.

- *Efficacité et coût-efficacité des politiques de réduction des risques et traitements sur l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues.* (Projet et allocation de recherche). En cours.

D'un point de vue thérapeutique, l'arrivée de nouveaux antiviraux anti-VHC et l'entrée dans l'ère des trithérapies pour les hépatites C correspondent à une vraie révolution thérapeutique. L'ANRS contribue et accompagne cette évolution par différents essais cliniques des nouvelles molécules en 2011 et 2012.

- *Essai ANRS HC26 TélapréVIH, ANRS HC27 BocépréVIH en 2011*: études pilotes évaluant l'efficacité de la trithérapie peginterféron - ribavirine - télaprévir / bocéprévir, chez des patients co-infectés VIH-VHC, en échec d'un traitement antérieur par peginterféron et ribavirine. Lancés de manière concomitante en avril 2011, ces deux essais pilotes ont achevé leur recrutement grâce à une forte mobilisation des cliniciens. Les inclusions se sont terminées respectivement en décembre 2011 et mars 2012; 70 et 64 patients ont été respectivement inclus.
- *Essai ANRS HC29 Bocéprétransplant en 2012*: étude pilote évaluant l'efficacité de la trithérapie peginterféron alpha 2b-ribavirine- bocéprévir chez les patients infectés par le VHC de génotype 1 au stade de cirrhose et en attente de greffe hépatique. Les inclusions ont débuté le 03 janvier 2012. 19 centres investigateurs ont été déclarés. Au 10 septembre 2012, 30 patients ont été inclus sur 69 prévus.
- *Essai ANRS HC 30 Quadrih* : mis en place au dernier trimestre 2012 pour évaluer l'efficacité et la tolérance d'une quadrithérapie par asunaprevir, daclatasvir, ribavirine et peginterféron chez des patients co-infectés VIH-VHC de génotype 1 ou 4, ayant eu une réponse nulle à un traitement antérieur par peginterféron et ribavirine.

### **Objectif V-3. Développer la recherche et la prospective**

L'ANRS a mis en place plusieurs cohortes nationales sur les hépatites ce qui, à partir de 2012, doit permettre d'avoir une meilleure connaissance des infections par le VHB et le VHC dans la « vraie vie ».

- *Cohorte ANRS CO 20 CUPIC (Compassionate Use of Protease Inhibitors in viral C Cirrhosis) lancée en février 2011* : mise en place en parallèle de l'Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte et de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) du télaprévir et du bocéprévir qui s'adresse aux patients mono-infectés par le VHC de génotype 1, ayant une cirrhose et pour lesquels le VHC n'a pas été éradiqué lors d'un traitement antérieur par la bithérapie standard. La cohorte est le fruit d'un partenariat entre l'ANRS, l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les inclusions sont terminées depuis avril 2012. 674 malades ont été inclus dans 56 centres. De nombreux abstracts ont été présentés et un article est en cours de rédaction.
- *Cohorte ANRS CO 22 HEPATHER*. Le projet de constitution d'une cohorte nationale des hépatites a été finalisé par l'ANRS en 2011, avec un lancement durant l'été 2012. Cette cohorte devrait inclure 25000 patients atteints d'une hépatite B ou C (à l'exclusion des patients co-infectés par le VIH) qui seront suivis pendant huit ans. Ces patients seront recrutés dans une trentaine de centres en France. Les données recueillies dans le cadre de cette cohorte devraient contribuer à une meilleure prise en charge de l'infection par le VHB et par le VHC. Elle vise notamment à mieux comprendre les mécanismes liés au succès thérapeutique, à analyser les effets des traitements à long terme, à identifier les biomarqueurs prédictifs de la réponse aux traitements ou encore à définir les meilleures combinaisons thérapeutiques. Cette cohorte est une initiative de l'ANRS et de l'AFEF, avec un partenariat avec l'ANSM, l'InVS la HAS la DGS. HEPATHER est également l'occasion d'un nouveau type de partenariat avec l'industrie pharmaceutique qui va contribuer à son animation et à son financement dans le cadre d'un contrat de collaboration. Par ailleurs, les associations de patients sont associées au projet. Il est à noter que la cohorte a obtenu, dans le cadre des investissements d'avenir (Grand Emprunt), le label « Equipement d'excellence » (Equipex).

- Etude des performances des TROD VHC (tests rapides d'orientation diagnostique) et de buvards pour le dépistage de l'hépatite C dans le sang total capillaire et le liquide cravculaire : projet porté par le Centre national de référence des hépatites B, C et Delta à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, avec un soutien financier de l'ANRS.

---

## Bilan et perspectives

En 2012, les résultats de plusieurs études montrent que les connaissances et les perceptions des hépatites virales dans la population générale ainsi que chez les professionnels de santé sont à améliorer afin de favoriser les pratiques de dépistage (cf. axe II). L'évaluation des performances des tests rapides VHC par l'ANSM (en 2011) et par le CNR (fin 2012) vont permettre à la HAS de définir leur place dans la stratégie de dépistage (action V-3-1). Les premiers résultats des enquêtes menées chez les usagers de drogues (actions V-2-8 et V-2-9) ont montré la nécessité d'adapter la politique de réduction des risques à leur mode de consommation et de proposer de nouveaux outils de prévention de l'hépatite C dans ces populations. L'évolution majeure dans la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C chronique survenue au cours du plan a conduit à ne pas engager certaines des actions de l'axe V (actions V-2-2, V-2-4, V-2-5 et V-2-6) qui ne correspondaient plus au contexte. L'InVS a montré que les données du PMSI pouvaient constituer un outil de surveillance des hépatites B et C hospitalisées. Ce travail exploratoire va être poursuivi en 2013 pour étudier la faisabilité d'un suivi de la létalité hospitalière chez les patients hospitalisés avec un diagnostic d'hépatite B ou C chronique en France (action V-3-4).

Concernant la surveillance des hépatites virales, la réalisation répétée d'une enquête nationale 'LaboHep', à partir d'un échantillon aléatoire de laboratoires (public et privés) va permettre de suivre l'évolution de l'activité de dépistage des hépatites B et C en estimant le taux de dépistage et de positivité vis-à-vis des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs sur le plan national et en région. Cette enquête permet également d'estimer l'incidence de l'hépatite B aiguë (symptomatique et asymptomatique) et d'évaluer l'exhaustivité de la déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë symptomatique. La répétition de cette enquête permettra d'évaluer l'impact d'éventuelles modifications des pratiques ou des recommandations de dépistage et de suivre les tendances de l'incidence de l'hépatite B aiguë. Par ailleurs, un travail exploratoire de la base des bénéficiaires de l'assurance maladie devrait être également mené par l'InVS dès 2014 pour évaluer la pertinence de ces données comme outil de surveillance des hépatites B et C. Enfin, des travaux exploratoires seront menés par l'InVS, pour évaluer la faisabilité d'études de prévalence des hépatites B et C dans la population des départements ultra-marins. Une réactualisation des estimations de prévalence des hépatites B et C en population générale de France métropolitaine pourrait être également explorée en s'appuyant sur l'infrastructure d'enquêtes en population générale en cours.

A la fin de l'année 2012, quatre actions inscrites dans l'objectif 2 « Renforcer l'évaluation » n'ont pas été engagées. Ce non-engagement est principalement lié à l'évolution rapide du champ thérapeutique de l'hépatite C. Il n'est plus apparu justifié d'évaluer les pratiques professionnelles et la formation professionnelle en matière d'hépatite C, pas plus que d'envisager une primo-prescription conditionnelle du traitement par les médecins généralistes alors que ce traitement s'est complexifié, expliquant que la prise en charge des patients se soit concentrée en milieu hospitalier. Quant à l'évaluation pratique de l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose en ville dans l'hépatite C, il était nécessaire que ces actes soient inscrits à la nomenclature pour la faire : l'impression actuelle est qu'il s'agit d'une utilisation majoritaire en première intention et il est toujours possible, en cas de discordance des tests, d'utiliser selon les recommandations de la HAS la biopsie hépatique avec une confrontation critique des résultats ; il paraît essentiel de

quantifier ces activités dans la vie des services. La MILDT souhaite que l'évaluation médico-économique comparant la prise en charge des UD par des « microstructures médicales » à celle des CSAPA puisse être réalisée et envisage de porter cette action.

Dans le cadre de cet objectif, plusieurs essais cliniques pilotes ont été promus par l'ANRS. Pour les essais *TélapréVIH* et *BocépréVIH* les inclusions de patients sont terminées et les premiers résultats d'efficacité précoce et de tolérance seront présentés à la CROI<sup>5</sup> en 2013. Comme pour les autres trithérapies, le message initial est que ces traitements sont faisables avec une efficacité précoce chez des patients en échec d'un traitement précédent intéressant. Mais il est nécessaire d'attendre les résultats définitifs.

Le protocole *Bocéprétranplant* (utilisation du Bocéprévir chez les candidats à la greffe hépatique), promu par l'ANRS, termine les inclusions de patients. Un nouveau protocole prévoit d'inclure, en septembre 2013, les patients en échec du protocole CUPIC qui recevront, du fait de l'échec de la trithérapie interféron pégylé, ribavirine et inhibiteur de protéase de première génération, une combinaison pour 24 semaines d'un inhibiteur de polymérase nucléotidique (le sofosbuvir) associé à un inhibiteur du complexe de réplication NS5A (le lédipasvir) avec ou sans ribavirine. Il est prévu d'inclure 150 patients.

Dans le cadre de l'objectif 3 « *Développer la recherche et la prospective* », concernant l'action d'évaluation des TROD, les études de sensibilité et de spécificité des différents tests disponibles sont en cours de finalisation et devraient permettre leur mise à disposition à court terme.

Pour ce même objectif, le groupe restreint avait diligenté un travail sur la modélisation de l'impact de la mise à disposition des nouvelles associations antivirales. Ce travail de modélisation a été publié dans *Gut* 2012 (1). Il est intéressant de noter que sur le premier semestre 2012, les prescriptions des antiviraux concordent assez bien avec l'hypothèse basse de cette modélisation ; l'accélération du développement des combinaisons orales a en revanche entraîné au deuxième semestre 2012 une chute des prescriptions ne correspondant plus aux prévisions du modèle.

Parallèlement à ce travail, ont aussi été modélisés les coûts associés à la prise en charge des traitements selon la sévérité de l'hépatopathie, chez les patients ayant une indication thérapeutique correspondant aux recommandations des experts (2). Ce travail, coordonné par l'équipe du Pr. Yazdan Yazdanpanah, basé sur une modélisation mais utilisant des données chiffrées provenant du service d'hépatologie de l'hôpital COCHIN pour l'appréciation des coûts directs et indirects, sera présenté à l'EASL<sup>6</sup> 2013 et un article est en cours de rédaction.

La cohorte ANRS C020 CUPIC a pris fin, que ce soit en terme d'inclusion de patients que d'analyse des données d'efficacité et de tolérance (la base de données sera fermée à la mi-juillet 2013). Les résultats d'efficacité à la semaine 12 post-thérapeutique seront rapportés au congrès européen de l'EASL 2013 à Amsterdam. Cela met fin à une belle aventure qui aura conduit à de nombreuses présentations orales dans les congrès internationaux, à un article prévu pour être publié dans *Journal of Hepatology* en 2013 concernant la tolérance des traitements et l'efficacité précoce et à un autre article en cours de finalisation rédigé à la demande du journal *Gastroenterology* sur les résultats définitifs. De nombreuses études virologiques, immunologiques ou sur les biomarqueurs sont en cours à partir des sérothèques réalisées.

La cohorte CUPIC était la première partie de la cohorte C022 HEPATHER de l'ANRS. Celle-ci a aujourd'hui inclus plus de 4 000 patients (la prévision est de 25 000 patients, 10 000 porteurs d'une hépatite B et 15 000 d'une hépatite C). Cette première année, principalement pilote, a mis en évidence d'une part la capacité d'inclure un nombre important de patients ayant des hépatites virales, d'autre part certaines limites méthodologiques qui seront rapidement corrigées (approvisionnement en tubes, conservation de la biothèque...) ; enfin la possibilité d'envisager un

---

<sup>5</sup> CROI : Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections

<sup>6</sup> EASL : European association for the Study of the Liver

partenariat public/privé a été montrée. Cette cohorte nationale va être animée par quatre groupes de travail qui permettront de générer une recherche de haut niveau sur les hépatites virales B et C.

---

### **Références**

1 - Deuffic-Burban S, Mathurin P, Pol S, Larsen C, Roudot-Thoraval F, Desenclos JC, Dhumeaux D, Yazdanpanah Y. [Impact of hepatitis C triple therapy availability upon the number of patients to be treated and associated costs in France: a model-based analysis](#). Gut. 2012;61(2):290-6.

2 - Leroy V, Serfaty L, Bourlière M, Bronowicki JP, Delasalle P, Pariente A, Pol S, Zoulim F, Pageaux GP; French Association for the Study of the Liver. [Protease inhibitor-based triple therapy in chronic hepatitis C: guidelines by the French Association for the Study of the Liver](#).

Liver Int. 2012 Nov;32(10):1477-92. doi: 10.1111/j.1478-3231.2012.02856.x. Epub 2012 Aug 14.



## **BILAN 2012 DU GROUPE DE TRAVAIL « LE PLAN ET SES ACTEURS »**

**Responsable** : Dominique Larrey

**Coresponsable** : Pascal Revault

Le groupe de travail " 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, modifié, a été composé en 2012 de** : Xavier Aknine, Annette Colonnier, Ruth Gozlan, Albert Herszkowic, Marina Jamet, Dominique Larrey, Jean-José Lopez, Marie-Dominique Pauti, Brigitte Reiller, Pascal Revault, Françoise Roudot-Thoraval, Caroline Semaille.

Les missions de ce groupe sont multiples concernant 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'hépatite chronique B ou C.

### **I - Réunions de travail**

En 2012, il ya eu 3 réunions de travail : 12 mars, 4 juin et 10 septembre, qui ont fait l'objet d'un compte-rendu.

### **II – Rappel des objectifs fixés**

1. Élaboration des propositions pour améliorer l'accès au dépistage des hépatites virales B et C.
2. Évaluation du 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 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.
3. Elaboration des recommandations pour l'accès aux droits des populations en situation de précarité, notamment les populations d'origine étrangère (finalisées en 2011).

### **III - Elaboration de propositions pour améliorer l'accès au dépistage des hépatites B et C**

Cet objectif correspond à l'axe stratégique II du Plan « *Renforcement du dépistage des hépatites B et C* ».

Concernant l'objectif 1 de cet axe « *Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risques* », ont été présentés au cours des différentes réunions :

- les campagnes d'information à destination du public et des professionnels,
- le développement des tests rapides d'orientation diagnostique et moins invasifs (TROD, tests salivaires VHC),
- la faisabilité de ces tests en ville chez des usagers de drogues (ANGREHC),
- l'évaluation coût-efficacité des tests en cours,
- l'actualisation des outils de communication de l'INPES (par exemple destinés aux publics en situation de vulnérabilité, livrets santé bilingues).

Concernant l'objectif 2 « Améliorer les pratiques du dépistage et rendu des résultats », sont mentionnés :

- des documents spécifiques pour les algorithmes de dépistage,
- des documents de l'association SOS Hépatites,
- le suivi du dépistage du VHB réalisé lors de la grossesse,
- l'articulation dépistage du VHB et vaccination.

#### **IV - Education thérapeutique (ETP). Contexte réglementaire et connaissances sur l'ETP**

##### **IV-1 La réglementation de l'ETP définie dans la loi HPST du 21 juillet 2009 a été publiée au JO du 4 août 2010 :**

- décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient,
- décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,
- arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation, dont l'annexe précise les éléments suivants :
  - un porteur de projet,
  - une équipe multidisciplinaire avec un pilote / coordonnateur,
  - la participation des patients au programme et aux actions,
  - une méthodologie précise de programme,
  - la formation des acteurs à l'ETP,
  - une évaluation annuelle des actions.
- arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Un agrément de 4 ans est donné par les ARS pour le projet et non pour l'établissement.

Il n'y a pas de financement spécifique prévu.

##### **IV-2 Etudes sur l'observance dans les maladies hépatiques**

Ces études montrent que le taux d'observance selon les maladies est :

- Hépatites C (bithérapie) 60%
- Hépatite chronique B 60%
- Post-transplantation à un an 40%

##### **IV-3 Résultats d'évaluation de l'ETP chez les patients atteints d'hépatite C**

Quatre études ont été publiées :

- Cohorte CHEOBS (étude multicentrique non contrôlée, non randomisée) ; Cacoub P. et al. *World J Gastroenterol* 2008 ; 14 : 6195-6203 ;
- Etude ANGH (étude contrôlée non randomisée sur impact infirmière d'ETP) ; Renou C. et al. *AASLD 2009. Hepatology* 2009; 25 (suppl. 2):729A ;
- Leclerc et al. *Educ Ther Patient* 2011; 3: 21-33 ;
- Etude PEGOBS (étude multicentrique contrôlée randomisée; impact infirmière d'ETP) ; Larrey D. et al. *Clin Hepatol Gastroenterol* 2011; 9 : 781-785.

Les résultats des études publiées mettent en évidence :

- une amélioration de l'observance,
- un accroissement du pourcentage de guérison,
- un impact médico-économique fortement positif.

#### **IV-5 Enquête sur les autorisations d'ETP du patient auprès des pôles et réseaux hépatites**

Cette enquête a été réalisée en novembre 2012 auprès des membres de la Fédération Nationale des Pôles et Réseaux Hépatites :

- au niveau hospitalier :
  - 17 agréments ont été attribués dans les services experts hépatites,
  - 4 dans des centres hospitaliers généraux (sous évalués),
- autres programmes agréés :
  - Réseau régionale de médecine libérale : 1,
  - Maison de l'hépatite décentralisée : exemple de la maison des patients de Lyon,
  - Association de patients : SOS Hépatites,
  - Microstructures.

NB : plusieurs programmes agréés concernent l'ETP associant des patients VHC et VIH.

