



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

Direction générale de la Santé





SOMMAIRE

PREAMBULE

| | |
|---|-----------|
| Le bien fondé d'un nouveau plan de lutte contre les hépatites virales B et C | 07 |
| 1. La situation actuelle des hépatites virales B et C reste préoccupante | 07 |
| 2. Le bilan des mesures de prévention mise en œuvre depuis 1999 est positif mais incomplet | 08 |
| 3. La situation rend nécessaire un nouveau plan de lutte contre les hépatites chroniques B et C | 09 |

PRIORITES, OBJECTIFS ET ACTIONS DU NOUVEAU PLAN DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES B ET C

SYNTHESE 13

I. AXE STRATEGIQUE I

Réduction de la transmission des virus B et C (Prévention primaire) 13

| | |
|--|----|
| I.1. Renforcer l'information et la communication | 13 |
| I.2. Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B | 13 |
| I.3. Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues | 15 |
| I.4. Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque | 15 |

II. AXE STRATEGIQUE II

Renforcement du dépistage des hépatites B et C 15

| | |
|---|----|
| II.1. Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque | 15 |
| II.2. Améliorer les pratiques de dépistage des hépatites B et C et de rendu des résultats | 16 |

III. 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'hépatite chronique B ou C 16

| | |
|---|----|
| III.1. Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge d'hépatite C | 16 |
| III.2. Favoriser l'éducation thérapeutique du patient | 17 |
| III.3. Soutenir l'ensemble des actions hors soins | 17 |
| III.4. Améliorer la formation des professionnels de santé | 18 |

IV. AXE STRATEGIQUE IV

Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral 18

V. AXE STRATEGIQUE V

Surveillance et connaissances épidémiologiques. Evaluation. Recherche et prospective 18

| | |
|--|----|
| V.1. Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques | 18 |
| V.2. Renforcer l'évaluation | 19 |
| V.3. Développer la recherche et la prospective | 19 |
| V.4. Suivre et évaluer le plan national | 20 |

AXE STRATEGIQUE I

Réduction de la transmission des virus B et C

23

| | | | |
|------------|--|---|-----------|
| I.1 | OBJECTIF 1 | | |
| | Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter | | 25 |
| | I.1 - Action 1 | Information des médias et des relais d'opinion | 25 |
| | I.1 - Action 2 | Information et communication sur les hépatites B et C en direction des professionnels de santé | 26 |
| | I.1 - Action 3 | Soutien des associations de santé communautaire | 27 |
| I.2 | OBJECTIF 2 | | |
| | Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B | | 28 |
| | I.2 - Action 1 | Information des médecins relative à la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons et des enfants | 29 |
| | I.2 - Action 2 | Relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB | 30 |
| | I.2 - Action 3 | Information et communication en direction des hommes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles exposés à la transmission sexuelle du VHB | 31 |
| | I.2 - Action 4 | Proposition de la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues consultant dans les CSAPA | 31 |
| | I.2 - Action 5 | Proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie | 32 |
| | I.2 - Action 6 | Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé | 33 |
| I.3 | OBJECTIF 3 | | |
| | Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues | | 34 |
| | I.3 - Action 1 | Amélioration des pratiques de réduction des risques chez les usagers de drogues pour ce qui concerne la consommation associée d'alcool | 35 |
| | I.3 - Action 2 | Etude de faisabilité d'une stratégie de prévention de l'injection | 35 |
| | I.3 - Action 3 | Education à la santé des usagers injecteurs pour réduire les risques de transmission virale | 36 |
| | I.3 - Action 4 | Suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone | 37 |
| | I.3 - Action 5 | Agir dans les lieux festifs | 37 |
| I.4 | OBJECTIF 4 | | |
| | Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque (piqûre, effraction cutanée, contact des muqueuses avec un liquide ou du matériel contaminé...) | | 39 |
| | I.4 - Action 1 | Instructions aux établissements de santé pour rappeler les mesures à prendre en cas d'accident d'exposition au sang (AES) | 39 |
| | I.4 - Action 2 | Réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée | 40 |
| | I.4 - Action 3 | Sensibilisation au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations homosexuelles à risque | 41 |