Une délégation de prise en charge entre médecin et infirmière a été expérimentée à Créteil et à Montélimar.

#### **Problèmes spécifiques de la prise en charge actuelle des patients atteints d'hépatite C chronique**

- possibilité d'éradication virale complète (« guérison »),
- réduction des complications et amélioration de la qualité de vie,
- traitement de 24 à 48 semaines,
- beaucoup d'effets secondaires,
- insuffisance de traitement (mauvaise observance, baisse de dose, arrêt prématuré...),
- intérêt très élevé du soutien et ETP avec un besoin fortement accru avec les trithérapies.

#### **V - Recommandations pratiques et perspectives**

##### **Objectifs après 2012 pour le dépistage**

- améliorer le dépistage individuel et collectif du VHB (notamment celui de l'entourage d'une personne porteuse du virus), la prise en charge diagnostique, l'évaluation (moyens non invasifs) et le traitement ;
- améliorer le dépistage du VHC/VHB en particulier dans les populations en situation de précarité, en milieu carcéral...
- réfléchir à un suivi « Test and Treat » pour le VHC chez les usagers de drogue ;
- améliorer l'implication des médecins généralistes ;
- poursuivre l'amélioration de la couverture vaccinale contre le VHB.

##### **Objectifs après 2012 pour l'éducation thérapeutique**

La loi HPST constitue un socle de travail évolutif :

- développer un référentiel adapté à l'évolution des thérapeutiques (nouvelles molécules présentes et à venir pour le VHC) ;
- développer le diagnostic pré-éducatif du patient ;
- associer le patient et son entourage dans la construction et le suivi de l'ETP ;
- créer des modules spécifiques d'ETP adaptés à certaines situations (addictions, comorbidités et co-infection avec le VIH) ;
- développer des outils d'évaluation précoce de l'efficacité de l'ETP ;
- améliorer le suivi post-thérapeutique du patient ;
- prévoir un financement public pour permettre un déploiement adapté.



## **II - BILAN DU DEPLOIEMENT DU PLAN EN REGIONS**



## 1 - BILAN DU GROUPE DE TRAVAIL

### **Compte-rendu de l'activité du groupe de travail n°1 "déploiement du plan en région" installé par le Comité National de Suivi et de prospective du Plan Hépatites (2009-2012)**

Le mandat du groupe de travail n°1 portait sur trois points :

- réaliser un état d'avancement de la mise en œuvre des actions du plan hépatites dans les régions ;
- sur la base de celui-ci, promouvoir les actions de ce plan au niveau des régions ;
- et, le cas échéant, faire des propositions complémentaires pour le plan.

Le groupe s'est réuni à 4 reprises en 2010, mettant au point une méthode de travail reposant sur l'analyse des 55 mesures du plan pour identifier celles d'entre elles qui pouvaient faire l'objet d'un déploiement régional, dans le cadre des projets régionaux de santé.

Ce travail a été mené à bien, permettant de mettre en évidence la part restreinte (17 sur 55) des actions du plan dont le déploiement avait un sens au niveau régional.

En outre, l'analyse a conduit à identifier un nombre limité (8) de sources de données avec, pour chacune, un ou plusieurs indicateurs susceptibles de rendre compte du déploiement régional de ces mesures.

Dans un deuxième temps, la Direction Générale de la Santé a été sollicitée pour obtenir les résultats régionaux de ces indicateurs susceptibles de permettre la poursuite des travaux du groupe, mais ces demandes n'ont pu aboutir.

Parallèlement, l'environnement institutionnel mis en place par la loi HPST au niveau régional (Agences Régionales de Santé = ARS) est intervenu courant 2010. Le groupe de travail a sollicité, par l'intermédiaire de la DGS, la possibilité d'un contact direct avec les ARS, mais le comité national de pilotage des ARS a fait savoir que ce n'était pas envisageable en l'état.

Toutefois, le groupe de travail a pu être représenté dans une réunion nationale des responsables des questions touchant au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et aux hépatites virales dans les ARS en 2011 et en 2012. À l'occasion de ces réunions, notamment en 2012, plusieurs points ont été identifiés :

- la faible visibilité, au niveau régional, des questions de santé liées aux hépatites, éclatées entre les différents volets des schémas régionaux d'organisation : prévention, soin, médicosocial,
- l'attente des responsables des ARS d'un argumentaire concernant la place des hépatites B et des hépatites C dans l'état de santé des populations, et les prises en charges possibles (cf. annexe 5) ;
- et, enfin, l'accord de principe des représentants des ARS pour une enquête permettant de faire le point de la place des hépatites dans les projets régionaux de santé élaborés et finalisés en 2011-2012.

Cette enquête régionale a fait l'objet d'une instruction adressée aux ARS le 29 novembre 2012 par la DGS/DGOS. Le groupe de travail "déploiement du plan en région" a été consulté pour valider le questionnaire associé à cette instruction, et il a participé à la discussion et à l'interprétation des résultats de cette enquête lors de comités restreints successifs en 2013.

Les réponses à cette enquête approchaient l'exhaustivité puisque 24 ARS des 26 sollicitées avaient répondu.

L'enquête comportait 11 questions sur la place des hépatites dans les projets régionaux de santé et les initiatives régionales, qu'elles s'inscrivent ou non dans le cadre du plan national.

Quatorze des 24 ARS qui ont répondu, ont déclaré que les hépatites avaient été retenues dans le plan stratégique régional de santé : 6 des 8 régions identifiées comme à prévalence élevée, 4 des 8 régions de prévalence intermédiaire, mais aussi 4 des 5 régions à prévalence basse. Le lien entre la prévalence et l'identification des hépatites comme priorité stratégique n'est pas évident. Il faut reconnaître que les recommandations pour l'élaboration des projets régionaux de santé ne faciliteraient pas la formulation de priorité régionale par pathologie spécifique mais plutôt pour des grands ensembles comme les maladies chroniques, le vieillissement et le handicap, ou la périnatalité, ou encore pour des groupes de population spécifiques.

Trois questions cherchaient à identifier la place des hépatites dans les schémas régionaux d'organisation : prévention, soin et médicosocial. La place jugée la plus fréquente était dans le schéma de prévention (21 réponses sur 24), dans le schéma médical (15 réponses sur 24) plus que le schéma médicosocial (11 réponses sur 24). On peut également noter l'absence de lien fort entre la prévalence des hépatites, telles que repérées dans l'enquête de 2004 et la mention des hépatites dans le schéma régional d'organisation des soins, alors qu'une prévalence élevée correspond probablement à une file active potentielle plus importante dans la région. Ainsi, les hépatites étaient mentionnées dans le SROS pour 2 des 5 régions à prévalence faible, 3 des 8 régions à prévalence intermédiaire et 5 des 8 régions à prévalence plus élevée.

Dix huit ARS ont considéré que les hépatites étaient l'objet de propositions dans le cadre de programmes d'action, en particulier les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). D'une manière générale, le thème des hépatites était surtout abordé par le biais de populations cibles ou de populations dites vulnérables (détenus, personnes présentant une addiction, migrants, personnes en situation de pauvreté, ou de précarité).

Seules 6 ARS ont mentionné la mise en place d'un parcours de santé pour les patients atteints d'hépatite dans la région, sans doute lié à l'émergence du concept de parcours de santé.

La majorité des ARS ont déclaré apporter des soutiens financiers aux associations concernées par les hépatites mais les réponses montrent la grande diversité des bénéficiaires déclarés et la source prédominante par le Fond d'Intervention Régional (FIR), plus que les missions d'intérêt général (MIG).

Enfin, pour ce qui concerne la promotion de la vaccination contre l'hépatite B, les actions des ARS pendant la semaine européenne de la vaccination ne sont généralement pas spécifiques ; les ARS ont, semble-t-il, peu participé à la journée mondiale de lutte contre les hépatites, du moins en 2012.

Dans les attentes formulées par les répondants, celles-ci étaient souvent ponctuelles : promotion de la vaccination contre l'hépatite B, amélioration du dépistage par les tests rapides d'orientation diagnostique.

Le souhait de ne pas identifier de politique spécifique formulée en termes de morbidité, par exemple pour les hépatites, interroge sur la possibilité d'une action dans les régions en cas de situation problématique à ce sujet.

## 2 - SYNTHÈSE DU QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ARS EN 2012

### 2-1 Contexte

Le **Plan national de lutte contre les Hépatites B et C (2009-2012)** s'articule autour de **5 axes stratégiques** :

- (I) Réduction de la transmission des virus B et C.
- (II) Renforcement du dépistage des hépatites B et C.
- (III) Renforcement de l'accès aux soins, amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites chroniques B ou C.
- (IV) Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral.
- (V) Surveillance et connaissance épidémiologiques. Evaluation. Recherche et prospective.

Le décret n° 2009-1548 du 11 décembre 2009 a créé le **comité national de suivi et de prospective** du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012). Ce comité est chargé d'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.

Le présent bilan sur le déploiement en régions du Plan Hépatites s'inscrit dans le prolongement du travail réalisé par le **groupe de travail n°1 intitulé « Déploiement du plan en région »** du comité national de suivi sous la responsabilité de Pierre Czernichow et de George-Henri Melenotte (cf. chapitre précédent II-1). Ce groupe avait pour missions de réaliser un état d'avancement de la mise en œuvre des actions du plan Hépatites dans les régions françaises, de promouvoir les actions de ce plan pertinentes au niveau régional et éventuellement de proposer de nouvelles formulations au plan si des difficultés avaient été constatées.

Le groupe de travail a travaillé au cours de l'année 2010 à l'identification des mesures du plan correspondant à ses missions et à rechercher pour chacune d'elles la source de données permettant de renseigner les indicateurs de suivi.

En 2011, le groupe de travail n'a pu obtenir les informations nécessaires pour renseigner les indicateurs de suivi des mesures concernées, notamment du fait de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010 et de la disparition du système d'informations SI-PRSP, et n'a donc pu poursuivre ses travaux.

Le Plan national de lutte contre les hépatites a été présenté à plusieurs reprises lors des réunions d'informations et d'échanges organisées par le bureau RI2 avec les chargés des dossiers VIH/IST/Hépatites des ARS (09/10/2009 ; 03/02/2011 ; 21/11/2011 ; 25/05/2012).

Lors de la réunion de mai 2012, les représentants des ARS ont souhaité disposer d'informations actualisées sur les hépatites virales B et C. Des fiches d'information, rédigées par le bureau RI2 et le comité restreint de suivi du Plan, ont été adressées aux ARS en décembre 2012 (cf. annexe 5).

Au cours de la même réunion, l'envoi d'un **questionnaire aux ARS** a été proposé afin de pouvoir réaliser un bilan du déploiement du plan dans les régions. **Une instruction comprenant un questionnaire en annexe** a été adressée aux ARS le 29 novembre 2012. Composé de 11 questions, le questionnaire interroge tout d'abord les ARS sur leur prise en compte de la thématique des hépatites à chacun des différents niveaux de leur Projet Régional de Santé (PRS), puis sur leur implication dans le financement d'associations et leur mobilisation à l'occasion d'événements (Semaine européenne de la vaccination, Journée nationale hépatites). Enfin, le questionnaire se termine par une question prospective.

## **2-2 Méthode de travail**

### **2-2-1. Recueil des questionnaires des ARS**

Un mail a été envoyé le 29 novembre 2012 aux 26 ARS avec en pièce jointe l'instruction accompagnée du questionnaire. Un retour a été demandé pour le 21 janvier 2013.

Une première relance par mail a été effectuée le 18 janvier afin de rappeler l'échéance aux 14 régions qui n'avaient pas encore répondu. Une deuxième relance - cette fois-ci par téléphone - a été effectuée dans la semaine suivant le 21 janvier aux 5 ARS non répondantes, parmi lesquelles 3 ont finalement envoyé leur réponse au questionnaire.

Ainsi, 24 ARS au total ont répondu sur les 26 ARS sollicitées.

### **2-2-2. Exploitation de ces questionnaires**

Dans un premier temps, les réponses aux questionnaires ont été synthétisées question par question. Elles ont ensuite été mises en perspective avec les informations contenues dans les documents constitutifs des Projets Régionaux de Santé de chacune des régions en vue de situer le niveau auquel la thématique des hépatites était mentionnée, mais aussi de compléter éventuellement les réponses par des informations complémentaires mentionnant explicitement cette thématique.

#### *Pour rappel : les différents éléments constitutifs du Projet régional de santé*

- **Projet Régional de Santé (PRS) :**

Le PRS fixe, pour une durée de cinq ans, les priorités et les objectifs de la région dans les domaines de la prévention, du soin et des prises en charge médico-sociales. Il est constitué du PSRS, SRP, SROS, SROSM, PRAPS ainsi que d'autres programmes.

- **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) :**

Le PSRS définit les orientations de santé de la région ainsi que les objectifs associés en matière de prévention, de qualité et d'efficacité des prises en charge, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé.

- **Schéma Régional de Prévention (SRP) :**

Le SRP permet d'agir sur la prévention, la promotion de la santé, la santé environnementale et la sécurité sanitaire.

- **Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) :**

Le SROS comporte deux parties :

- Un volet offre de soins opposable aux établissements de soins ;
- Un volet soins ambulatoire, qui concerne l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux des maisons, pôles ou centres de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé.

- **Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROSM) :**

Le SROSM a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée et en perte d'autonomie.

- **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**

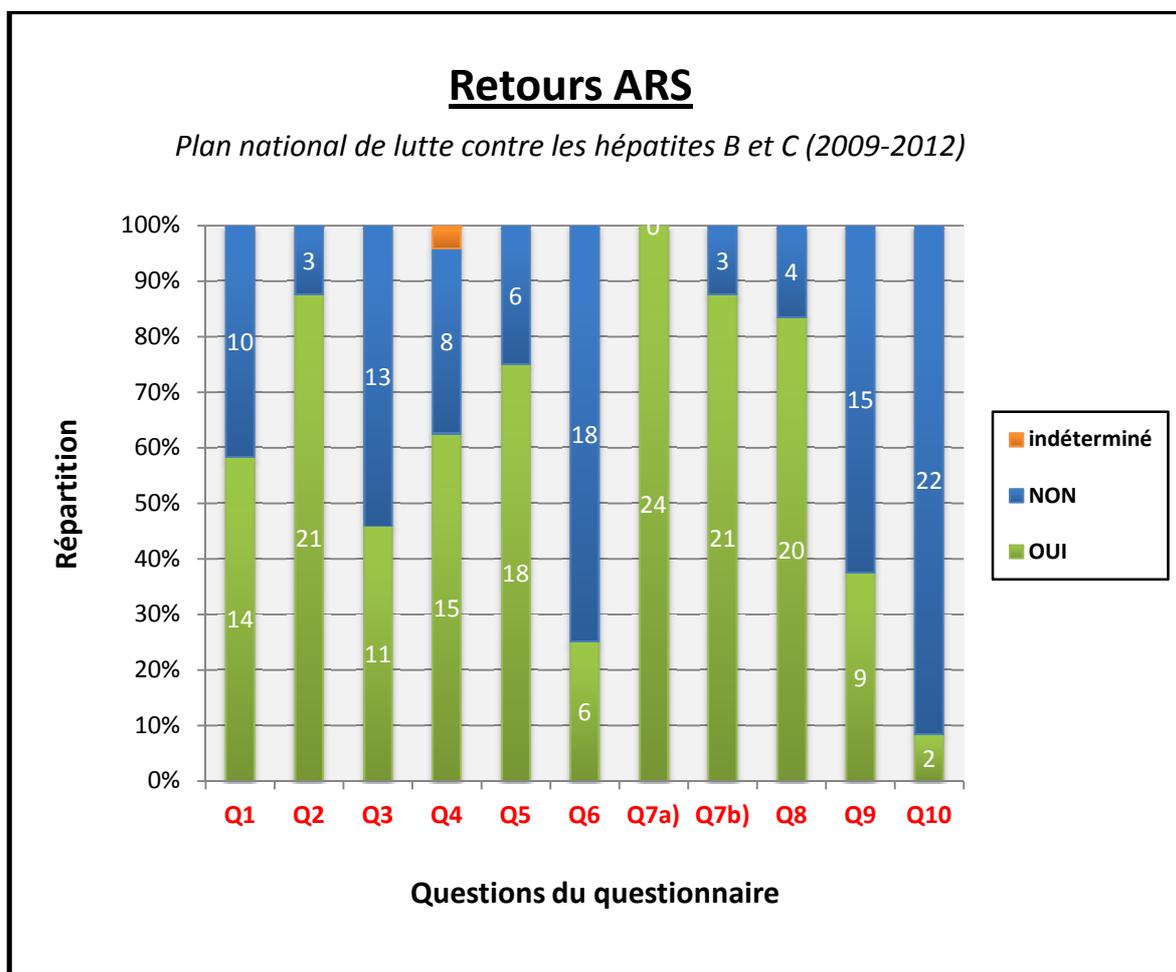
## 2-3 Synthèse des réponses fournies par les ARS

### 2-3-1. Aspect général des réponses au questionnaire

Sur les 26 ARS sollicitées, 24 ont répondu au questionnaire (cf. questionnaire en fin de chapitre)

Ci-dessous sont présentées les réponses des ARS sous la forme d'un histogramme empilé (100%) correspondant aux effectifs de réponses « OUI », « NON » et indéterminées<sup>7</sup>. Aux 10 premières questions.

La question 11 correspondant aux attentes pour une politique future de lutte contre les hépatites virales n'est pas incluse dans ce tableau récapitulatif.



<sup>7</sup> Une réponse est considérée comme « indéterminée » dès lors qu'elle n'est pas explicite (la case « Oui » ou « Non » n'a pas été cochée par exemple).

## 2-3-2. Bilan des réponses question par question

### **Question 1 : La lutte contre les hépatites virales B et C est-elle une thématique retenue dans le plan stratégique régional de santé (PSRS) ?**

Sur les 24 ARS ayant répondu au questionnaire, 14 considèrent que la thématique de la lutte contre les hépatites virales B et C a été retenue dans le PSRS.

Les PSRS sont présentés selon une approche par pathologies, par populations cibles et/ou par stratégies d'action.

Les réponses montrent que la thématique des hépatites est ainsi présentée :

- *selon l'approche par pathologies* : en tant que maladies chroniques (5 ARS) et/ou en tant que maladies infectieuses – les hépatites étant dans ce cas le plus souvent associées au VIH/IST - (2 ARS) ;
- *selon l'approche populationnelle* : auprès de la population générale (2 ARS) et plus particulièrement auprès des jeunes (3 ARS), des migrants (1 ARS), des usagers de drogues (2 ARS), des personnes détenues (1 ARS) ;
- *selon des stratégies d'action* : prévenir les comportements à risque (3 ARS), améliorer le parcours de santé du patient (2 ARS), éducation à la sexualité (1 ARS), prévention et dépistage (2 ARS).

Parmi les 14 régions qui ont répondu positivement à cette question, 8 évoquent de manière explicite la thématique des hépatites (le mot « hépatite » est cité à un des niveaux du PSRS).

### **Question 2 : La lutte contre les hépatites virales B et C est-elle une thématique retenue dans le schéma régional de prévention (SRP) ?**

21 ARS considèrent que la thématique de la lutte contre les hépatites virales B et C a été retenue dans le schéma régional de prévention (SRP).

Les SRP sont présentés selon une approche populationnelle et selon une approche thématique ou par stratégies d'action.

Les réponses montrent que la thématique des hépatites est ainsi inscrite :

✓ *selon l'approche populationnelle* :

- **de façon générale** : les populations à risque et/ou les personnes en situation de vulnérabilité (2 ARS)
  - les populations à risque seules (3 ARS)
  - les personnes en situation de vulnérabilité seules (3 ARS)
- **avec un ciblage sur les** :
  - usagers de drogues (5 ARS)
  - personnes détenues (5 ARS)
  - migrants ou personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie (4 ARS)
  - jeunes (3 ARS)
  - personnes en situation de précarité socio-économique (3 ARS)
  - personnes atteintes de maladies chroniques (2 ARS)
  - personnes présentant un tatouage ou un piercing (2 ARS)
  - professionnels de santé (2 ARS)
  - chacune des populations suivantes par une ARS : personnes handicapées, personnes ayant un comportement sexuel à risque, porteurs de l'Ag HBs dans leur entourage familial, personnes ayant subi une transfusion, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes prostituées

✓ *selon l'approche thématique ou par stratégies d'action* :

- **de façon générale** : développer la prévention (7 ARS)
- **de façon plus spécifique** :
  - renforcer le dépistage (11 ARS)
  - améliorer la couverture vaccinale et promouvoir la vaccination (9 ARS)
  - promouvoir l'éducation à la sexualité et à la vie affective (5 ARS)
  - développer l'offre en programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) (4 ARS)

- renforcer le positionnement des établissements de santé ou structures d'addictologie et de réduction des risques (4 ARS)
- promouvoir l'éducation à la santé (3 ARS)
- réduire les risques de transmission du VHB et VHC (3 ARS)
- agir sur les consommations à risque et les conduites addictives (3 ARS)
- assurer une coordination des acteurs et de la prise en soins (2 ARS)
- développer la communication auprès des professionnels (1 ARS)
- sensibiliser les populations (1 ARS)
- améliorer l'adhésion aux traitements (1 ARS).

### **Question 3 : La lutte contre les hépatites virales B et C est-elle une thématique retenue dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS) ?**

11 ARS considèrent que la thématique de la lutte contre les hépatites virales B et C a été retenue dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Les mêmes approches que celles citées ci-dessus sont utilisées pour la présentation des SROS.

Les réponses montrent que la thématique des hépatites est ainsi inscrite :

✓ *selon l'approche populationnelle :*

- **Personnes détenues :** 6 ARS l'inscrivent dans le volet dédié aux soins des personnes détenues, dont 3 d'entre elles mentionnent la promotion de la vaccination, du dépistage et de la prise en charge en milieu carcéral.
- **Usagers de drogues :** 2 ARS l'inscrivent dans le volet « Addictologie ». L'une prévoit le développement de la réduction des risques infectieux et la structuration de l'offre d'éducation thérapeutique (ETP), l'autre envisage la promotion de la prévention des hépatites.

✓ *selon l'approche thématique ou par stratégies d'action :*

- organiser la prise en charge et l'ETP pour les patients atteints d'hépatites (6 ARS)
- former les professionnels de santé à la prise en charge et à l'ETP (2 ARS)
- développer la prévention par la mise en œuvre d'actions de vaccination et de dépistage (3 ARS)
- mieux connaître la problématique des hépatites (2 ARS).

*A noter :* 3 ARS n'évoquent la thématique des hépatites qu'à travers le volet « Soins aux détenus », celui-ci étant un thème obligatoire du SROS (cf. Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)<sup>8</sup>).

### **Question 4 : La lutte contre les hépatites virales B et C est-elle une thématique retenue dans le schéma régional médico-social (SROMS) ?**

15 ARS considèrent que la thématique de la lutte contre les hépatites virales B et C a été retenue dans le schéma régional médico-social (SROMS).

Les SROMS visent des populations cibles pour lesquelles une ou plusieurs stratégies d'action sont développées.

Les réponses montrent que la thématique des hépatites est ainsi inscrite selon les *populations cibles suivantes* :

- **personnes présentant une addiction** (11 ARS) : renforcer la politique de réduction des risques (6 ARS), inciter au dépistage des hépatites (4 ARS), améliorer la prise en charge et le parcours de soins (5 ARS)
- **personnes vulnérables** (5 ARS) : développer l'offre d'appariements de coordination thérapeutique (ACT) (2 ARS), renforcer l'accès aux soins (2 ARS), promouvoir la vaccination et le dépistage (1 ARS)
- **personnes atteintes d'hépatites chroniques** (2 ARS) : structurer et développer l'offre d'ACT (2 ARS), améliorer le dispositif de réduction des risques et consolider les missions de dépistage (1 ARS).

<sup>8</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_SROS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

**Question 5 : La lutte contre les hépatites virales B et C est-elle une thématique retenue dans des programmes d'action : PRAPS, programmes territoriaux ou d'autres programmes ?**

18 ARS considèrent que la thématique de la lutte contre les hépatites virales B et C a été retenue dans des programmes d'action. Les informations fournies ne proviennent que des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

Les PRAPS sont présentés de la même façon que les SROSM.

Les réponses montrent que la thématique des hépatites est ainsi inscrite selon les *populations cibles suivantes* :

- **population générale** (10 ARS) : prévenir et lutter contre les maladies infectieuses (5 ARS) dont les hépatites (2 ARS), réduire les inégalités de santé en facilitant l'accès au dépistage et à la prévention (5 ARS), en renforçant le parcours de soins (2 ARS) ou en développant l'offre d'ACT (1 ARS)
- **personnes en situation de précarité** (8 ARS) : développer des actions de prévention et de promotion de la santé au moyen de la vaccination (4 ARS) et du dépistage (3 ARS), développer l'offre d'ACT (1 ARS) et l'ETP (1 ARS)
- **personnes détenues** (4 ARS) : développer des actions de prévention et de promotion de la santé par le renforcement d'actions de réduction des risques (1 ARS) et de programmes d'ETP ainsi que de la vaccination contre le virus de l'hépatite B (1 ARS)
- **personnes présentant une addiction** (3 ARS) : renforcer les actions de réduction des risques (2 ARS), lutter contre les maladies infectieuses par le dépistage et la vaccination (2 ARS), créer des places d'ACT (1 ARS)
- **personnes atteintes de maladies chroniques** (1 ARS) : accompagner les malades et leurs proches, lutter contre l'isolement et la désinsertion sociale, promouvoir l'ETP
- **jeunes** (1 ARS) : prévenir et promouvoir la santé, développer des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et d'éducation à la santé, prévenir les addictions et augmenter la couverture vaccinale
- **personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap** (1 ARS) : renforcer les actions d'éducation à la sexualité
- **personnes vulnérables** (1 ARS) : améliorer l'accès au dépistage.

**Question 6 : L'organisation d'un parcours de santé ou de soins est-elle prévue pour les patients atteints d'hépatites virales chroniques B ou C ?**

6 ARS prévoient l'organisation d'un parcours de santé ou de soins pour les patients atteints d'hépatites virales chroniques B ou C.

Les ARS ayant répondu négativement notent en général l'**absence de parcours spécifique** en direction des patients atteints d'hépatites chroniques (5 ARS) au profit d'une prise en charge plus globale du patient au sein d'un parcours dédié à l'ensemble des maladies chroniques.

Quelque soit le type de réponse (positive ou négative) sont cependant envisagés par les ARS :

- **le renforcement de programmes d'ETP** pour les patients atteints d'hépatites chroniques (3 ARS dont 2 ayant répondu positivement et 1 négativement),
- **la volonté d'extension des missions des réseaux** territoriaux ou régionaux aux hépatites B ou C (4 ARS dont 3 ayant répondu positivement et 1 négativement).

**Question 7a) : La population détenue en établissement pénitentiaire est-elle prise en compte dans le plan stratégique régional, les différents schémas ou programmes ?**

La totalité des ARS qui ont répondu au questionnaire (24 ARS sur 24) affirment prendre en compte la population détenue en établissement pénitentiaire dans le plan stratégique régional, les différents schémas ou programmes, ce qui correspond à une exigence du PRS.

**Question 7b) : Cette prise en compte comprend-elle la lutte contre les hépatites virales ?**

21 ARS considèrent que cette prise en compte comprend la lutte contre les hépatites virales.

Cette prise en compte se fait à différents niveaux, tels que :

- la prévention (9 ARS), notamment par la vaccination (7 ARS),

- le dépistage (11 ARS),
- la réduction des risques (5 ARS),
- l'éducation à la santé (4 ARS),
- la prise en charge des hépatites virales (5 ARS), avec une offre en ETP (4 ARS).

**Question 8 : L'ARS apporte-t-elle son soutien financier à des associations (de professionnels, d'usagers, réseaux, etc..) mobilisées autour de cette thématique ?**

20 ARS déclarent accorder un soutien financier, direct ou indirect, à la lutte contre les hépatites virales. Les réponses évoquent toutes un financement à partir du fonds d'intervention régional (FIR) mais seulement 9 mentionnent un financement par l'ONDAM, et plus spécifiquement par les missions d'intérêt général (MIG).

Le FIR est utilisé pour financer des associations, dans le cadre de contrats ou d'appels à projets :

- spécifiques de la thématique des hépatites virales chroniques pour 8 ARS dont l'association SOS-Hépatites pour 7 ;
- ayant un champ plus large (VIH/SIDA/IST associé aux hépatites) pour 18 ARS ;
- développant des actions en direction de populations plus exposées à des risques (jeunes, usagers de drogues, détenus, personnes en situation de précarité, personnes prostituées, migrants,..) pour 10 ARS.

Sont aussi mentionnés dans ce cadre :

- des actions incluant la thématique des hépatites, mises en place par des CIDDIST dans les centres ou hors les murs, par 6 ARS ;
- la promotion des vaccinations (générale ou plus ciblée contre l'hépatite B) par 4 ARS, dans des structures spécifiques (UCSA, CSAPA, CADA ou CHRS) ; ces actions ne sont pas forcément menées en lien avec la semaine européenne de la vaccination (SEV, cf. Question 9),
- des réseaux de ville ou ville/ hôpital associant la thématique des hépatites et celles du VIH/SIDA par 3 ARS ;
- et des programmes d'éducation thérapeutique par 2 ARS.

Les MIG sont citées comme source de financement de projets développés par des CDAG (3 fois), des services experts de lutte contre les hépatites (réseaux : 2 fois, dans des CSAPA : 1 fois), un COREVIH (1 fois).

Les réseaux coordonnés à partir des services experts sont spécifiques des hépatites chroniques.

*A noter* : la mise en place d'une journée de dépistage des hépatites organisée par une association en lien avec des laboratoires et des CDAG dans un département.

**Question 9 : Dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination (SEV), l'ARS a-t-elle développé des actions ciblées concernant la vaccination contre l'hépatite B ?**

9 ARS déclarent avoir développé des actions ciblées concernant la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination (SEV).

Quelque soit le type de réponse (positives ou négatives), les ARS notent que ces actions ne visent pas spécifiquement la vaccination contre l'hépatite B (8 ARS dont 5 ayant répondu positivement et 3 négativement).

Les ARS privilégient ainsi une intégration de la thématique des hépatites B aux actions globales de vaccination en direction :

- du public en général (1 ARS)
- et plus particulièrement : des jeunes (4 ARS), des professionnels de santé (5 ARS) ou des migrants (1 ARS).

*A noter* : Bien qu'ayant répondu négativement, une ARS a diffusé dans le cadre de la SEV une fiche « *Vaccination contre l'hépatite B* » afin d'informer et sensibiliser les professionnels de santé.

**Question 10 : A l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre les hépatites (28 juillet), l'ARS a-t-elle développé des actions concernant les hépatites virales chroniques B et C ?**

Sur les 24 ARS ayant répondu, seules 2 déclarent avoir développé des actions concernant les hépatites virales chroniques B et C à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre les hépatites du 28 juillet :

- un communiqué de presse a été diffusé lors de cette Journée par l'une ;
- une conférence a été organisée par les médecins du pôle de référence hépatites de l'autre région le 13 juin 2012 sur les nouvelles trithérapies.

**Question 11 : Quelles seraient vos attentes pour une future politique de lutte contre les hépatites virales chroniques ?**

21 régions ont répondu à cette question ouverte.

La proposition la plus fréquente (9 ARS) est celle de la promotion de la vaccination contre l'hépatite B, en privilégiant le rattrapage des adolescents et jeunes adultes ou des publics les plus exposés à ce risque.

La politique de lutte contre les hépatites virales ne doit pas être spécifique mais être incluse dans un cadre plus large pour 8 ARS, l'association à la lutte contre le VIH/ SIDA et IST étant la plus fréquemment citée.

Améliorer le dépistage des hépatites est souhaité par 6 ARS de même que la possibilité d'utiliser à court terme des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) est signalé par 6 ARS (dont 2 formulent ces 2 propositions). Le développement du dépistage interviendrait en y sensibilisant les médecins et/ou en ciblant les publics les plus exposés.

Chacune des propositions suivantes est mise en avant par 5 ARS :

- disposer de données épidémiologiques régionales et récentes afin de mieux apprécier à ce niveau l'importance des hépatites chroniques sur le plan de la santé publique et de développer les actions les plus adéquates ;
- améliorer la prise en charge des patients, en particulier en favorisant la coordination des acteurs et en valorisant le parcours de soins ;
- développer l'éducation thérapeutique des patients, aussi bien en ville qu'à l'hôpital ;
- faciliter le rapprochement des COREVIH avec les services experts de lutte contre les hépatites (ex pôles de référence) ;
- renforcer la communication sur les hépatites soit par une campagne nationale d'information soit par des actions et/ou des outils en direction des publics concernés (HSH, migrants, usagers de drogues, détenus, ...).

*A noter :*

- 3 propositions concernant les CSAPA –CAARUD : renforcer les financements, mieux exploiter leurs rapports d'activité, augmenter leurs actions de dépistage et de vaccination contre l'hépatite B ;
- la demande d'actions de prévention de la transmission des hépatites auprès des coiffeurs ;
- la demande de création d'un pôle de référence hépatites pour l'Océan Indien.

## **2-4 Commentaires**

- Sur les 26 ARS sollicitées, 24 ont répondu au questionnaire, ce qui constitue un taux de réponse très satisfaisant ; cela est probablement lié au nombre restreint de questions (11 seulement) et que les réponses ne nécessitaient pas d'interroger des partenaires extérieurs.
- Au cours de l'analyse des réponses a pu être constatée l'existence de deux types de biais dans la considération de la thématique des hépatites comme une priorité en tant que telle :
  - d'une part, il arrive que pour une même question deux ARS rendent compte d'un constat similaire, cependant l'une a répondu positivement à la question, l'autre négativement ;

- d'autre part, un critère d'appréciation a été choisi afin d'interpréter les réponses fournies par les ARS comparées aux informations contenues dans les documents constitutifs de leur PRS. Ce critère consiste en la mention explicite de la thématique des hépatites. Un écart significatif est à noter au niveau de la question 1 pour laquelle le nombre total de réponses positives fournies par les ARS est de 14, alors que le mot « hépatite » n'apparaît que dans 10 PRS. Inversement, pour la question 3, le nombre total de réponses positives fournies par les ARS est de 11, alors que le mot « hépatite » est mentionné dans 16 PRS.

- Le comité restreint du plan Hépatites a suggéré d'étudier le lien entre la prévalence des hépatites B et C et le nombre de réponses positives aux questions portant sur la prise en compte de la thématique des hépatites aux différents niveaux des PRS.
- Le tableau ci-dessous présente les réponses des ARS question par question. Les régions sont classées selon leur prévalence totale du VHB et VHC<sup>9</sup> : la prévalence la plus faible étant en haut du tableau, la plus forte en bas. Les départements d'Outre-Mer sont notés bien que des données de prévalence en population générale ne soient pas disponibles.

D'après ce tableau, il semble ne pas y avoir de corrélation significative entre la prévalence des hépatites B et C et la propension à répondre positivement, notamment pour les questions notées de 1 à 5.