AXE STRATEGIQUE II

Renforcement du dépistage des hépatites B et C

43

| | | | |
|-------------|--|--|-----------|
| II.1 | OBJECTIF 1 | | |
| | Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque | | 43 |
| | II.1 - Action 1 | Incitation au dépistage | 43 |
| | II.1 - Action 2 | Etude de faisabilité de recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie | 44 |
| | II.1 - Action 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 | 45 |
| | 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 | 46 |



| | | |
|---|--|-----------|
| II.2 OBJECTIF 2 | | |
| Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats | | 47 |
| II.2 - Action 1 | Validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par les virus B et C et mise en œuvre | 47 |
| II.2 - Action 2 | Amélioration des modalités de rendu des résultats des analyses biologiques | 48 |

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 chroniques B ou C

49

| | | |
|--|---|-----------|
| III.1 OBJECTIF 1 | | |
| Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge des Hépatites B et C | | 50 |
| III.1 - Action 1 | Actualisation du « Guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C » | 50 |
| III.1 - Action 2 | Organisation des soins et rôle des différents acteurs dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C | 51 |
| III.1 - Action 3 | Amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C, avant, pendant, après traitement | 52 |
| III.1 - Action 4 | Amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés des addictions et services de prise en charge des hépatites | 53 |
| III.2 OBJECTIF 2 | | |
| Favoriser l'éducation thérapeutique du patient | | 54 |
| III.2 - Action 1 | Promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique | 54 |
| III.3 OBJECTIF 3 | | |
| Soutenir les actions hors soins des pôles de référence « hépatite C » et les partenariats avec les associations de patients, d'usagers et de professionnels | | 56 |
| III.3 - Action 1 | Évaluer l'adéquation entre les missions et les moyens des pôles de référence hépatites pour les activités hors soins | 56 |
| III.3 - Action 2 | Développement de partenariats avec des associations d'usagers et patients | 56 |
| III.3 - Action 3 | Développement de partenariats avec des professionnels, en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants | 57 |
| III.4 OBJECTIF 4 | | |
| Améliorer la formation des professionnels de santé | | 58 |
| III.4 - Action 1 | Inscrire les hépatites B et C comme thème prioritaire dans la formation médicale continue | 58 |
| III.4 - Action 2 | Favoriser information et formation aux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie, leur intérêt, leurs limites et leur place dans la prise en charge | 58 |
| III.4 - Action 3 | Formation à l'addictologie des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des hépatites virales chroniques | 59 |

AXE STRATEGIQUE IV

Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

61

| | | |
|------------------------|--|-----------|
| IV.1 - 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 | 61 |
| IV.1 - Action 2 | Soutien des personnes détenues atteintes d'hépatite virale chronique B ou C | 61 |
| IV.1 - 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 | 62 |
| IV.1 - Action 4 | Élaboration d'une circulaire relative à l'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge des infections à VHB, VHC et VIH | 62 |
| IV.1 - Action 5 | Évaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral | 63 |

AXE STRATEGIQUE V

Surveillance et connaissance épidémiologiques

Evaluation – Recherche et prospective

65

V.1 OBJECTIF 1

Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques

65

V.1 - Action 1

Surveillance régulière de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues et suivi d'indicateurs indirects de l'incidence

66

V.2 OBJECTIF 2

Renforcer l'évaluation

67

V.2 - Action 1

Étude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C

67

V.2 - Action 2

Évaluation médico-économique comparant la prise en charge des usagers de drogues en « microstructure médicale » à celle réalisée dans les CSAPA

68

V.2 - Action 3

Mesure de la répartition de la primo prescription du traitement antiviral de l'hépatite C en précisant le rapport entre la ville et l'hôpital

68

V.2 - Action 4

Évaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C

69

V.2 - Action 5

Intérêt en santé publique de la primo prescription conditionnelle du traitement antiviral de l'hépatite C par des médecins généralistes

69

V.2 - Action 6

Enquête de pratiques sur l'utilisation de méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose en ville dans l'hépatite C

70

V.2 - Action 7

Évaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes et de la sérovaccination des nouveau-nés de mère infectée par VHB

71

V.2 - Action 8

Évaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour usagers de drogues

71

V.2 - Action 9

Expérimentation des outils de réduction des risques pour usagers de drogues hors injection

72

V.2 - Action 10

Évaluation du rôle et de l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officine dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales de réduction des risques