Retours ARS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7a)	Q7b)	Q8	Q9	Q10	Prévalence VHB %	Prévalence VHC %	Total VHB+VHC
09-Corse														
04-Basse-Normandie												0,2	0,35	0,55
06-Bretagne												0,2	0,35	0,55
07-Centre												0,2	0,35	0,55
11-Haute-Normandie												0,2	0,35	0,55
18-Pays de la Loire												0,2	0,35	0,55
02-Aquitaine												0,48	0,96	1,44
14-Limousin												0,48	0,96	1,44
16-Midi-Pyrénées												0,48	0,96	1,44
20-Poitou-Charentes												0,48	0,96	1,44
03-Auvergne												0,52	1,06	1,58
13-Languedoc Roussillon												0,52	1,06	1,58
21-PACA												0,52	1,06	1,58
22-Rhône-Alpes												0,52	1,06	1,58
12-Ile De France												0,8	1,09	1,89
01-Alsace												1,12	0,78	1,9
05-Bourgogne												1,12	0,78	1,9
08-Champagne-Ardenne												1,12	0,78	1,9
10-Franche-Comté												1,12	0,78	1,9
15-Lorraine												1,12	0,78	1,9
17-Nord-Pas-de-Calais												1,12	0,78	1,9
19-Picardie												1,12	0,78	1,9
23-Guadeloupe														
24-Guyane														
25-Martinique														
26-Océan Indien														
<b>Moyenne nationale</b>												<b>0,65</b>	<b>0,84</b>	<b>1,49</b>

	réponse "OUI"
	réponse "NON"
	réponse "indéterminée"

<sup>9</sup> Prévalences selon l'enquête de l'InVS réalisée en 2004 en France métropolitaine, publié en décembre 2006 [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=4362](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4362)

L'analyse des réponses aux questions 1 et 2 nous amène à faire le constat suivant : les hépatites sont le plus souvent abordées sous l'angle des maladies chroniques (prise en charge) dans le PSRS, alors qu'elles le sont sous l'angle des maladies infectieuses dans le SRP (prévention de la transmission).

- Les PRS se présentent globalement :
  - ✓ *selon une approche populationnelle*, ciblant majoritairement les personnes présentant une addiction, les personnes détenues, les usagers de drogues ainsi que les personnes vulnérables ou en situation de précarité.
  - ✓ *selon une approche par stratégies d'action* : développer des actions de promotion de la santé et de prévention, notamment avec le renforcement du dépistage et la promotion de la vaccination, agir sur les conduites à risque (addictives, sexuelles), et enfin promouvoir l'éducation thérapeutique du patient.
- D'après les réponses fournies à la question 8, nous pouvons constater que les ARS financent plutôt des associations dont le champ ne se limite pas aux hépatites. En effet, ces associations choisissent soit de s'étendre au champ du VIH et IST, soit de promouvoir des actions selon une approche populationnelle.
- En ce qui concerne les questions 9 et 10, respectivement :
  - la vaccination contre l'hépatite B ne fait généralement pas l'objet d'une promotion spécifique en France pendant la Semaine Européenne de la vaccination ;
  - rares sont les mobilisations effectuées dans le cadre de la Journée mondiale des hépatites. Une raison a été soulevée par une ARS : la date de l'évènement, le 28 juillet, n'est pas adaptée au calendrier des congés en France. De plus, c'est un évènement très récent étant donné que la première Journée mondiale de lutte contre les hépatites s'est déroulée en 2011.
- Quant à la question 11, une des propositions qui émerge est le souhait d'une politique publique qui ne soit pas spécifique de la lutte contre les hépatites virales mais qui couvre un champ plus large. Ceci est déjà le constat qui peut être fait aujourd'hui en régions. En effet, la thématique des hépatites est désormais intégrée dans des champs plus généraux, comme celui des maladies chroniques.

Néanmoins, les associations de patients et les professionnels de santé concernés par les hépatites craignent la perte en visibilité de la thématique des hépatites ainsi que la diminution d'actions spécifiques.

Les autres réponses à cette question prospective montrent que les principales préoccupations au niveau régional sont les mêmes qu'au niveau national, à savoir l'amélioration de la couverture vaccinale et le renforcement du dépistage par exemple.

## **2-5 Conclusion**

Le questionnaire envoyé aux régions présente un taux de réponse très satisfaisant. La méthode d'élaboration de ce questionnaire pourrait alors être prise en considération pour un bilan intermédiaire ou final d'autres plans nationaux.

Aucune ARS n'a retenu dans son Projet Régional de Santé la thématique de lutte contre les hépatites virales chroniques comme une priorité en soi. Cependant, la lutte contre les hépatites est prise en compte tantôt à travers une approche populationnelle (personnes présentant une addiction, personnes détenues, personnes vulnérables ou en situation de précarité), tantôt à travers des stratégies d'action (prévention par la vaccination, développement du dépistage, promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique, actions sur les conduites à risque). Dans le volet sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues, qui est une composante obligée du PRS, la thématique des hépatites virales est explicitement abordée par 21 ARS.

Par ailleurs, les principales propositions faites à la question 11 pourront être exploitées à l'occasion de l'élaboration d'une nouvelle politique de lutte contre les hépatites virales. Certaines reprennent des objectifs déjà présents dans le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 : promouvoir la vaccination contre l'hépatite B, améliorer le dépistage ou la prise en charge des patients.

D'autres, de niveaux différents, paraissent nouvelles, telles que l'intégration de la lutte contre les hépatites virales dans un cadre plus large ou le rapprochement des COREVIH avec les services experts hépatites. De même, la nécessité de disposer de données épidémiologiques régionales et récentes a été mentionnée par plusieurs ARS dans la perspective de mieux apprécier l'importance des hépatites en tant que problème de santé publique au niveau de leur région et de pouvoir secondairement développer les actions les plus adéquates ou adapter les mesure déjà engagées.

## Déploiement régional du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

### Questionnaire adressé aux ARS

Le plan national de lutte contre les hépatites B et C, lancé en février 2009, arrive à échéance à la fin de l'année 2012. Afin de pouvoir établir le bilan de la mise en œuvre de ce plan, il est important de connaître le positionnement et les actions déployées par chacune des 26 ARS sur cette thématique, en fonction du contexte qui lui est spécifique.

Nous vous remercions de bien vouloir de répondre à l'ensemble des questions.

Coordonnées de la / des personne(s) en charge de ce dossier dans l'ARS et/ou qui assure(nt) la transversalité de cette thématique dans l'ARS :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : courriel :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : courriel :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : courriel :

Coordonnées de la personne qui remplit le questionnaire si elle est différente de la / de(s) personne(s) mentionnée(s) ci-dessus :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : courriel :

Merci de renvoyer ce questionnaire rempli par mail pour le 21 janvier 2013 au plus tard, à l'adresse suivante :

[Annette.colonnier@sante.gouv.fr](mailto:Annette.colonnier@sante.gouv.fr)

Vous pouvez joindre (en version électronique ou par courrier) tout document dont vous disposez qui peut compléter le questionnaire (programme régional, bilan d'actions, ...).

**Q1 - La lutte contre les hépatites virales B et C est-elle une thématique retenue dans le plan stratégique régional de santé (PSRS)?**

Oui :  Non :

Si oui, sous quelle forme ?

**Q2 :**

- **dans le schéma régional de prévention ?**

Oui :  Non :

Si oui, sous quelle forme ?

**Q3 :**

- **dans le schéma régional d'organisations des soins (SROS) ?**

Oui :  Non :

Si oui, sous quelle forme ?

**Q4 :**

- **dans le schéma régional médico-social (SROSM) ?**

Oui :  Non :

Si oui, sous quelle forme ?

**Q5 :**

- **dans des programmes d'action : PRAPS, programmes territoriaux ou d'autres programmes ?**

Oui :  Non :

Si oui, sous quelle forme ?

**Q6 :**

**L'organisation d'un parcours de santé ou de soins est-elle prévue pour les patients atteints d'hépatites virales chroniques B ou C ?**

Oui :  Non :

Si oui, quelles en sont les modalités ?

**Q7 :**

**La population détenue en établissement pénitentiaire est-elle prise en compte dans le plan stratégique régional, les différents schémas ou programmes ?**

Oui :  Non :

Q7a : Si oui, sous quelle forme ?

Q7b : Cette prise en compte comprend-elle la lutte contre les hépatites virales ?

**Q8 :**

**L'ARS apporte-t-elle son soutien financier à des associations (de professionnels, d'usagers, réseaux, etc.) mobilisées autour de cette thématique ?**

Oui :  Non :

Si oui, pour quelles actions et à quelle hauteur ?

**Q9 :**

**Dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination (SEV), l'ARS a-t-elle développé des actions ciblées concernant la vaccination contre l'hépatite B ?**

Oui :  Non :

Si oui, quelles actions ont été réalisées ?

**Q10 :**

**A l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre l'hépatite (28 juillet), l'ARS a-t-elle développé des actions concernant les hépatites virales chroniques B et C ?**

Oui :  Non :

Si oui, quelles actions ont été réalisées ?

-----

**Q11 :**

**Quelles seraient vos attentes pour une future politique de lutte contre les hépatites virales chroniques ?**

# **ANNEXES**



# **Annexe 1 : Composition du comité de suivi et de prospective**

**(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 2009-2012, modifié par les arrêtés du 7 février 2011 et du 2 avril 2012).**

## Membres de droit

Le directeur général de la santé (DGS) ou son représentant ;  
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) ou son représentant ;  
Le directeur de la sécurité sociale (DSS) ou son représentant ;  
Le directeur général de l'action sociale (DGCS) ou son représentant ;  
Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ou son représentant ;  
Le directeur de l'administration pénitentiaire (DAP) ou son représentant ;  
Le directeur général du travail (DGT) ou son représentant ;  
  
Le directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ou son représentant ;  
Le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ou son représentant ;  
Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps / ANSM) ou son représentant ;  
Le directeur général de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) ou son représentant ;  
Le directeur de la Haute Autorité de santé (HAS) ou son représentant ;  
Le directeur général de l'Agence de la biomédecine (ABM) ou son représentant ;  
Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ou son représentant ;  
Le président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ou son représentant ;  
Le président de l'Etablissement français du sang (EFS) ;  
Le président de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) ou son représentant ;  
Le président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ou son représentant.

## Au titre de l'article 4, 1<sup>er</sup> alinéa : Personnes qualifiées

M. le professeur Pierre CZERNICHOW.  
M. le professeur Daniel DHUMEAUX, Président du comité  
M. le professeur Michel DOFFOËL.  
M. le professeur Georges Philippe PAGEAUX.  
M. le professeur Jean Michel PAWLOTSKY.  
M. le professeur Stanislas POL.  
Mme la docteure Françoise ROUDOT-THORAVAL.

## Au titre de l'article 4, 2<sup>ème</sup> alinéa :

M le docteur Christophe JULIEN, médecin au sein de l'ARS, référent hépatites dans la région Rhône-Alpes.  
M. le professeur François TRIVIN, représentant la Commission nationale permanente de biologie médicale.

## Au titre de l'article 4, 3<sup>ème</sup> alinéa : Organisations de professionnels de santé

Un représentant l'Association française pour l'étude du foie (AFEF)  
- M. le professeur Jean-Pierre BRONOWICKI, titulaire,  
- Mme le professeur Dominique ROULOT, suppléante ;  
  
Un représentant de l'Association nationale des médecins généralistes pour la réflexion sur l'hépatite C (ANGRHEC)  
- M. le docteur Xavier AKNINE, titulaire,  
- M. le docteur Patrick DE LASELLE, suppléant ;  
  
Un représentant l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)  
- M. le docteur Patrick SERRE, titulaire,  
- Mme la docteure Laura HARCOUET ;

Un représentant du Club de réflexion et d'étude des cabinets de groupe de gastro-entérologie (CREGG)

- M. le docteur Thierry FONTANGES, titulaire,
- M. le docteur Bertrand HANSLIK, suppléant ;

Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins

- M. le docteur Stéphane OUSTRIC, titulaire,
- M. le docteur Patrick ROMESTAING, suppléant ;

Un représentant du Conseil national de l'ordre des pharmaciens

- M. le docteur Jean-Luc BENHAIM, titulaire,
- M. le docteur Vivien VEYRAT, suppléant ;

Un représentant de la Coordination nationale des réseaux microstructures

- M. le docteur Georges-Henri MELENOTTE, titulaire,
- M. le docteur François BRUN, suppléant ;

Un représentant de la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRRH)

- M. le professeur Dominique LARREY, titulaire,
- M. le professeur Patrice COUZIGOU, suppléant.

#### Au titre de l'article 4, 4<sup>ème</sup> alinéa : Autres organisations ou associations

Un représentant de l'Association française des hémophiles (AFH)

- M. Alphonse CAILLEAU, titulaire,
- M. Norbert FERRE, suppléant ;

Un représentant de l'Association française pour la réduction des risques (AFR)

- M. Serge LONGERE, titulaire,
- Mme Marie DEBRUS, suppléante ;

Un représentant de l'association AIDES

- M. Christian ANDREO, titulaire,
- M. Arnaud WASSON SIMON, suppléant ;

Un représentant de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA)

- M. le docteur Jean-Michel DELILE, titulaire,
- Mme la docteure Brigitte REILLER, suppléante ;

Un représentant de l'Association auto support des usagers de drogues (ASUD)

- M. Fabrice OLIVET, titulaire,
- M. Pierre CHAPPARD, suppléant ;

Un représentant de l'association Collectif Hépatites virales (CHV)

- Mme Juliette DAVRIL, titulaire,
- Mme Marianne L'HENAFF, suppléante ;

Un représentant de l'association Comité médical pour les exilés (COMEDE)

- M. le docteur Pascal REVAULT, titulaire,
- M. le docteur Olivier LEFEBVRE, suppléant ;

Un représentant de l'association Médecins du monde (MDM)

- Mme la docteure Marie-Dominique PAUTI, titulaire,
- Mme la docteure Jeanine ROCHEFORT, suppléante ;

Un représentant de l'association SOS HEPATITES FEDERATION

- M. Michel BONJOUR, titulaire, Vice président du comité,
- M. Pascal MELIN, suppléant.

## **Annexe 2 : Composition du groupe restreint**

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

M. Michel BONJOUR ; Vice- Président du comité de suivi et de prospective du Plan.

Pr Pierre CZERNICHOW ; Personnalité qualifiée.

Dr Jean-Michel DELILE ; Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA).

Pr Daniel DHUMEAUX ; Président du comité de suivi et de prospective du Plan.

Pr Michel DOFFOEL ; Personnalité qualifiée.

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

Pr Dominique LARREY ; Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRH).

Dr Christine LARSEN ; Institut de veille sanitaire (InVS).

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

M. Fabrice OLIVET ; Association auto support des usagers de drogues (ASUD).

Pr Stanislas POL ; Personnalité qualifiée.

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

Pr Dominique ROULOT ; Association française pour l'étude du foie (AFEF).

Dr Françoise ROUDOT-THORAVALE ; Personnalité qualifiée.

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

## **Annexe 3**

### **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 2009<sup>10</sup>.

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.

#### **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 ;

---

<sup>10</sup> 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

- 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 2009-2012<sup>11</sup>.

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. II

---

<sup>11</sup> NOR: SASP1007838A

procède, sur sa propre initiative, à l'actualisation de cette déclaration en 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 4 : Compte-rendu du comité plénier du 13 décembre 2012

---

### Sommaire

- I. Ouverture
- II. Déclarations publiques d'intérêt (DPI) / liens d'intérêt 75
- III. Présentation de l'avancement des études CUPIC et HEPATHER : S. Pol
- IV. Présentation du bilan 2012 de la mise en œuvre du plan : A. Colonnier (DGS-RI2)
- V. Point sur l'évaluation du plan par le HCSP (méthodologie, calendrier, ...)
- VI. Présentation des travaux du groupe de travail «Le plan et les différents acteurs» : D Larrey
- VII. Intervention de Directions, Agences, Instituts impliqués dans l'avancement du plan
  - 1. InVS (C. Larsen)
  - 2. INPES (C. Jestin)
  - 3. ANRS (V. Petrov-Sanchez)
- VIII. Dépistage
- IX. Perspectives
- X. Questions diverses

---

### Étaient présents :

Xavier AKNINE	Association nationale des médecins généralistes pour la recherche et l'étude sur les hépatopathies chroniques (ANGREHC)
Jean-Pierre ALLEMAND	Fédération SOS Hépatites
Mariam ARVIS	Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
Pierre-Yves BELLO	DGS – MC2
Jean-Luc BENHAIM	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
Zina BESSA	DGS - RI
Michel BONJOUR	Vice-président du Comité de suivi et de prospective, Fédération SOS hépatites
Julie BOTTERO	Infectiologue, Hôpital Saint-Antoine et investigateur principal du projet Optiscreen B sur le TROD VHB
Valérie BUTHION	Haut conseil de la santé publique (HCSP)
Laurence CATE	DGS – RI2
Laurent CHAMBAUD	Conseiller technique, responsable du pôle santé publique et veille sanitaire au cabinet ministériel
Agnès CHARLEMAGNE	CEMKA-EVAL
Annette COLONNIER	DGS – RI2
Hervé. CREUSVAUX	Agence de la biomédecine
Pierre CZERNICHOW	Professeur de santé publique au CHU de Rouen
Juliette DAVRIL	Collectif Hépatites virales
Jean-François DELFRAISSY	Directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
Daniel DHUMEAUX	Président du Comité de suivi et de prospective, CHU Henri Mondor
Michel DOFFOEL	Hépatologue au CHU de Strasbourg
Bernard FALIU	DGS - RI2
Marie-Christine FAVROT	Direction générale de la santé (DGS)
Pierre GABACH	CNAMTS
Dominique de GALARD	Direction de l'administration pénitentiaire – Ministère de la Justice

Grégoire JEANBLANC Christine JESTIN	Haute Autorité de santé (HAS) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
Christophe JULIEN Anne-Françoise KUHN Dominique LARREY	Médecin conseil, référent hépatites ARS Rhône-Alpes CNAMTS Fédération Nationale des Pôles de référence et Réseaux Hépatites (FNPRRH), CHU de Montpellier
Christine LARSEN Gaëlle LE BRUN	Institut national de veille sanitaire (InVS) Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)
Marie-Hélène LOULERGUE Dominique MARTIN George-Henri MELENOTTE	DGS - RI Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales
Eric MERLET Jean-Luc NEVACHE	Fédération SOS Hépatites Directeur du cabinet de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé
Ventzislava PETROV-SANCHEZ	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
Marie-Dominique PAUTI Geneviève PIETU Stanislas POL Isabelle PORTERET	Médecins du monde (MDM) Association française des hémophiles (AFH) Hépatologue à l'hôpital Cochin, Paris Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
Catherine RUMEAU-PICHON Patrick SERRE	Haute Autorité de santé (HAS) Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)
Béatrice TRAN Arnaud WASSON-SIMON	Haut conseil de la santé publique (HCSP) AIDES

**Etaient excusés :**

Patrick DELASELLE	ANGREHC
Jean-Michel DELILE	Fédération Addiction
Chantal ERAULT	Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Norbert FERRE	Association française des hémophiles (AFH)
Thierry FONTANGES	CREGG
Ruth GOZLAN	MILDT
Pascal MELIN	Président Fédération SOS-Hépatites
Fabrice OLIVET	ASUD
Stéphane OUSTRIC	Conseil national de l'Ordre des médecins
Brigitte REILLER	Fédération Addiction
Pascal REVAULT	COMEDE
Françoise ROUDOT-THORAVAL	CHU Henri Mondor, Créteil
Caroline SEMAILLE	Institut national de veille sanitaire (InVS)
Isabelle TORDJMAN	Direction générale du travail
François TRIVIN	Commission nationale permanente de biologie médicale

## 1- Ouverture

Jean-Luc Nevache, Directeur du cabinet de Mme la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, souligne l'importance que Mme la Ministre attache à ces maladies, qui touchent plus de 500 000 personnes dont la moitié l'ignore. Près de 4 000 décès annuels sont imputables aux hépatites. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique à l'heure où des avancées diagnostiques et thérapeutiques vont transformer la prise en charge de l'hépatite C et où la population doit être mieux protégée contre l'hépatite B par la vaccination. Cette instance est un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics pour suivre, accompagner et porter le combat contre les hépatites virales. Ce Comité, dont c'est aujourd'hui la 4<sup>ème</sup> réunion, est composé d'une grande variété de structures. Mme la Ministre salue le travail réalisé au quotidien par chacune d'elles et les en remercie.

Mme la Ministre souhaite citer quelques avancées réalisées. Depuis juillet dernier, les nouvelles molécules d'anti-protéases sont remboursées par l'Assurance Maladie et permettent d'offrir une trithérapie à tous les patients atteints d'une hépatite C chronique le nécessitant. Dans le cadre de l'appel à projets national de la DGS pour l'incitation au dépistage des IST hors VIH, 4 des 5 projets retenus concernent les hépatites. Le projet porté par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales d'une cohorte nationale des hépatites B et C a obtenu dans le cadre des investissements d'avenir le label Equipex. Enfin, l'index européen de performance de la lutte contre les hépatites place la France en première position, même si le sous-indicateur relatif à la prévention ne la place qu'au 8<sup>ème</sup> rang. Ceci montre que la France est une fois de plus en retard en matière de prévention et qu'elle doit faire des efforts dans ce domaine.

L'évaluation de ce 3<sup>ème</sup> Plan est nécessaire. Sans en préempter les résultats et les conclusions, le bilan provisoire montre une réalisation des actions à 90 %. Mme la Ministre assure le Comité de sa volonté de rendre la lutte contre les hépatites virales lisible et visible à la hauteur des enjeux que représentent ces infections. Elle connaît la préoccupation du comité sur le manque de visibilité et de reconnaissance des hépatites virales. Afin de rassurer les intervenants, d'instaurer un climat de confiance et face à des données épidémiologiques et de morbidité datant de plus de 8 ans, aux importantes évolutions thérapeutiques engagées et à l'évolution des prises en charge des patients, Mme la Ministre considère qu'il est urgent de disposer d'un rapport d'expertise sur les hépatites virales, comme cela a été fait pour le VIH. La loi sur le médicament de décembre 2011 a modifié le contexte de rédaction de ce type de rapport, mais elle ne doute pas de la possibilité de réunir, autour d'une structure nationale spécifiquement missionnée, des sociétés savantes et des organisations représentant la société civile pour la prise en compte des dimensions médicales et sociales de ces maladies. Des actions seront mises en place pour rendre un premier rapport disponible en 2013.

Par ailleurs, Mme la Ministre est consciente qu'il est nécessaire d'avancer sur certains sujets qui préoccupent particulièrement le Comité :

- La situation des personnes détenues atteintes d'hépatites : avec la Garde des sceaux, Mme la Ministre a annoncé la mise en place de groupes de travail paritaires justice et santé : le premier travaillera sur le sujet des personnes en fin de vie et des suspensions de peine, le second sur la prévention en prison et la réduction des risques. Les premières propositions de ces deux groupes devraient être disponibles d'ici 3 mois,
- Les difficultés d'inclusion des personnes co-infectées hépatite C et VIH dans les essais cliniques : des progrès doivent être rapidement réalisés. Une partie réglementation relève de la Communauté Européenne et la France agira pour améliorer la représentativité des personnes incluses dans les essais cliniques,
- Le maintien des soutiens financiers aux associations régionales et nationales agissant dans le champ de la lutte contre les hépatites : ce soutien doit leur permettre de jouer leur rôle dans la promotion des comportements de prévention et d'incitation au dépistage et dans l'accompagnement et le soutien des personnes atteintes. Dans un contexte budgétaire difficile, il sera nécessaire de rechercher les gains d'efficience notamment en coordonnant et

mutualisant mieux les financements VIH/IST et hépatites. Certaines actions sont complémentaires et les publics cibles sont souvent les mêmes.

- Ces enjeux de santé publique seront inscrits dans la nouvelle Stratégie nationale de Santé voulue par le gouvernement. Ceci sera l'occasion de mieux définir les missions et d'optimiser les financements tant du point de vue de la lutte contre le sida que de la lutte contre les hépatites.

La victoire contre l'hépatite C est proche et certains définissent les évolutions attendues comme une véritable révolution thérapeutique en parlant de «guérison» pour les patients. Il reste toutefois beaucoup à faire. Il est nécessaire d'intensifier la prévention et le dépistage, en s'appuyant notamment sur les TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) au plus près des populations à risque. Il est également nécessaire d'obtenir de meilleurs résultats en termes de vaccination contre l'hépatite B. Les parcours de soins devront être adaptés aux évolutions thérapeutiques qui s'annoncent.

D Dhumeaux, président du Comité de suivi et de prospective, demande à M Nevache de bien vouloir remercier Madame la Ministre de l'intérêt qu'elle porte au travail du Comité et se réjouit des bonnes nouvelles qui viennent d'être annoncées : la lutte contre les hépatites virales se poursuivra avec le soutien ministériel et le rapport d'experts, très attendu, se concrétisera enfin. Il ne doute pas que les bonnes personnes seront identifiées pour prendre en charge ce lourd dossier mais se dit plus réservé sur un rendu de rapport fin 2013, car il s'agit d'un premier rapport.

Les hépatites virales ont été associées à des progrès thérapeutiques considérables mais la vaccination contre le virus de l'hépatite B reste imparfaite en France ; la plupart des nourrissons sont aujourd'hui vaccinés mais la moitié des jeunes ne le sont pas à un âge où les risques de contamination sont élevés. Dans le cas de l'hépatite C, les médicaments assurent la guérison de l'infection dans plus de 70% des cas. Ils réduisent la survenue des cirrhoses et des cancers du foie et limitent les transplantations. Des perspectives laissent espérer qu'il sera possible de guérir également l'hépatite B. Le dépistage de ces deux affections doit être renforcé. La difficulté vient du fait que nombre de personnes infectées sont en situation de précarité et posent des problèmes d'identification et de prise en charge. Dans un délai de 15 à 20 ans, les hépatites B et C pourraient avoir disparu en France. La France, malgré quelques imperfections en la matière, est considérée comme un modèle à l'étranger.

M Bonjour, vice-président du Comité de suivi et de prospective, remercie M Nevache des bonnes nouvelles annoncées mais souhaite néanmoins faire part d'un certain nombre d'inquiétudes éprouvées par les associations de malades. Il serait juste de renouveler ce Plan dans la mesure où de nombreuses actions sont en cours. Les travaux des groupes de travail sont remarquables mais leur utilisation est parfois décevante. Il est également nécessaire d'insérer un volet social et anthropologique au rapport sur les hépatites. Il mentionne également le problème du fléchage des crédits, qui restent limités. Quatre millions d'euros sont envoyés aux ARS, qui ont ensuite toute liberté pour financer ou non les projets des associations qui interviennent pour aider les malades, comme ceux de l'éducation thérapeutique. Il est nécessaire de sauver les réseaux ville / hôpital dont certains sont sur le point de disparaître. Des actions de dépistage ont été lancées avec le concours des syndicats de laboratoire de biologie, grâce à la fédération des Pôles de référence et réseaux Hépatites et SOS Hépatites.

Il est temps de réellement prendre en compte l'éducation thérapeutique des patients et d'organiser les personnes qui en ont la charge pour que le malade devienne son propre acteur de soin. Un autre souci est posé par les DOM-TOM, qui ne figuraient pas dans l'enquête InVS de 2004. L'association de Guadeloupe n'a jamais reçu de financement de l'ARS et a réussi pourtant à organiser des dépistages publics ; l'association de Martinique a disparu faute de moyens. SOS Hépatites essaie de créer un réseau francophone en Afrique et aurait également besoin de soutiens financiers dans ce cadre.

Des actions en direction des appartements de coordination thérapeutique sont également nécessaires. Si les personnes sous traitement bénéficiaient de 900 euros mensuels sur un an, elles

pourraient se nourrir correctement et améliorer l'efficacité de leur traitement. La mise en place d'une expérimentation de salles de consommation à moindre risque, avec la MILDT, est en cours. Une véritable coordination est nécessaire avec l'administration pénitentiaire concernant les détenus pour leur permettre un suivi médical à leur sortie. D'autres préoccupations peuvent être mentionnées : l'inscription tant attendue d'un acte de dépistage des hépatites par les marqueurs du VHB à la nomenclature, l'accès renforcé à un dépistage de qualité et enfin l'accès aux nouvelles molécules pour les gens oubliés qui ne sont pas de génotype 1 ou qui ont déjà suivis de nombreux traitements.

D Dhumeaux remercie l'ensemble des participants de leur implication dans la conduite de ce plan. Ils ont reçu le rapport d'activité 2011, celui de 2012 est en cours de rédaction. La grande majorité des actions ont été menées et quelques-unes sont devenues obsolètes. Faisant référence aux forts impacts qu'avait eus l'enquête InVS de 2003-2004, il estime qu'il serait souhaitable qu'une nouvelle enquête InVS soit menée, en réalisant un focus sur les personnes en situation de précarité et sur les départements d'Outre-mer. Il remercie aussi les institutions de leur soutien.

*M Nevache quitte la séance. Un tour de table est réalisé et les participants sont invités à faire part de leurs questions au responsable santé publique du Cabinet ministériel, L Chambaud.*

E Merlet, représentant de la Fédération SOS Hépatites, prend acte de l'engagement ministériel sur un rapport d'experts et s'en félicite. Afin de donner une suite concrète à ces problématiques, il est important qu'il y ait une suite à ce Plan, ce qui n'a pas été annoncé dans le discours du Directeur du cabinet. Par ailleurs, afin de pouvoir proposer des recommandations de prise en charge efficiente, il est nécessaire de mettre en place une conférence de consensus, qui n'a jamais eu lieu sur l'hépatite B et qui date de 10 ans pour l'hépatite C.

X Aknine, président de l'ANGREHC, salue les actions entreprises et les progrès réalisés grâce au plan. Il souhaite attirer l'attention du cabinet de la Ministre sur le fait que les bénéficiaires des traitements et des avancées thérapeutiques ne se limitent pas au pourcentage de réponse à un virus. Il s'agit souvent de populations présentant des difficultés particulières. Ainsi, 70 % des nouvelles contaminations par le virus de l'hépatite C concernent des toxicomanes et cette population éprouve des difficultés à accéder aux soins et à conduire un traitement à son terme.

Par ailleurs, 50 % des personnes ignorent encore leur statut sérologique. L'enjeu du dépistage et du développement des TROD en médecine générale reste donc majeur. De nombreux médecins généralistes plaident pour coupler le TROD VIH au TROD VHC dès lors qu'il sera validé en médecine de ville, car le dispositif classique de dépistage (CDAG) est aujourd'hui insuffisant. L'ANGREHC envisage de proposer une étude de faisabilité en médecine générale.

Enfin, X Aknine souligne la gravité de l'association hépatite C et alcool, qui réduit l'espérance de vie de 15 ans et entraîne un accès plus tardif aux traitements. Une priorité d'action de santé publique doit être menée vers ces personnes. Il convient également de se saisir du fait que de nouveaux traitements sont expérimentés dans le domaine de l'alcoolisme (baclofène, nalméfène...). L'ANGREHC a décidé de se réorienter vers une mutualisation des actions avec ceux qui développent la prescription du baclofène.

D de Galard, représentante de la DAP, rappelle que la population pénale intra-carcérale fait partie des populations les plus démunies. Dans la mesure où la population placée sous main de justice est nombreuse et que la durée moyenne de détention est de 9 mois, la population incarcérée est constituée d'un flux. Seuls 50 % de ces personnes sont dépistées à leur entrée en prison, sur la base du volontariat. Une meilleure information et une nouvelle proposition à un moment plus adapté durant la détention pourraient permettre d'améliorer le dépistage. D'importants progrès restent à faire sur la vaccination contre l'hépatite B en milieu carcéral. Il est essentiel qu'à leur sortie de prison, ces personnes ne subissent pas une rupture de traitement et de prise en charge. Des progrès doivent être réalisés notamment avec le système social pour leur assurer un hébergement et une prise en charge adaptée.

A Wasson-Simon, représentant de l'association Aides, partage le souci majeur d'améliorer la réduction des risques et de mettre en œuvre les recommandations de l'INSERM de 2010. Au-delà des salles de consommation, il reste encore de nombreuses actions à mener pour limiter les nouvelles contaminations chez les usagers de drogue. Il relaie l'impatience des militants d'Aides sur l'autorisation de mise en place de TROD pour les hépatites. La mise en place des TROD VIH par les acteurs communautaires a montré la valeur ajoutée de ces outils, notamment sur la capacité à atteindre des personnes éloignées des autres systèmes de dépistage. Un autre point important est la nécessité de convaincre le personnel infirmier que, lorsque le capital veineux du patient est abîmé, il puisse laisser la personne se prélever elle-même si elle le demande.

L Chambaud souligne la volonté du cabinet de la Ministre de poursuivre le mouvement amorcé. La poursuite du Plan n'a pas été annoncée car deux événements doivent être préparés : la stratégie nationale de santé demandée par le Premier Ministre et la loi de santé publique souhaitée par le Président de la République. Le cabinet souhaite examiner comment poursuivre et développer le mieux possible les initiatives prises au travers des différents plans et programmes dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Il est également nécessaire de définir le contenu de la loi de santé publique en matière de priorité. Ces initiatives pourront s'appeler « plan » ou « priorités » ou « stratégie nationale ».

L'idée d'une conférence de consensus est intéressante et les modalités de mise en place doivent être examinées avec les experts. Elles seront liées au contenu du rapport d'experts qui sera réalisé. L'échéance de remise de ce rapport n'est qu'indicative et permet surtout de démontrer la volonté du cabinet ministériel de le mettre en œuvre. Le réaliser en 2013 permettrait de lancer une grande concertation sur le sujet, sachant que les conférences de consensus ne portent pas uniquement sur les éléments médicaux mais sur l'ensemble des conditions permettant la prise en charge. Le cabinet ministériel est très attaché au développement de la réduction des risques et est en lien permanent avec la MILDT, qui présentera son programme d'actions pluriannuelles au printemps 2013. L'objectif est de pouvoir développer l'ensemble des pratiques de réduction des risques.

Lorsque les TROD hépatites seront validés, il est clair pour le cabinet ministériel qu'ils devront être utilisés pour les populations qui en ont le plus besoin et, autant que faire se peut, couplés avec les TROD VIH. Le cabinet est également très sensible à la question des détenus. Il ne s'agit pas uniquement de proposer un dépistage aux détenus lors de leur arrivée mais de trouver un moment plus adapté pour le faire et de permettre une continuité de traitement à leur libération. Il invite le Comité à lui transmettre une note relative aux pratiques infirmières mentionnées par Aides.

Le sujet des fléchages des crédits est complexe. Bien qu'il semble normal d'utiliser les financements donnés pour des sujets particuliers, il ne faut pas considérer les ARS comme de simples boîtes postales. Elles doivent utiliser au mieux leurs crédits. Certaines ARS peuvent décider d'utiliser des crédits pour une priorité régionale. Le cabinet a le souci de nouer des partenariats avec les ARS et de trouver un équilibre.

La question des DOM-TOM revient régulièrement, autant pour le VIH que pour les hépatites et ce sujet devra être examiné précisément.

D Larrey, président de la FNPRRH, est préoccupé par les difficultés de déploiement des programmes d'éducation thérapeutique, notamment faute de moyens. Les thérapeutiques complexes nécessitent un accompagnement supplémentaire. Les remarquables résultats précédemment cités ne le sont qu'à partir du moment où un accompagnement thérapeutique a eu lieu. Les médicaments de demain, encore plus performants, nécessiteront encore davantage de technicité.

D Dhumeaux confirme que le fait de bénéficier d'une éducation thérapeutique augmente l'observance et le taux de réussite du traitement. Quand cette éducation thérapeutique est mise en œuvre par des infirmi(er)ères, cela permet également aux médecins de prendre en charge davantage de patients. Cela est d'autant plus important que l'arrivée des nouvelles molécules s'accompagnera d'un afflux de malades. La coordination avec les ARS est importante, car ces moyens doivent être délivrés par elles en direction des établissements de santé, puis des services experts.

L Chambaud assure qu'il s'agit d'un sujet complexe. L'éducation thérapeutique a été inscrite dans la loi de 2009 mais tout n'a pas été réglé. Il plaidera pour que l'éducation thérapeutique soit partie prenante de la Stratégie nationale de Santé car il est nécessaire de pouvoir donner une inflexion à cette pratique. Pour des raisons historiques, de nombreux programmes d'éducation thérapeutique ont été développés dans un cadre uniquement hospitalier. Lors de la mise en place des ARS en 2010, l'éducation thérapeutique du patient a dû être développée dans un budget totalement contraint. De nombreuses ARS sont convaincues du bien-fondé du développement de l'éducation thérapeutique du patient, mais éprouvent des difficultés à l'envisager dans des contextes autres qu'hospitaliers. Les modes de financement sont très complexes à mettre en place, notamment avec les professionnels libéraux. La loi n'a donc pas été concrétisée par une véritable progression des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Le cabinet ministériel doit y travailler avec la CNAM et la HAS.