73

V.3 OBJECTIF 3

Développer la recherche et la prospective

74

V.3 - Action 1

Évaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux

74

V.3 - Action 2

Étude de la faisabilité de la primo-prescription conditionnelle de méthadone par des médecins généralistes

74

V.3 - Action 3

Expertise sur les greffes de foie pour hépatites virales B (et B + D) et C

75

V.3 - Action 4

Modélisation de la morbi-mortalité des hépatites chroniques B en fonction des scénarios thérapeutiques

76

V.4 OBJECTIF 4

Suivre la mise en œuvre et évaluer l'impact du plan national 2009-2012

77

ANNEXES

79

ANNEXE 1

Liste des abréviations

81

ANNEXE 2

Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du plan

81

Le bien fondé d'un nouveau plan de lutte contre les hépatites virales B et C

1. LA SITUATION ACTUELLE DES HEPATITES VIRALES B ET C RESTE PREOCCUPANTE

Les infections par les virus des hépatites B et C :

- concernent autour de **500 000 personnes adultes (18-80 ans)** en France métropolitaine : autour de 280 000 pour l'hépatite B¹ et de 221 000 pour l'hépatite C² (en 2004) ;
- sont **trois fois plus fréquentes** chez les personnes en situation de **précarité** ;
- entraînent des **hépatites chroniques** dans environ 5 à 10 % des cas pour l'hépatite B chez l'adulte et dans 50 % à 90 % des cas pour l'hépatite C, susceptibles d'évoluer à terme, de façon insidieuse voire avec des manifestations extra-hépatiques, vers une **cirrhose et/ ou un cancer du foie** ;
- ont un **facteur de transmission commun**, le contact direct ou indirect avec du **sang** contaminé (par des matériels non décontaminés ou non stériles) ;
- se transmettent de la mère à l'enfant au cours de la grossesse ou, surtout de l'accouchement, mais beaucoup plus rarement pour l'hépatite C que pour l'hépatite B ;
- ont entraîné en 2001, autour de **4 000 décès**, 1 330 pour l'hépatite B, soit environ une fois et demi le niveau de la mortalité déclarée par SIDA³ et 2 640 pour l'hépatite C, soit deux fois plus que celui de la mortalité par cancer du col de l'utérus ;
- réduisent l'espérance de vie des malades atteints de formes chroniques lorsqu'elles sont associées à une consommation excessive d'**alcool** et/ou à l'infection par le **VIH**.

L'hépatite B

- Touche **cinq fois plus les hommes** que les femmes (portage chronique de l'antigène HBs : 1,1 % versus 0,2 % de la population adulte résidant en France métropolitaine) ;
- Reste liée principalement à la transmission sexuelle (présence du virus B dans les sécrétions et le sang) ;
- Elle est dans 30 % des cas sans cause connue de transmission ;
- Est une maladie à déclaration obligatoire (DO) pour les formes aiguës comportant des symptômes (30 % des cas) ;
- 2 500 à 3 000 cas d'hépatite B aiguë avec ou sans symptômes surviendraient annuellement (estimation 2005) ;
- Peut se présenter sous une forme aiguë dite **fulminante** qui peut être mortelle en l'absence de greffe de foie : parmi 20 cas d'hépatite aiguë B fulminante notifiés entre 2004 et 2006 (DO), 8 sont décédés, 9 ont pu bénéficier d'une greffe de foie et 3 ont guéri spontanément ;
- Représente un risque potentiel majeur chez l'**enfant né de mère infectée** car l'infection transmise peut devenir chronique jusque dans 90 % des cas, en l'absence de traitement préventif à la naissance ;
- Peut être prévenue par un **vaccin** : la moitié des cas d'hépatite aiguë symptomatique notifiés aurait pu être évitée si le dépistage autour d'un cas avait été réalisé (entourage familial ou partenaire sexuel) et si les recommandations de vaccination en vigueur avaient été respectées.

¹ La prévalence nationale de l'antigène HBs, marqueur de l'hépatite B, est disponible pour la première fois et se situe dans la partie haute de la fourchette proposée jusqu'à présent.

² Le nombre total de personnes ayant des antécédents d'infection est estimé à 3 174 000 pour le virus B et à 367 000 pour le virus C (Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, Institut de veille sanitaire, décembre 2006).

³ Infection sexuellement transmissible (IST), comme l'est l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB).