D Dhumeaux considère que ce discours sur l'éducation thérapeutique est général, alors qu'un objectif très pratique du Comité serait de cibler 6 ou 7 centres pilotes purement hospitaliers en France dans les régions à grande prévalence, chacun accueillant une infirmière spécialisée sur l'éducation thérapeutique. Cela représenterait un budget qui pourrait rester raisonnable.

JF Delfraissy, directeur de l'ANRS, rappelle que l'ANRS consacre cette année près de 22 % de son budget à la recherche sur les hépatites, contre 6 % en 2006, à moyens d'Etat constants. Cet effort sera maintenu. Il se félicite de la décision ministérielle relative au rapport d'experts sur les hépatites. S'il est certainement nécessaire dans le domaine de l'utilisation des molécules, il l'est encore davantage dans les domaines extra-médicaux. Le milieu associatif doit être fortement impliqué sur les questions transversales de santé publique et de prévention auprès des populations précaires. Le problème des liens d'intérêt existera, notamment avec les fabricants des nouvelles molécules, car tous les experts sont impliqués dans les études cliniques de ces molécules. Il est important de ne pas confondre les liens d'intérêt avec les conflits d'intérêt. L'originalité de ce rapport est qu'il est lié au terrain et au milieu associatif. Il considère que le rapport d'experts sur les hépatites doit être achevé avant fin 2013. Dans sa première version, il n'a pas besoin d'être aussi imposant que le dernier rapport VIH. Enfin, il confirme que l'ANRS, l'InVS et l'ANSM doivent travailler encore plus étroitement dans le domaine des hépatites. L'observatoire ANRS CUPIC est un bon modèle de réponse institutionnelle aux phases IV des études cliniques.

*M Chambaud quitte la séance.*

## **2- Déclarations publiques d'intérêt (DPI) / liens d'intérêt**

*Aucun lien d'intérêt n'est signalé.*

## **3- Présentation de l'avancement des études CUPIC et HEPATHER : S. Pol. (cf. présentation adressée par mail le 14 décembre 2012)**

S POL intervient au nom de l'ANRS, le principal promoteur des études CUPIC et HEPATHER. L'étude CUPIC a été lancée afin de disposer notamment d'informations relatives aux patients atteints de cirrhose due au VHC de génotype 1 n'ayant pas répondu à un traitement antérieur et traités avec les nouveaux inhibiteurs de protéases (bocéprévir, télaprévir), prescrits dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

Sur les 1 500 patients cirrhotiques ayant reçu des inhibiteurs de protéases, 500 ont été inclus dans la cohorte CUPIC. Il a été acté que cette cohorte serait la première étape d'une cohorte nationale plus importante (Hepather), qui va durer 10 ans au total, et qui prévoit d'inclure 25 000 patients infectés par le virus de l'hépatite B (VHB) ou C (VHC). Les résultats préliminaires de tolérance et d'efficacité issus des données CUPIC représentent un équivalent de première intention d'étude clinique de phase IV (ou de post-AMM) pour le bocéprévir et le télaprévir. Chez ces patients cirrhotiques précédemment traités, le traitement s'étend sur 48 semaines et l'efficacité thérapeutique

est évaluée 24 semaines après la fin du traitement. D'une manière globale, si les importants effets secondaires de ces deux molécules rendent leur tolérance moins bonne que celle observée pendant les études cliniques de phases II et III, les résultats préliminaires d'efficacité du télaprévir sont positifs avec un contrôle de la multiplication virale pour près de 80% des patients en intention de traiter à 3 mois de traitement. Un tiers à la moitié de ces patients difficiles à traiter seront guéris par le traitement. Les résultats préliminaires d'efficacité du bocéprévir sont moins bons : après 12 semaines de trithérapie, 55 % des patients en intention de traiter sont contrôlés. Ces résultats soulignent la pertinence de l'AMM étendue aux patients cirrhotiques précédemment exposés à un traitement par interféron et ribavirine et en échec thérapeutique.

La Cohorte HEPATHER vise à intégrer 10 000 sujets infectés par le virus de l'hépatite B et 15 000 par le virus de l'hépatite C dans une grande cohorte suivie sur 8 ans après une inclusion de 18 à 24 mois pour répondre à des questions scientifiques centrées sur les traitements, la virologie, la physiopathologie et les sciences humaines, définies dans le cadre de groupes d'animation. Cette cohorte permettra de répondre à des questions plus ciblées, portant sur de petits effectifs qui n'apparaissent pas dans les essais cliniques. L'intérêt principal de cette cohorte est de créer une collection biologique majeure (biobanque). Les inclusions ont commencé en août 2012 dans les centres pilotes de Cochin et Nancy. A ce jour, 700 patients sont inclus. Une dizaine de nouveaux centres seront prochainement déployés avec une inclusion quotidienne de 6 à 7 patients par centre prévue pendant 18 et 24 mois. Une deuxième vague d'ouverture se fera fin 2013 pour aboutir à 32 centres en France. HEPATHER a reçu un soutien financier du Grand Emprunt à hauteur de 7 millions d'euros. Outre les agences institutionnelles impliquées dans l'étude, plusieurs industriels font également partie de la gouvernance de la cohorte. Ils apporteront des financements au projet et pourront obtenir des données pour leurs études de phase IV.

S POL confirme qu'il sera possible d'inclure les patients souffrant d'hépatite C traités avec de nouvelles molécules. Des patients traités précédemment et inclus comme des patients en échec de traitement antérieur pourront également intégrer la cohorte.

#### **4- Présentation du bilan 2012 de la mise en œuvre du plan : A. Colonnier (DGS-RI2). (cf. présentation adressée par mail le 14 décembre 2012)**

D Dhumeaux demande à Mme Favrot, la représentante du Directeur général de la santé, quel délai sera nécessaire pour structurer les projets mentionnés par le cabinet ministériel. Les travaux ne peuvent pas s'arrêter dans l'attente d'un nouveau plan ou d'une autre forme de suite à donner, surtout lorsque la dynamique de la lutte contre les hépatites est aussi active. Le Comité souhaite donc être prolongé au-delà de la fin du Plan et dans l'attente de la mise en place de nouvelles modalités de lutte contre les hépatites (par exemple un nouveau plan).

Au nom du Directeur général de la Santé, Mme Favrot remercie tous ceux qui ont activement participé à ce Plan. Même s'il s'agit de la dernière réunion officielle de ce Comité, il pourra se réunir avec des lettres de mission qui permettront d'achever le travail restant à effectuer jusqu'à ce que le HCSP ait rendu son évaluation du Plan. Une fois qu'il aura été évalué, sa suite pourra être envisagée. Une journée nationale sur les hépatites virales est prévue le 30 mai 2013. La DGS est parfaitement consciente qu'elle ne peut pas arrêter les opérations en attendant la suite. Plusieurs grandes thématiques de santé doivent être poursuivies. La stratégie nationale de santé les inscrira ou non sous forme de Plan.

A Colonnier rappelle que les 5 axes stratégiques du Plan Hépatites (prévention, dépistage, accès aux soins, mesure spécifiques au milieu carcéral et recherche et prospectives) réunissent 15 objectifs, 55 actions et 93 sous-actions. En 2012, 15 actions étaient réalisées, 35 étaient engagées et 5 n'étaient pas réalisées (dont une sur l'axe 2 : amélioration du dépistage). Dans les sous-actions, 33 ont été réalisées, 47 étaient engagées et 13 n'étaient pas réalisées. Seul l'axe 4 (milieu carcéral) a vu l'ensemble de ses actions engagées.

Les principales actions réalisées en 2012 sur les 5 axes sont présentées. Plusieurs actions sont reconduites chaque année, notamment les financements nationaux (DGS, INPES) et régionaux (ARS) aux associations et le soutien de l'INPES à la téléphonie sociale et au site internet « Hépatite-Infos –Services ». Les actions non réalisées ont été soit abandonnées car jugées non pertinentes (dépistage lors consultation d'anesthésie), soit réorientées (évaluation des microstructures médicales par rapport aux structure médico-sociales), soit considérées comme obsolètes du fait de l'évolution du diagnostic et des thérapeutiques pour l'hépatite C. Ce bilan provisoire est à compléter en particulier par le déploiement du Plan en Région.

D Dhumeaux s'enquiert du devenir des moyens attribués aux ARS. Certains crédits ciblés (MIG = missions d'intérêt général) sont délivrés aux ARS qui les délivrent ensuite aux hôpitaux. Il semblerait que c'est à ce niveau que les crédits ne sont plus attribués aux Pôles de Référence, alors qu'ils leur étaient destinés.

Z Bessa explique que certains crédits de l'Etat consacrés à la santé publique font partie d'une enveloppe globale adressée aux ARS. Ensuite, chaque ARS définit ses priorités de santé publique et les moyens qu'elle y alloue.

D Martin, représentante de la DGOS, précise que le sujet des crédits MIG accordés aux pôles de référence a été examiné en lien avec le groupe de travail mis en place pour revoir l'ensemble des acteurs du champ des hépatites. Il a été confirmé que ces pôles de référence jouaient un important rôle en tant que service de référence et de recours. Ils ont été dénommés "services experts" pour éviter toute ambiguïté avec le plan Maladies Rares dans lequel le mot « référence » est utilisé. Les budgets ont été pérennisés dans l'objectif de réviser la structuration des MIG. Les remontées d'information sur l'activité réelle des services restent limitées. Dans le cadre de la MIG, la DGOS a demandé des remontées d'information afin de mieux cibler les allocations adressées en 2013. La décision a été prise de maintenir l'existant dans un premier temps et de revoir l'équilibre de ces budgets. Les financements des MIG sont envoyés en bloc aux ARS mais sont détaillés via les circulaires budgétaires. Ensuite, les ARS attribuent les budgets aux établissements hospitaliers dont les Directions des affaires financières répartissent les fonds entre les différents acteurs, via une comptabilité analytique transparente.

D Larrey indique qu'un certain nombre de Réseaux « Hépatites » a fait remonter des alertes sur leur disparition, faute de crédits. Alors que les moyens déployés en 1997 étaient clairement fléchés « Hépatites », il n'existe plus de ligne "Hépatites" dédiée au sein des ARS. De plus, les correspondants ARS se sont multipliés en fonction des thématiques (prévention, offre de soins, conduites à risque, addictions...) dont ils ont la charge, ce qui nécessite un déploiement d'énergie colossale pour faire avancer les choses. Concernant les services experts, les établissements raisonnent en termes de ressources et d'actes techniques (T2A). Pour les professionnels de santé, le patient idéal a été dépisté par son généraliste, est suivi par un spécialiste qui organise l'éducation thérapeutique et est entièrement suivi en ambulatoire. De ce fait, la T2A est de 0 et les consultations rapportent seulement 23 euros à l'établissement. Les Directeurs de CHU considèrent qu'ils n'ont pas à payer cette prise en charge « optimale » des trithérapies car ils ne récupèrent pas de ressources pour les réaliser. Ils invitent les pôles à s'adresser aux ARS ou à la sécurité sociale pour financer l'éducation thérapeutique. Un autre problème est le manque de lisibilité de la circulation des crédits. Les crédits versés par les ARS aux CHU pour l'éducation thérapeutique servent souvent à financer les emplois préexistants au lieu de payer de nouveaux emplois dédiés à l'éducation thérapeutique.

D Dhumeaux fait référence à la proposition qu'il a précédemment faite au représentant du cabinet ministériel relative à la mise en place de pilotes d'éducation thérapeutique dans 6 ou 7 régions, avec un rapport de suivi et d'efficacité à la clé.

M Bonjour souligne le caractère élitiste de cette proposition.

## **5- Point sur l'évaluation du plan par le HCSP (méthodologie, calendrier, ...)** *(cf. présentation adressée par mail le 14 décembre 2012).*

V Buthion indique que le HCSP (Haut conseil de la santé publique) a été saisi par le Directeur général de la santé en janvier 2012 pour réaliser une évaluation du Plan. Un comité d'évaluation (CODEV) présidé par Daniel Kamelgarn et Philippe Morlat a été mis en place. Plusieurs questions évaluatives ont été examinées, portant par exemple sur le degré de réalisation des mesures, les obstacles rencontrés, la pertinence de l'organisation mise en place dans les territoires (notamment dans les DOM), l'impact des mesures, l'effet du plan sur la mobilisation des acteurs et sur les publics les plus exposés, les coûts consentis par la collectivité, l'articulation des objectifs du plan avec d'autres politiques de santé publique et les perspectives.

La méthode d'évaluation a consisté à collecter et analyser les indicateurs disponibles du Plan et de la Loi de santé publique (2004), les indicateurs retenus par le CODEV, les documents produits dans le cadre du suivi du plan et des bibliographies complémentaires. Vingt-cinq auditions ont été prévues avec des personnes responsables de la mise en œuvre du Plan et des partenaires institutionnels. Enfin, un cabinet extérieur a réalisé 3 monographies régionales en Auvergne, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le rapport devrait être achevé à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2013.

D Dhumeaux est sensible au fait que le HCSP ait pris une certaine distance et ait tenu compte de ce qui a été fait au cours des Plans précédents. Il note que le HCSP accepte de présenter ses conclusions à l'occasion d'un court exposé lors de la journée nationale du 30 mai 2013.

E Merlet fait part des résultats d'une enquête Flash réalisée afin d'identifier les mesures adoptées en matière de prise en charge des patients atteints d'hépatite C dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ainsi, certaines mesures annoncées comme réalisées ne le sont pas sur le terrain. 25 % de CSAPA ne proposent pas de dépistage de l'hépatite C, 62 % ne réalisent pas de vaccination contre l'hépatite B et 80 % ne disposent pas de lots de vaccins.

V Buthion précise que son évaluation ne porte pas sur les mesures prises mais bien sur les impacts de ces mesures sur les comportements.

X Aknine confirme que l'évaluation doit aboutir à des propositions précises. Dans la mobilisation sur la vaccination contre l'hépatite B, le rôle des médecins généralistes et des infirmières, qui ne sont pas majoritaires au sein des CSAPA, est essentiel. Cela devra être ciblé dans les futures propositions.

## **6- Présentation des travaux du groupe de travail : «Le plan et les différents acteurs» : D Larrey**

Le premier axe sur lequel le groupe a travaillé concerne les propositions pour l'amélioration de l'accès au dépistage des hépatites virales B et C. Il s'agissait de réfléchir d'une part sur la création des conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risques, et d'autre part sur l'amélioration des pratiques du dépistage et le rendu des résultats. Il est apparu nécessaire de se fixer des objectifs post-2012 sur ce premier axe : améliorer le dépistage individuel et collectif du VHB, en particulier de l'entourage, la prise en charge diagnostique, l'évaluation (grâce aux moyens non invasifs) et le traitement ; améliorer le dépistage du VHC/VHB en particulier chez les populations en situation de précarité, en milieu carcéral... ; réaliser un suivi « Test and Treat » VHC chez les usagers de drogue ; améliorer l'implication des médecins généralistes et poursuivre l'amélioration de la couverture vaccinale contre le VHB.

Le deuxième axe examiné par le groupe de travail a porté sur l'éducation thérapeutique. L'observance du traitement doit être fortement améliorée. Des études publiées sur l'éducation thérapeutique relative à l'hépatite C montrent une amélioration de l'observance des traitements, un accroissement du pourcentage de guérison et un gain sur le plan médico-économique. L'éducation

thérapeutique s'inscrit dans un cadre juridique, permis par la loi "Hôpital, Patients, santé et territoires" (HPST), paru en août 2010 avec un cahier des charges précis et un agrément donné pour 4 ans non pas à l'établissement mais au projet, mais sans aucun financement prévu. En novembre 2012, 17 agréments ont été obtenus dans les services experts (CHU ou CHR) et 4 par des centres hospitaliers généraux ; d'autres programmes ont obtenu des agréments. La loi HPST a fourni un socle de travail évolutif et il sera nécessaire de développer un référentiel adapté à l'évolution des thérapeutiques, de développer le diagnostic pré-éducatif du patient, d'associer les patients et leur entourage dans la construction et le suivi de l'éducation thérapeutique, de créer des modules spécifiques d'éducation thérapeutique adaptés à la situation individuelle, de développer des outils d'évaluation précoce de l'efficacité de l'éducation thérapeutique et de réaliser un suivi post thérapeutique du patient. Enfin, un financement public est nécessaire pour permettre un déploiement adapté, de même que des documents argumentés sur ces infections chroniques destinés aux médecins des ARS.

D Larrey confirme qu'il faut bien dissocier l'éducation thérapeutique du transfert des compétences. Le second délègue le médecin d'un certain nombre de tâches et permet une prise en charge plus rapide et un meilleur suivi des patients. Le bénéfice est réel pour les patients.

M Bonjour précise que les deux expérimentations réalisées à Créteil et Montélimar reposent sur la délégation de tâches, qui s'apparente beaucoup plus à l'éducation thérapeutique qu'au transfert des compétences qui établit des passerelles entre les professionnels de santé sur des actes précis. L'éducation thérapeutique est intéressante par son caractère transdisciplinaire.