L'hépatite C

- touche un peu plus les **femmes** que les hommes (1,02 % versus 0,66 %) ;
- persiste en tant qu'épidémie chez les **usagers de drogues** ; l'usage de drogues est actuellement le mode de transmission principal du VHC ;
- peut être consécutive à une transmission **lors des soins** ; ce mode de transmission explique encore un nombre important de cas d'hépatites C acquises dans le passé mais récemment découvertes ;
- à un pronostic potentiellement sévère en l'absence de traitement ;
- les prédictions obtenues par une modélisation (2006-2025) ⁴, indiquent que, si les stratégies actuelles de dépistage et de traitement actuelles sont maintenues, le pic de mortalité serait atteint en 2010 ; le gain par rapport à un scénario sans traitement correspondrait à une réduction de 20 % de la mortalité par insuffisance hépatique et par cancer (14 400 décès attendus pour la période étudiée). En revanche, un renforcement de la stratégie de dépistage et la mise à disposition de nouveaux traitements (attendue en 2010) permettraient une réduction plus nette.

La co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les virus des hépatites B et/ou C :

- concerne environ 25 % des personnes porteuses du VIH soit environ 30 000 personnes, environ 23 000 sont co-infectées par le VHC et 7 000 par le VHB ;
- est un facteur de gravité bien identifié, avec une évolution plus rapide des infections virales B ou C vers les complications, une efficacité des traitements moindre et des difficultés spécifiques liées à la prise en charge concomitante de l'infection par le VIH.

2. LE BILAN DES MESURES DE PREVENTION MISES EN ŒUVRE DEPUIS 1999 EST POSITIF MAIS INCOMPLET

2.1 Deux plans nationaux ont été mis en œuvre depuis 1999

Depuis 1999, deux plans de prévention des hépatites virales chroniques ont été mis en œuvre : le « Plan national de lutte contre l'hépatite – 1999-2002 » et le « Programme national hépatites C et B – 2002-2005 ». Alors que des traitements de plus en plus efficaces ont été développés et mis à disposition, le constat partagé par les scientifiques, les professionnels et les associations de patients indique que les objectifs des plans précédents n'ont été que partiellement atteints. En effet, le bilan de ces deux plans nationaux montre que :

- si le **dépistage** des personnes atteintes par le VHC a plus que doublé en 10 ans, le dépistage des hépatites virales est encore **incomplet** : en 2004, 45 % des personnes atteintes connaissent leur séropositivité pour l'antigène HBs et 57 % pour les anticorps anti-VHC. Pour les personnes ayant un facteur de risque autre que l'usage de drogues par voie intraveineuse et la transfusion avant 1992, la connaissance de la séropositivité VHC reste limitée (**26 %**). En outre, on constate une difficulté pour atteindre les personnes non encore dépistées, en particulier du fait qu'elles peuvent ignorer avoir été exposées à un risque de transmission ;
- si la mise en place de mesures de prévention a permis de réduire le nombre de nouvelles infections, la persistance de la transmission virale est documentée, principalement lors de **pratiques sexuelles à risque** pour le virus B et chez les **usagers de drogues** pour le virus C ;
- si la **prise en charge médicale** des malades et l'accès aux traitements ont considérablement progressé, cette prise en charge reste souvent tardive et trop hospitalière. Or, en l'absence de prise en charge médicale, les hépatites chroniques B et C peuvent, de façon souvent insidieuse, entraîner une cirrhose et parfois un cancer du foie ;
- si le traitement de l'hépatite C par l'interféron n'est plus contre-indiqué en cas d'antécédents de dépression résolus ou stabilisés, une "mise au point" sur la prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients infectés et traités s'est avérée nécessaire et a été réalisée par

⁴ Deuffic-Burban S. et al.. Impact of viral eradication on mortality related to hepatitis C using a modeling approach. in France. *JHepatol* 2008; 49:175-183.

l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Cette prise en charge implique l'accès à des consultations psychiatriques ou d'addictologie.

Parmi les points positifs, il convient de retenir aussi :

- la mise en place d'un dispositif de surveillance épidémiologique par l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- l'évaluation, la coordination et le financement de nombreux projets de recherche clinique et fondamentale par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) ;
- la création et la diffusion de nombreux outils d'information et de prévention par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), destinés aux publics concernés (personnes les plus exposées, personnes infectées par le VHB, professionnels de santé, grand public, etc.) ;
- la contribution à l'organisation de conférences de consensus, l'évaluation et la mise à disposition de nombreux médicaments ainsi que la diffusion de mises au point par l'AFSSAPS.