## **7- Intervention de Directions, Agences, Instituts impliqués dans l'avancement du plan**

### **InVS (C. Larsen)**

Les indicateurs fournis par l'InVS portent sur :

- Le dépistage des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs (enquête LaboHep 2010) : l'estimation est de 3,4 millions de tests anti-VHC réalisés et 3,4 millions de tests pour l'AgHBs. Les régions Ile-de-France, Lorraine et du pourtour méditerranéen présentent l'activité de dépistage globale la plus élevée, mais le bénéfice estimé sur le rendement du taux de positivité du dépistage apparaît assez faible et hétérogène selon les régions.
- L'incidence des hépatites B aiguës symptomatiques (enquête LaboHep 2010) : les premières estimations, probablement surestimées, font état d'une incidence de 1 622 cas certains, dont la majorité se trouvent dans la classe d'âge 20-39 ans, tous sexes confondus.
- La couverture vaccinale contre l'hépatite B : si 80 % des nourrissons ont reçu une dose d'hexavalent depuis 2008, les élèves âgés de 15 ans en 2003 et 2004 n'ont probablement pas bénéficié d'un rattrapage de leur vaccination et ne sont pas aujourd'hui suffisamment protégés contre l'hépatite B (taux de couverture de l'ordre de 40%). La population des jeunes adultes qui entrent dans leur vie sexuelle n'est visiblement pas bien couverte contre l'hépatite B.
- L'expérimentation d'un outil de réduction des risques pour les usagers fumeurs de crack : 80 % des usagers de crack présentent des lésions au niveau des mains et 33 % au niveau de la bouche. Après la distribution des kits de réduction des risques, une diminution nette des lésions est apparue, une augmentation de l'utilisation de l'embout spécifique mis à leur disposition et une prise de conscience accrue du risque de transmission des virus des hépatites. Les analyses de l'enquête Coquelicot sur l'estimation de la prévalence des hépatites B et C et sur le suivi d'indicateurs indirects de l'incidence sont en cours.

D Dhumeaux note que le cabinet ministériel a mentionné la réalisation d'une enquête sur la population générale identique à celle de 2003/2004 avec un ciblage sur les personnes en situation de précarité.

C Larsen indique que l'enquête de prévalence en population générale ne sera pas reconduite, mais sera axée sur la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion. En dehors des populations cibles qu'il suit dans ses enquêtes, l'InVS souhaite également réaliser une surveillance des populations migrantes et des populations précaires, en s'appuyant sur les observatoires existants comme celui de Médecins du Monde.

### **INPES (C. Jestin)**

La stratégie de l'INPES se décline par population, en fonction des modes de prévention. Les outils de communication utilisés ne sont pas toujours spécifiques aux hépatites virales. Plusieurs actions d'information ont été entreprises auprès des relais professionnels et institutionnels et auprès du public. La communication sur la vaccination contre l'hépatite B s'intègre dans la promotion des vaccinations en direction de la population générale et des professionnels de santé. La semaine européenne de la vaccination est l'occasion de sensibiliser notamment les adolescents et les jeunes adultes. La communication porte également sur le volet de la prévention de la transmission sexuelle. En 2012, l'INPES a actualisé son dispositif de communication auprès des populations migrantes. En 2013, le guide COMEDE sera mis à jour avec un chapitre conséquent sur les hépatites. Concernant les usagers de drogues, l'INPES fournit du matériel d'injection stérile dans un contexte exceptionnel aux associations et finance le renouvellement des automates échangeurs de seringues.

### **ANRS (V. Petrov-Sanchez)**

L'ANRS a été intégrée en tant qu'agence autonome de l'INSERM en janvier 2012. Elle conserve son autonomie scientifique et budgétaire. Son budget avoisine les 50 millions d'euros annuels, dont près de 22% dédiés aux hépatites en 2011. Depuis 2003, le nombre de publications relatives aux hépatites a considérablement augmenté. L'ANRS s'est fixé plusieurs priorités scientifiques dans les domaines de la virologie, de la physiopathologie et de l'accompagnement de la communauté scientifique avec l'arrivée de nouvelles molécules : la mise en place, en collaboration et avec le soutien de l'AFEF, de l'observatoire ANRS CUPIC, la cohorte nationale ANRS HEPATHER, et des essais thérapeutiques pilotes dans le domaine de la mono-infection VHC et des co-infections VIH-VHC.

Plusieurs recherches sont menées en sciences humaines et sociales, notamment Optiscreen B (tests rapides et dépistage des hépatites B), Methaville et FormVac (vaccination contre l'hépatite B dans les CDAG). Sont également en cours le développement international d'un questionnaire de qualité de vie spécifique du VHC, le projet « pipes à crack », la recherche sur les risques liés à l'injection, le projet Coquelicot et une étude de faisabilité du dépistage généralisé du VIH et des hépatites virales en région. Des études de coûts/efficacités ont également été réalisées sur les différentes stratégies de traitement des hépatites chroniques C de génotype 1 en France et sur les politiques de réduction des risques et traitements sur l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues.

En perspective, l'ANRS mène une action coordonnée sur l'épidémiologie des hépatites et les études de modélisation et démarre une réflexion sur le TASP ("Treatment as Prevention") dans le domaine du VHC. D'autres projets concernent la population carcérale et la cohorte nationale HEPATHER. Un point d'actualité en recherche clinique Hépatites et Co-infection au Nord est réalisé : actuellement 16 essais thérapeutiques sont en cours dont 9 concernent les co-infections.

I Porteret précise à X Aknine qu'un article est en cours de rédaction sur les résultats de l'enquête Méthaville. Les résultats restent confidentiels jusqu'à son acceptation.

D Dhumeaux indique la très bonne place occupée par la France dans la production de connaissances dans le domaine des hépatites.

V Petrov-Sanchez indique qu'en recherche fondamentale, la communauté des hépatites est en 2<sup>ème</sup> position internationale en termes de publications, ce qui valorise bien le travail des chercheurs français.

## 8- Dépistage

### ○ Point sur l'évaluation des TROD VHC et VHB

#### Etude OPTISCREEN B (J. Bottero)

L'enquête Optiscreen B comporte d'autres volets que celui de l'évaluation des performances des TROD hépatite B. A l'été 2012, ces TROD ne disposaient pas d'un marquage CE et les producteurs de tests, notamment en pays de faible endémie, ont peu documenté leurs performances. Le principal objectif du projet Optiscreen B est de documenter l'intérêt de l'utilisation d'algorithmes et de tests rapides pour la prise en charge et la prévention de l'hépatite B. Les autres objectifs intermédiaires consistent à préciser les performances des tests rapides VHB, à détailler les caractéristiques médicales des personnes dépistées, à décrire les pratiques actuelles de dépistage et les occasions manquées et à réaliser l'évaluation médico-économique des différentes stratégies de dépistage.

L'étude a été réalisée en deux phases. La première a consisté à réaliser un dépistage systématique des personnes incluses et la seconde à évaluer l'intérêt opérationnel des TROD. La première phase de l'étude, multicentrique (10 centres de soins primaires variés), a permis d'inclure toute personne de plus de 18 ans ayant donné son consentement, notamment des personnes non affiliées à un régime de sécurité sociale ou privées de liberté. Le dépistage a été effectué par sérologie complète (Elisa) et par TROD, accompagné d'un questionnaire patient sur les risques d'exposition au VHB et d'un questionnaire médecin sur les pratiques de dépistage.

Trois TROD ont été testés : 2 tests portant sur la détection de l'antigène (Ag) HBs (Vikia® de Biomérieux et Determine® d'Alere) et un test combiné détectant l'Ag HBs et les anticorps (Ac) anti-HBs (QuickProfile® de LumiQuick). 4 000 patients ont été inclus dont 3 929 ont eu des tests couplés Elisa/TROD. Dans cette population, la prévalence du portage de l'antigène HBs était de 2,1 % (85 patients) et 2 225 patients (56,9%) avaient un titre d'Ac anti-HBs supérieur à 10 UI/ml (lié à leur guérison ou à leur vaccination). Les taux de discordance inter-lecteurs sont très faibles pour l'ensemble des tests et laissent penser qu'une seule lecture suffit.

L'évaluation des performances des tests Ag HBs montre que ces TROD présentent une très bonne sensibilité : 90,5 % pour le QuickProfile, 93,6 % pour le Determine et 96,5 % pour le Vikia. Les spécificités sont également excellentes car comprises entre 99,7 et 100 %. Les TROD Vikia et Determine sont équivalents, mais QuickProfile est inférieur pour la détection de l'Ag HBs. Les faux positifs sont rares et la sensibilité est très bonne, bien qu'inférieure à 100 %. Ces TROD peuvent donc être classés comme des tests d'orientation de diagnostic visant à augmenter le dépistage et non des tests diagnostiques. L'examen des faux négatifs (les patients non détectés avec les TROD) montre que ces patients présentaient un titre d'Ag HBs et/ou une charge virale VHB faible et qu'ils étaient au stade de portage chronique inactif. L'impact des faux négatifs n'est donc pas préjudiciable.

Concernant l'analyse des Ac anti-HBs, la sensibilité est faible à 58,5 % mais la spécificité est en revanche très bonne à 97,8 %. Ce test est associé à une bonne valeur prédictive positive mais à une mauvaise valeur prédictive négative (23 % de faux négatifs). Le test n'est donc pas interprétable s'il est négatif.

En conclusion, de nombreux tests sont commercialisés dans le monde mais aucun ne disposait de marquage CE jusqu'à l'été 2012, où le Vikia® a été agréé. Seuls 3 tests ont ainsi pu être évalués. Cette étude a été menée en zone de faible prévalence de l'hépatite B, sur un échantillon représentatif de la population éligible au dépistage et en situation pratique (sur sang total et non en laboratoire spécialisé). Il a été possible de faire une caractérisation complète du statut virologique des personnes incluses et de caractériser les faux négatifs. Enfin, il s'agit de la seule étude

documentant les performances d'un test de détection des anticorps anti-HBs indépendamment des producteurs.

Les tests Vikia® et Determine® ont des performances similaires et apparaissent fiables, robustes et faciles à utiliser. Compte tenu de la faible sensibilité mais de l'excellente spécificité du test anticorps anti-HBs, sa place et son intérêt en santé publique peuvent être questionnés.

La phase 2 du projet Optiscreen B aborde d'une part l'évaluation de l'intérêt pratique de l'utilisation de ces TROD pour améliorer la prise en charge préventive ou thérapeutique des personnes dépistées, et réalise d'autre part une évaluation médico-économique de l'utilisation des TROD.

Les autres résultats de l'étude concernent la caractérisation du statut VHB de la population de l'étude, les performances et limites des pratiques de dépistage (les performances déclarées des médecins sont moins bonnes que les recommandations CDC), l'évaluation de l'état d'avancement de la maladie des patients infectés, le statut des personnes ayant des anticorps anti-HBc isolés et un examen des pratiques de vaccination post-dépistage (seuls 11 % des personnes qui ont eu un dépistage hépatite B ont été vaccinés dans les 6 mois de leur dépistage).

D Dhumeaux revient sur le circuit de validation et de mise à disposition de ces TROD et note que l'ANSM a été saisie par la DGS pour rendre un avis à l'automne 2013, dans l'attente de l'arrivée sur le marché de ces produits. Il demande à l'HAS si elle peut d'ores et déjà commencer à travailler sur ces tests.

C Rumeau-Pichon, représentante de la HAS, répond qu'elle ne peut pas le faire tant que l'ANSM n'a pas rendu un avis sur les performances de ces tests et qu'ils n'ont pas le marquage CE. Dès lors que des études de validation de la performance des tests seront accessibles au marché français, la HAS construira la stratégie déterminant leur place.

#### TROD hépatite C (G. Le Brun)

Une première partie de l'étude a été menée par l'ANSM. La seconde, en cours, est menée par le CNR Hépatites B, C et Delta de Créteil. Les spécifications techniques communes (STC) pour le VHC imposent au fabricant, avant la mise sur le marché de son produit, que tous les échantillons positifs (sur la base de 400 échantillons connus positifs) doivent être détectés par le dispositif et que la spécificité doit être d'au moins 99 % pour les tests rapides et 99,5 % pour les autres réactifs (sur la base respective de 1 000 et 5 000 échantillons négatifs).

L'évaluation des TROD VHC a été réalisée par l'ANSM suite à une saisine de la DGS en 2011, après l'apparition de différents dispositifs sur le marché (Oraquick HCV®, Toyo HCV® et Signal HCV®). Le protocole de l'étude visait à vérifier que le produit avait des performances conformes aux STC. Les études ont été réalisées sur sérum et plasma et ont porté sur des échantillons congelés : 103 échantillons VHC négatifs, 89 échantillons VHC positifs et 37 échantillons de séroconversion. Les critères d'acceptabilité de la présente étude pour les échantillons congelés étaient de n'avoir aucun faux négatif et un faux positif au maximum. Les résultats sont les suivants : Oraquick® et Toyo VHC® sont conformes aux critères d'acceptabilité de l'étude, basée sur les STC. Toutefois l'autorité compétente turque et l'organisme notifié de la trousse Toyo HCV® ont été interpellés sur la surveillance de la reproductibilité inter-lot du réactif. Par contre, Signal HCV® a montré un défaut de sensibilité et le fabricant en a arrêté sa commercialisation en France. Une information a été faite à l'autorité compétente anglaise. La publication de ces résultats est en cours.

J Bottero s'étonne que l'ANSM attende des TROD VHC qu'ils présentent une spécificité et une sensibilité à 100 %, alors qu'il ne s'agit pas d'outils diagnostiques mais d'outils d'aide au dépistage permettant d'être plus proche du terrain et d'augmenter le dépistage de masse. Par ailleurs, elle demande si des données sont disponibles sur la salive.

G Le Brun rappelle que la réglementation doit être respectée. Les produits ne pourront pas être mis sur le marché s'ils ne répondent pas aux STC imposées par la directive européenne. Celle-ci est en cours de révision et il est probable que les STC seront revues. L'étude sur la salive est réalisée par le CNR.

## TROD VHC : étude du CNR (A. Colonnier)

L'étude des TROD VHC menée par le CNR Hépatites, B, C et Delta prévoit d'évaluer deux tests sur sang capillaire et salive, sur 400 personnes séropositives pour le VHC et 200 séronégatives pour le VHC. Actuellement, 102 patients sont inclus et se répartissent en 34 séronégatifs et 68 séropositifs (dont 45 ont une charge virale détectable). Des résultats intermédiaires seront disponibles mi-janvier 2013 pour un objectif de publication par le CNR en avril 2013.

Questionné par D Dhumeaux, G Jeanblanc (HAS) assure que dès que les résultats seront disponibles, il s'attellera à ce dossier en capitalisant sur son expérience avec les TROD VIH. Le délai de réponse ne peut pas aller en-deçà de 4 mois.

B Faliu rappelle qu'il est nécessaire de rédiger des textes encadrant les modalités d'applications de ces tests hors les murs par des personnes qui ne sont pas forcément des professionnels de santé. Le délai pour les consultations obligatoires pourrait s'ajouter aux délais avancés.

### o **Nomenclature des actes de dépistage du VHB : HAS / CNAMTS**

A Colonnier rappelle qu'en 2011 l'HAS avait recommandé la stratégie utilisant trois marqueurs d'emblée pour le dépistage de l'hépatite B. La DGS avait saisi l'UNCAM pour étudier la création de cet acte. La CNAM était d'accord sur le principe. Mais, dans la mesure où la Commission de hiérarchisation des actes de biologie médicale qui statue habituellement sur les inscriptions à la nomenclature ne se réunit pas, la décision repose sur un arrêté du Ministre pris pour des raisons de santé publique sur avis de la HAS. La CNAM a travaillé sur un nouveau libellé des actes de dépistage du VHB. La DGS en lien avec la DSS réalise la saisine officielle de la HAS pour obtenir son avis.

## **9- Perspectives**

### o **Avancées de la réflexion sur la rédaction d'un rapport d'experts «Hépatites».** **D Dhumeaux**

D Dhumeaux considère que le Comité a entendu d'assez bonnes nouvelles lors de cette séance. Les actions seront poursuivies, sans savoir encore sous quelle forme ; le rapport d'experts sera mis en chantier et les actions de prévention (notamment vers les adolescents), de prise en charge des personnes les plus défavorisées, des migrants et des personnes détenues seront priorisées.

La DGS remercie l'ensemble des participants. Ce comité n'existera plus de manière réglementaire à partir du 14 décembre, mais il sera possible de continuer à travailler ensemble. La DGS est face à deux échéances : la réalisation d'un bilan de la mise en œuvre de ce plan pour lequel la DGS fera appel aux membres du Comité, et l'organisation le 30 mai 2013 d'une journée sur les hépatites virales. Afin de donner à nouveau une légitimité aux membres du comité, des lettres de missions leur seront adressées. La DGS a bien noté la demande du Président du Comité selon laquelle les lettres de missions durent jusqu'à ce que la stratégie de santé publique soit définie.

## **10- Questions diverses**

*Pas de questions diverses.*

## **Annexe 5 : Documents d'information sur les hépatites B et C**

### **INFORMATIONS SUR L'HEPATITE B**

#### **Un enjeu de santé publique**

En France métropolitaine, on estimait en 2004 que l'hépatite chronique B touchait environ 280 000 adultes, soit une prévalence de l'antigène (Ag) HBs de 0,65%.<sup>(1)</sup> La prévalence était plus élevée chez les hommes (1,10%) que chez les femmes (0,21%), quelle que soit la tranche d'âge. Elle était également plus élevée (trois fois plus) chez les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). La prévalence variait selon le continent de naissance et atteignait notamment 5,25% chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Elle variait également selon les inter-régions ; elle était maximale dans l'inter-région nord-est (1,20%) et minimale dans l'inter-région ouest (0,16%).

L'enquête nationale sur la mortalité liée aux hépatites B et C à partir de l'exploitation des certificats de décès de l'année 2001 a permis d'estimer qu'environ 1 500 décès étaient chaque année associés au virus de l'hépatite B (VHB), correspondant à un taux de mortalité de 2,6 pour 100 000 <sup>(2)</sup>. Le taux de décès était 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, avec un âge moyen au décès de 65 ans. Une consommation excessive d'alcool était mentionnée chez 15% des malades et associée à un âge moyen au décès plus bas (51 ans) par rapport aux malades sans consommation excessive d'alcool (63 ans). Le stade de la maladie au moment du décès était une cirrhose dans 93% des cas, associée ou non à un carcinome hépatocellulaire, et un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose dans 35% des cas. Une co-infection par le VIH était trouvée dans 11% des cas.

Les agents antiviraux spécifiques du VHB qui sont les plus utilisés dans le traitement de l'hépatite chronique permettent une amélioration des lésions histologiques du foie, voire une régression de la cirrhose après 5 ans <sup>(3)</sup> mais aussi une réduction du risque de carcinome hépatocellulaire <sup>(3)</sup>. Enfin, du fait des traitements et peut-être aussi d'une prise en charge plus précoce, le nombre d'inscriptions sur la liste d'attente de transplantation hépatique pour cirrhose virale B a baissé de 33% en 2011 par rapport à 2009 <sup>(4)</sup>.

Lors de la seconde journée mondiale contre les hépatites initiée par l'OMS en juillet 2012, la Direction générale de la santé a rappelé l'importance de la lutte contre les hépatites virales B et C avec le déploiement de plans nationaux successifs depuis 1999 et a témoigné de l'engagement de la France aux côtés de l'OMS <sup>(5)</sup>.

#### **Un dépistage encore insuffisant**

L'infectiosité du VHB s'explique par sa présence et sa concentration élevée dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées : sang, sperme, sécrétions vaginales et salive. Il existe 4 principaux modes de transmission :

- la transmission par le sang, notamment chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ;
- la transmission sexuelle, en particulier en cas de multi-partenariat et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ;
- la transmission verticale de la mère infectée par le VHB à l'enfant au moment de l'accouchement ;
- la transmission horizontale lors de contacts proches, autres que sexuels, notamment chez les enfants dans les pays de forte endémicité <sup>(6)</sup>.

Depuis 2000, l'activité de dépistage vis-à-vis de l'AgHBs est en constante augmentation en France, et en 2010, on estime à plus de trois millions, le nombre de sérologies réalisées (source InVS).

Malgré cette activité de dépistage de l'AgHBs élevée (probablement liée au dépistage obligatoire au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse), la connaissance du statut positif vis-à-vis de l'AgHBs est faible ; seulement 45% de la population infectée connaissait ce statut en 2004. Moins de 20% des personnes infectées nées dans des pays de moyenne ou forte endémicité pour l'hépatite B (par exemple : Afrique subsaharienne, Asie) connaissaient ce statut, alors même que la prévalence de l'AgHBs dans cette population était élevée (4%) <sup>(1)</sup>.

Dans une enquête déclarative effectuée auprès de 2 083 médecins généralistes, un dépistage systématique de l'hépatite B est proposé chez 73% des usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, 62% des personnes appartenant à l'entourage familial d'un sujet AgHBs positif, 56 % des personnes ayant un comportement sexuel à risque, 39% des personnes originaires de pays à forte endémicité et 14% des personnes en situation de précarité (7).

Dans le cadre de la surveillance de l'hépatite B chronique via les pôles de référence « hépatites », les patients nouvellement pris en charge en 2008, étaient 61% à rapporter que le dépistage positif de l'AgHBs avait été réalisé à l'occasion d'un bilan systématique de santé, à l'exemple du dépistage obligatoire de l'AgHBs au cours de la grossesse, et seulement 15% à rapporter un dépistage ciblé sur des facteurs de risque vis-à-vis du VHB (8). Le délai entre le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B était supérieur à 1 an dans plus de la moitié des cas (6).

Les tests rapides d'orientation diagnostique, dont les performances sont en cours d'évaluation (9), devraient permettre d'améliorer le taux de dépistage de l'hépatite B, notamment chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale et chez les personnes nées dans des zones d'endémicité importante. Ainsi, une prise en charge médicale plus précoce serait possible. Ce point est d'autant plus important que, comme cela a été précédemment précisé, les nouveaux traitements à base d'antiviraux spécifiques permettent aujourd'hui de contrôler plus de 80% des hépatites chroniques B et de réduire en conséquence les complications de l'infection (cirrhoses et carcinomes hépatocellulaires) (10).

### **Une amélioration significative de la couverture vaccinale chez les nourrissons**

La couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les nourrissons augmente depuis 2008, date de remboursement du vaccin combiné hexavalent.

- Ainsi, d'après les données CNAMTS/SNIIRAM analysées par l'InVS, on note une progression de la couverture vaccinale pour la première dose de vaccin hépatite B à 24 mois qui est passée de 42% pour les enfants nés en 2004 à 82% pour les enfants nés en 2009 (couverture une dose, estimée au 31/12/2011, avec l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance Maladie).

- De plus, on note une évolution favorable en cinq ans de la couverture vaccinale (3 doses) anti-VHB chez les nourrissons au 24<sup>ème</sup> mois passant de 34% en 2004 à 53% en 2009 (certificats de santé du 24<sup>ème</sup> mois ; source : DREES, InVS).

- L'étude Vaccinoscopie (11) indique une progression similaire en 2010 : 79% des enfants de 6 à 8 mois ont reçu au moins une dose de vaccin et 58% des enfants de 24 à 26 mois le schéma complet avec 3 doses.

En revanche, la couverture vaccinale des adolescents, d'environ 40% depuis l'arrêt de la vaccination en milieu scolaire en 1998, est insuffisante. Entre 2003 et 2011, parmi les 766 cas d'hépatite B aiguë déclarés ayant une information disponible sur les expositions à risque vis-à-vis du VHB survenues dans les six semaines à six mois précédant le diagnostic, 83% relevaient d'une indication vaccinale et auraient pu être évités si les recommandations vaccinales en vigueur avaient été suivies (source : InVS, DO VHB 2003-2011) (12).

L'enquête menée en 2009 sur les opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B a montré une meilleure adhésion de ceux-ci à la vaccination (13). Elle indique aussi la nécessité d'apporter aux médecins généralistes des arguments (14) sur l'intérêt de cette vaccination.

### **► Points principaux**

- L'infection par le VHB, responsable d'hépatites chroniques, de cirrhoses et de carcinomes hépatocellulaires, peut être prévenue par une vaccination efficace. La pratique de cette vaccination doit être renforcée, notamment en direction des adolescents qui restent aujourd'hui mal protégés.

- L'infection chronique par le VHB peut aujourd'hui être efficacement traitée par des agents antiviraux spécifiques qui permettent le contrôle de la réplication virale dans plus de 80% des cas et réduisent le risque de complications, comme la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.
- Les possibilités actuelles de prévention des personnes indemnes et de traitement des personnes atteintes doivent conduire à un renforcement du dépistage.

---

## Références

1. Meffre C *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010; 82:546-55. Cf. aussi rapport : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=4070](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4070)
2. Marcellin P *et al.* Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France : evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption. *J Hepatol* 2008; 48 :200-7.
3. Singal AK *et al.* AASLD, San Francisco, 2011, Abstract 1 384.
4. Agence de la biomédecine. Rapport médical et scientifique, 2011. Prélèvement et greffe d'organes en France. <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/05-foie/synthese.htm>
5. Communiqué de presse. 28 juillet 2012 : Journée mondiale contre l'hépatite. <http://www.sante.gouv.fr/28-juillet-journee-mondiale-contre-l-hepatite.html>
6. Pawlotsky JM *et Dhumeaux D.* Hépatite B. Sèvres : Editions EDK; 2009.
7. Gautier A *et Jestin C.* Pratiques de dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes, France, 2009. *BEH Web* 2011 (1). <http://www.invs.sante.fr/behweb/2011/01/pdf/a-2.pdf>
8. Rahib D *et al.* Dépistage de l'hépatite B : caractéristiques des personnes dépistées antigène HBs positif en France en 2008. *BEH Web* 2011 (1). <http://www.invs.sante.fr/behweb/2011/01/pdf/a-3.pdf>
9. Etude OPTISCREEN B, financée par l'ANRS. Site Internet de l'étude : <http://www.optiscreenb.fr/accueil.php?link=accueil>
10. EASL Clinical Practice Guidelines : Management of chronic hepatitis B virus infection. *J Hepatol* 2012 ;57 : 167 - 85
11. Gaudelus J *et al.* Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis l'hépatite B en 2010. *Médecine et Enfance* 2011 ; 6 : 257-61
12. InVS. Dossier thématique. Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B. Données épidémiologiques. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitesvirales/Hepatite-B/Infection-aigue-symptomatique-par-le-virus-de-l-hepatite-B/Donneesepidemiologiques>
13. Gautier A *et Jestin C.* Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009. *BEH* 2012 ; 29-30 :339-42. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologiquehebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-29-30-2012>
14. Inpes. Dossiers thématiques / maladies infectieuses / hépatites / hépatite B : liste publications et liens disponibles - <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-B.asp>

## INFORMATIONS SUR L'HEPATITE C

### Un enjeu de santé publique

En France métropolitaine, la prévalence de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) a été estimée à 0,53% en 2004, correspondant à 232 000 personnes atteintes d'une infection chronique (1). S'agissant de la prévalence des anticorps anti-VHC, elle était plus élevée (trois fois plus) chez les sujets bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Elle variait selon les continents de naissance (10,2% pour le Moyen-Orient, 3,1% pour l'Afrique sub-saharienne) et les inter-régions de résidence (de 1,1% en Ile-de-France à 0,35% dans le quart Nord-Ouest). Parmi les personnes ayant des anticorps anti-VHC, seulement un peu plus de la moitié (57,4%) connaissait leur statut (1).

L'incidence de l'hépatite C a été estimée uniquement au sein de cohortes d'usagers de drogues, avec, en 2007, entre 2 700 et 4 400 nouvelles infections par an (2).

Le nombre annuel de décès attribuables à l'infection par le VHC a été estimée à environ 2 600 en 2001, soit 4,5 décès pour 100 000 habitants (3). Parmi les personnes dont le décès était imputable au VHC, 95% avaient une cirrhose, 33% un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose et 10% étaient co-infectés par le VIH. La consommation excessive d'alcool était associée à un âge de décès plus précoce.

Lors de la seconde journée mondiale contre les hépatites organisée par l'OMS en juillet 2012, la Direction générale de la santé a rappelé l'importance de la lutte contre les hépatites virales B et C avec le déploiement de plans nationaux successifs depuis 1999, et a témoigné de l'engagement de la France aux côtés de l'OMS (4).

### Certains facteurs de risque encore méconnus

Le VHC se transmet principalement par voie sanguine.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale constituent la principale population à risque de l'hépatite C. Dans l'enquête Coquelicot réalisée en 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC était de 60% dans cette population et une co-infection avec le VIH était observée dans 10% des cas (5). Les pratiques à risque étaient par ordre de fréquence décroissante : le partage du petit matériel lié à l'injection (38%), de la paille du snif (25%) et de la seringue (13%). Cette population à risque est bien connue des médecins généralistes qui déclarent proposer un test de dépistage du VHC chez 76% des usagers de drogues (6).

La transmission sexuelle est considérée comme extrêmement faible chez les couples hétérosexuels stables (moins d'un cas de transmission pour dix millions de contacts sexuels). Elle peut être augmentée en cas de multipartenariat sexuel ou de co-infection avec le VIH (7). Des cas de transmission du VHC en lien avec l'activité sexuelle (multipartenariat, antécédents d'infections sexuellement transmissibles, rapports sexuels non protégés, avec consommation de produits psychoactifs) ont été décrits dans la population d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans certains pays européens dont la France, ces hommes étant séropositifs pour le VIH (8).

La transmission de la mère à l'enfant est également rare (4 à 5% de cas de transmission) et dépend du niveau de la charge virale de la mère. Elle est majorée de 2 à 3 fois en cas de co-infection par le VIH.

Il existe d'autres facteurs de risque représentés par le tatouage et le piercing, moins connus des médecins généralistes (seulement 22% d'entre eux déclarent prescrire un test du dépistage aux personnes ayant un tatouage ou un piercing) (6).

Le risque résiduel post-transfusionnel est actuellement extrêmement faible (de 1 don infecté pour 7,7 millions de dons, soit environ 1 don tous les trois ans) (9). Ce risque a diminué d'un facteur 20 entre 1992 et 2010.

## Des avancées majeures dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique

Les tests rapides d'orientation diagnostique, en cours d'évaluation par le Centre national de référence et la Haute Autorité de santé, devraient faciliter le dépistage de l'hépatite C, notamment chez les usagers de drogues.

Durant ces dernières années, la prise en charge diagnostique de l'hépatite C s'est transformée avec le développement des tests non invasifs de fibrose, sanguins (Fibrotest®, Fibromètre®, Hepascore®) ou morphologiques (FibroscanR) qui permettent de diminuer les indications de la biopsie hépatique.

La prise en charge thérapeutique a également connu de grandes avancées.

- Chez les malades infectés par un VHC de génotype 2 à 6, une bithérapie associant interféron pégylé alpha-2a ou -2b (1 injection sous-cutanée par semaine) et ribavirine per os est prescrite durant 24 à 48 semaines en fonction du génotype et de la réponse virologique en cours de traitement. Selon le génotype, elle permet la guérison de l'hépatite C dans 50% (génotype 4) à plus de 80% des cas (génotype 2 ou 3).
- Chez les malades infectés par un VHC de génotype 1, une trithérapie associant interféron pégylé alpha-2a ou -2b, ribavirine et un inhibiteur de protéase (télaprévir ou bocéprévir *per os*) est prescrite durant 24 à 48 semaines en fonction de la réponse virologique en début de traitement et du degré de fibrose. Elle permet la guérison dans 65 à 75% des patients qui n'ont encore jamais reçu de traitement, et est également efficace chez les personnes qui n'ont pas répondu à une bithérapie antérieure. Une modélisation de l'impact des nouveaux traitements, réalisée en 2011, a estimé le nombre de patients (atteints du VHC de génotype 1) à traiter par trithérapie entre 15 000 et 19 400 (10). A cet égard, un message de la Direction générale de l'offre de soins du 19 octobre 2011 (relayé aux chargés de communication des ARS le 23 décembre 2011) a attiré l'attention des directeurs généraux des ARS sur la réponse à apporter à l'augmentation temporaire d'activité consécutive à la mise à disposition de ces trithérapies (remboursement depuis juillet 2012).

L'utilisation de cette trithérapie chez les malades infectés par un VHC de génotype 1 permettrait de réduire l'incidence de la cirrhose de 34% et de la mortalité de près de 21% entre 2012 et 2021 en France (11).

Il a été montré, par ailleurs, que l'éducation thérapeutique du patient permet d'améliorer à la fois l'observance et le taux de guérison après traitement (12).

La cirrhose liée au VHC est la première cause de transplantation hépatique en Europe et la troisième cause en France en 2011 (9% des inscriptions sur la liste d'attente), après le carcinome hépatocellulaire et la cirrhose alcoolique qui représentent chacun plus du quart des inscriptions (13).

Le nombre d'inscriptions pour cirrhose liée au VHC sur la liste d'attente de transplantation hépatique a baissé de 26% entre 2009 et 2011 (10). Cette réduction pourrait être en rapport avec les progrès thérapeutiques et une prise en charge plus précoce des malades.

Il n'y a pas de vaccin disponible pour prévenir l'hépatite C. La prévention repose principalement sur des stratégies de réduction de risques (14).

### ► Points principaux

- L'infection chronique par le VHC peut être aujourd'hui guérie par des traitements qui permettent de réduire le risque de complications sévères (cirrhoses et carcinomes hépatocellulaires). Les succès récemment obtenus avec la trithérapie chez les malades infectés par un génotype 1 (avec des taux de guérison de 70%) laissent prévoir une augmentation importante du nombre des malades à prendre en charge.
- De par leur intérêt individuel et collectif, de tels progrès thérapeutiques justifient un renforcement du dépistage, notamment parmi les populations les plus exposées.

---

## Références

1. Meffre C *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010; 82):546-55. Cf. aussi rapport : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=4070](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4070)
2. Delarocque – Astagneau E *et al.* An incident case-control study of modes of hepatitis C virus transmission in France. *Ann Epidemiol* 2007 ; 17 :755-62
3. Marcellin P *et al.* Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France: evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption. *J Hepatol* 2008; 48) :200-7.
4. Communiqué de presse. 28 juillet 2012 : Journée mondiale contre l'hépatite.  
<http://www.sante.gouv.fr/28-juillet-journee-mondiale-contre-l-hepatite.html>
5. Jauffret – Roustide M *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *BEH* 2006 ; 33 :243-7.  
[http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh\\_33\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf)
6. Gautier A et Jestin C. Pratiques de dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes, France, 2009. *BEH Web* 2011 (1). <http://www.invs.sante.fr/behweb/2011/01/pdf/a-2.pdf>
7. Tohme RA and Holmberg SD. Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission? *Hepatology* 2010;52):1497-505
8. Larsen C, *et al.* Gaining greater insight into HCV emergence in HIV-infected men who have sex with men: the HEPAIG Study. *PLoS One* 2011;6):e29322
- 9 InVS (DMI). Encadré – Dernières données épidémiologiques sur les hépatites B et C en France. *BEH* 2012; 29-30 : 354. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletinepidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-29-30-2012>
10. Deuffic-Burban S *et al.* Impact of hepatitis C triple therapy availability upon the number of patients to be treated and associated costs in France: a model-based analysis. *Gut* 2012;61:290-296
11. Deuffic-Burban S, *et al.* Predicted effects of treatment for HCV infection vary among European countries. *Gastroenterology* 2012;143:974-85.
12. Larrey D. Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peginterferon alpha2- ribavirine dans l'hépatite chronique C : protocole PEGOBS. *BEH* 2012; 29-30 :350-3.
13. Agence de la biomédecine. Rapport médical et scientifique, 2011. Prélèvement et greffe d'organe en France.  
<http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/05-foie/synthese.htm>
14. Inpes. Dossiers thématiques / maladies infectieuses / hépatites / hépatite C : liste publications et liens disponibles. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-C.asp>

## Annexe 6 : 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
- CEIP : Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
- CépiDc : 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'hépto-gastroentérologie
- 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
- DPC : développement professionnel continu

- 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 / EMA : European agency for the evaluation of medicinal products
- ETP: Equivalent temps plein / Education thérapeutique
- 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
- MSO : Médicament de substitution aux opiacés
- 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 gaies
- 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
- TROD : test rapide d'orientation diagnostique
- TSO : traitement de substitution aux opiacés
- UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires
- UD : Usagers de drogues