2.2. En 2005, il s'est avéré nécessaire⁵ :

- de relancer la sensibilisation à l'intérêt de la vaccination contre l'hépatite B des personnes les plus exposées non immunisées (pratiques sexuelles à risque, injection de drogues, tatouage, contact avec un cas familial, séjour en pays d'endémie, notion de vie dans une institution...) et de restaurer la confiance des médecins au regard de la vaccination ;
- d'assurer un meilleur accès au traitement de l'hépatite C et, en amont, de renforcer le dispositif de sensibilisation et d'information sur les pratiques à risque et sur les moyens de prévention et de dépistage. En outre, l'ANRS a été saisie afin d'évaluer l'intérêt de l'extension de la primo-prescription de la méthadone en ville ;
- de mieux répartir la prise en charge médicale des malades atteints d'hépatite C entre la ville et l'hôpital en plaçant le médecin généraliste au cœur du dispositif. Les médecins ont été incités à faire le diagnostic de l'hépatite C par la recherche de l'ARN du VHC, en même temps que le contrôle d'un dépistage sérologique positif de l'hépatite C, afin de réduire le délai de prise en charge médicale.

Les **hépatites B et C** représentent environ la moitié des effectifs de l'affection de longue durée n°6 (ALD n°6 : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses). En 2004, au régime général, environ 130 500 personnes étaient en ALD n°6 dont environ **62 100 pour hépatites et près de 60 000 pour hépatite C**. En 2006, ce sont environ 72 500 personnes atteintes d'hépatite C qui étaient en ALD n°6, avec une augmentation de 3,8 % par rapport à 2005.

3. LA SITUATION REND NECESSAIRE UN NOUVEAU PLAN DE LUTTE CONTRE LES HEPATITES CHRONIQUES B ET C, DU FAIT QUE :

- les objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 restent d'actualité (objectifs n°37 et n°56). Ces objectifs visent à obtenir une baisse de la morbi-mortalité liée aux hépatites chroniques virales B et C ainsi qu'une baisse de la prévalence et de l'incidence (nouveaux cas) de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues ;
- la transmission virale persiste et il importe de réduire le nombre de nouvelles contaminations évitables ;
- la recherche de personnes infectées doit être augmentée pour éviter la transmission à l'entourage et permettre un accès aux soins plus précoce afin de prévenir les complications, ce d'autant que des progrès majeurs dans l'efficacité des traitements ont été enregistrés au cours de ces dernières années et vont se poursuivre⁶. Une guérison peut être obtenue dans environ 50 % des cas pour

⁵ Conférence de presse de Xavier Bertrand du 8 décembre 2005

⁶ Il est important de prendre en compte la perspective, à l'horizon 2012, de la mise à disposition possible de nouveaux médicaments pour le traitement de l'hépatite C, inhibiteurs de type anti-protéase ou anti-polymérase.

l'hépatite C (virus non détectable dans le sang). Dans l'hépatite B⁷, une rémission, définie par un arrêt de la multiplication virale, peut être obtenue dans 40 % à 80 % des cas selon les médicaments antiviraux, un traitement devant habituellement être maintenu de façon prolongée ;

- une amélioration de la réponse aux besoins des personnes particulièrement exposées est indispensable et l'identification d'un nouveau marqueur de risque, la précarité, doit être prise en compte, au sein d'une prise en charge globale, aussi bien sur le plan sanitaire que sur le plan social ;
- la prise en charge des troubles psychiatriques et des addictions, incluant la consommation d'alcool, ainsi que des effets indésirables du traitement doit être assurée ;
- la proportion de patients atteints d'hépatite C pris en charge en médecine de ville doit augmenter, par la mise en place d'un lien effectif entre le médecin traitant, dont le rôle « pivot » dans le parcours coordonné de soins est reconnu, et le médecin spécialiste de l'hépatite C ; il est indispensable de mieux former les médecins aux évolutions des connaissances et des traitements des hépatites B et C et d'évaluer l'application des recommandations professionnelles ;
- la nécessité de mieux articuler l'intervention des différents professionnels de santé médicaux et non médicaux ;
- il importe de développer l'éducation thérapeutique du patient pour aider celui-ci à être acteur dans la gestion de ses soins et de sa maladie ;
- il importe de renforcer le partenariat avec les associations de patients.

Un certain nombre d'actions ne figurent pas dans ce plan mais elles sont **présentes dans d'autres plans ou programmes** avec lesquels le plan national de lutte contre les hépatites B et C est articulé.


Ces plans concourent également à améliorer la prévention des hépatites B et C et la prise en charge des malades. Il s'agit notamment des plans/programmes suivants :

- *le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011),*
- *le plan sur la prise en charge et la prévention des addictions (2007-2011),*
- *le plan sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011),*
- *le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (2005-2008),*
- *le plan greffe,*
- *le plan santé mentale (2005-2008),*
- *le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (2005-2008),*
- *le deuxième plan cancer annoncé pour 2009.*

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011) prévoit, outre les mesures du présent plan, la mise en place, dans les structures médico-sociales d'addictologie ainsi qu'en prison, d'unités de lieu dédiées au suivi des hépatites B et C, avec consultations d'hépatologues hospitaliers. Ces lieux devront permettre d'effectuer des prélèvements non veineux, lorsqu'ils auront été validés, ainsi que l'évaluation de la fibrose hépatique par des moyens non invasifs alternatifs à la ponction biopsie du foie. Les recommandations de la HAS sur ces méthodes, attendues pour fin 2008, seront suivies de l'inscription des actes à la nomenclature.

Le plan « **Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques** » est l'un des cinq plans stratégiques prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il a été annoncé le 27 avril 2007 et un comité de suivi de ce plan a été installé le 29 novembre 2007. Ainsi, pour les hépatites B et C, les actions concernant **l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des personnes** ainsi que les appartements de coordination thérapeutique correspondent à des mesures de ce plan et seront soumises à son comité de suivi.

⁷ *Le traitement de l'hépatite B : stratégies actuelles. S. POL Service d'Hépatologie, Hôpital Cochin, Paris. Gastroenterol Clin Biol 2007;31:325-332*



Le plan de « **Prise en charge et de prévention des addictions** » 2007-2011 a notamment pour objectif, quel que soit le produit en cause, d'améliorer la prise en charge des patients par un développement de l'offre de soins et une meilleure articulation des différents secteurs (hospitaliers, médico-sociaux et libéraux). Pour **réduire le nombre d'hépatites chroniques virales et leurs complications**, les **deux enjeux**, en termes d'addictions, sont la **réduction de l'usage de drogues injectables illicites et la réduction de la dépendance à l'alcool** et de la **consommation excessive d'alcool**. L'articulation avec ce plan concernera également le développement de la prévention et de la recherche, ainsi qu'un renforcement de la formation des professionnels médicaux, paramédicaux et des travailleurs sociaux.

Une *nouvelle enquête de prévalence des marqueurs d'hépatite B et C* et des facteurs de risque de ces hépatites chez l'adulte sera programmée en 2014, deux ans après la fin du plan (enquête InVS décennale).





Priorités, objectifs et actions du plan de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Synthèse

Le plan, élaboré à partir des rapports des experts du comité stratégique et de ses groupes de travail, ainsi que des données épidémiologiques les plus récentes, a été présenté à la Conférence nationale de santé (CNS). Il a été tenu compte des recommandations de la CNS (avis du 28 juin 2007). Le plan a également été présenté au Comité national de santé publique (13 décembre 2007). **Il comprend cinq axes stratégiques, quinze objectifs et cinquante cinq actions.**

AXE STRATEGIQUE I

Réduction de la transmission des virus B et C (prévention primaire)

La transmission persiste alors que des méthodes de prévention existent, en particulier des traitements de substitution et des outils de réduction des risques pour les usagers de drogues, des procédures (précautions dites « standard » notamment) et matériels de sécurité pour les soins. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée ou obligatoire pour les personnes exposées au risque de transmission. La liste de ces recommandations et obligations vaccinales est actualisée chaque année et diffusée dans le calendrier vaccinal.

Quatre objectifs ont été retenus **pour réduire la transmission** :

I.1 OBJECTIF 1

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

en diffusant des messages adaptés en fonction des destinataires, particulièrement les usagers de drogue, les migrants, plus exposés aux risques, mais aussi en direction des professionnels de santé. Les médecins, comme le montre une enquête qualitative de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (décembre 2007), sont en effet en attente d'information sur l'hépatite B et la vaccination. Le soutien des associations de santé communautaire sera poursuivi.

I.2 OBJECTIF 2

Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B

et faire ainsi diminuer l'incidence de l'hépatite B aiguë.

Actuellement, la vaccination, disponible depuis plus de 20 ans, constitue la mesure de prévention la plus efficace contre l'infection par le VHB.

L'hypothèse d'une association entre un risque de sclérose en plaques (SEP) et la vaccination contre l'hépatite B a été largement médiatisée depuis 1993. Jusqu'en 2004, aucune étude, parmi une dizaine de publications, n'avait montré de résultat statistiquement significatif en faveur d'une association entre cette vaccination et la survenue d'une affection démyélinisante centrale. En 2004, une étude cas-témoin⁸ a conclu à une association significative, chez l'adulte, dans les trois ans qui suivent la vaccination. Toutefois, selon les instances d'expertise consultées⁹, le résultat de cette

⁸ Hernan M et al. *Neurology* 2004; 63: 838-42.

⁹ Commission Nationale de Pharmacovigilance du 29/09/2004 et Audition Publique sur la vaccination contre le VHB et SEP ; Paris ; 9/11/2004.

étude ne remettait pas en cause les recommandations vaccinales en vigueur. Par ailleurs, les résultats d'une étude publiés en 2003 n'ont pas montré cette association¹⁰.

En 2007 et 2008, les résultats de trois études menées sur une cohorte française « KIDSEP » (enfants de 0-16 ans), ont été publiés. Ils ne trouvent aucune association entre l'exposition à la vaccination contre l'hépatite B et le risque de développer une sclérose en plaques¹¹. Ils ne montrent pas de risque de récurrence de SEP, ni d'augmentation du risque d'épisode aigu démyélinisant du système nerveux central chez l'enfant vacciné. Dans l'étude la plus récente¹², les auteurs concluent à l'absence de lien entre la vaccination contre l'hépatite B chez l'enfant et le risque de survenue ultérieure d'une atteinte démyélinisante du système nerveux central, incluant la sclérose en plaques, quels que soient le nombre d'injections, le délai et la marque du vaccin. En poursuivant l'analyse dans plusieurs sous-groupes, les auteurs ont rapporté, dans un des sous-groupes, défini par les enfants ayant suivi le calendrier vaccinal et vaccinés depuis plus de trois ans par le vaccin Engerix B®, une association statistique entre un antécédent de vaccination contre l'hépatite B et l'observation d'une affection démyélinisante. Mais les différentes instances d'expertise consultées sur ce résultat¹³ ont conclu qu'il n'y avait pas lieu de modifier les recommandations vaccinales. L'analyse de l'Organisation mondiale de la santé (8 octobre 2008) parvient à la même conclusion.

Les bénéfices de la vaccination contre l'hépatite apparaissent évidents (évaluation de la balance bénéfico-risque). Une simulation réalisée par l'InVS a permis d'estimer que la vaccination des enfants de 11-16 ans effectuée depuis 1994 évite actuellement plus de 1 000 hépatites aiguës, près de 3 000 infections, plus de 100 infections chroniques et environ 5 hépatites fulminantes par an. Elle a permis également d'estimer qu'environ 8 000 hépatites aiguës, 20 000 infections, 800 infections chroniques et 40 hépatites fulminantes ont été évitées depuis 1994. Ces chiffres sous-estiment vraisemblablement l'impact des stratégies vaccinales mises en œuvre depuis 1994. En effet, cette simulation n'a pas pris en compte la diminution d'incidence de l'hépatite B chez les sujets non vaccinés, du fait de la diminution de la circulation du virus B induite par la couverture vaccinale atteinte dans la population.

Cette analyse montre également que le bénéfice annuel de la vaccination contre l'hépatite B pourrait diminuer à partir de 2009, si la couverture vaccinale restait à son niveau actuel, d'environ 40 % chez les enfants et jeunes adultes qui n'avaient pas l'âge d'être vaccinés lors de la vaccination en milieu scolaire au milieu des années 1990. Les enfants qui avaient été vaccinés à cette époque vont progressivement quitter la tranche d'âge des adultes de 20 à 29 ans, tranche d'âge correspondant à la période de risque maximal d'infection par le virus de l'hépatite B.

Ce constat plaide en faveur d'un renforcement de la mise en œuvre des stratégies de vaccination contre l'hépatite B, à travers en particulier l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants et des préadolescents.

En outre, dans la poursuite des actions engagées depuis décembre 2005, une série d'actions de prévention sont prévues, ciblées selon les populations concernées : personnes exposées aux risques sexuels, usagers de drogues consultant dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), personnes originaires de pays de moyenne et forte endémie, professionnels de santé, femmes enceintes et nouveau-nés issus de mères infectées par le VHB.

¹⁰ DeStefano F et al. Arch Neurol 2003; 60: 504-9.

¹¹ Mikaeloff Y, Caridade G, Rossier M, Suissa S, Tardieu M. Hepatitis B vaccination and the risk of childhood-onset multiple sclerosis. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2007; 161 :1176-82

Les résultats de la première étude portant sur la cohorte neuropédiatrique KIDSEP montraient l'absence d'augmentation du risque de rechute (SEP) chez l'enfant vacciné contre le VHB et ayant présenté un premier épisode démyélinisant (Mikaeloff Yet al. Brain 2007;130 : 1105-10).

¹² Mikaeloff Y, et al. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood Neurology 2008 Oct. [Epub ahead of print]

¹³ AFSSAPS, Commission de pharmacovigilance, Comité technique des vaccinations, Haut Conseil de santé publique(HCSP) http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20081002_HepB.pdf et Académie de Médecine

I.3 OBJECTIF 3

Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues (UD)

Les usagers de drogues représentent la population la plus touchée par les hépatites B et C et celle où l'épidémie à VHC n'est pas maîtrisée (2 700 à 4 400 nouveaux cas par an en 2003)¹⁴. Les virus des hépatites sont plus « résistants » que le VIH et l'efficacité des méthodes utilisées jusqu'ici s'avère insuffisante. L'objectif vise donc à prévenir les risques de transmission des hépatites chez les usagers de drogue. Il repose notamment sur une étude de faisabilité d'une stratégie de prévention de l'injection. L'éducation à la santé des UD injecteurs sera réalisée à la fois par leurs pairs et par les professionnels avec qui ils sont en contact, de manière à réduire les risques liés aux pratiques (injection, réutilisation des seringues, partage de petit matériel...) et à la consommation d'alcool, facteur majeur d'aggravation de l'évolution des hépatites chroniques avec l'infection à VIH. Les résultats de l'enquête « Coquelicot » (InVS/ANRS, 2004) serviront de référence. Le suivi du traitement de substitution par la méthadone s'articulera avec le plan de « prise en charge et de prévention des addictions » 2007-2011, en particulier pour le suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone.

I.4 OBJECTIF 4

Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque (piqûre, effraction cutanée, contact des muqueuses avec un liquide ou du matériel contaminé...),

que ce soit lors des soins et chez les soignants ou lors de tatouages et perçages avec effraction cutanée. Pour réduire les risques professionnels, la circulaire de 1999 sera actualisée. Concernant les actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée qui se sont largement développés, le décret n°2008-149 du 19 février 2008 prévoit que les personnes qui mettent en œuvre ces techniques doivent respecter les règles générales d'hygiène et de salubrité. Une formation à ces règles d'hygiène est rendue obligatoire. Par ailleurs, les professionnels doivent informer les clients des risques auxquels ils s'exposent et des précautions à respecter après la réalisation de l'acte (articles R.1311-1 et suivants du code de la santé publique).

AXE STRATEGIQUE II

Renforcement du dépistage des hépatites B et C

Le dépistage reste incomplet. Le renforcement du dépistage, suivi d'une prise en charge médicale adaptée, est indispensable pour réduire la morbi-mortalité des hépatites B et C. Les objectifs quantifiés sont de passer de **57 à 80 %** des personnes porteuses de marqueurs sérologiques ayant connaissance de leur séropositivité pour l'hépatite C et de **45 à 65 %** pour l'hépatite B.

Deux objectifs ont été retenus :

II.1 OBJECTIF 1

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

Il s'agit dans ce cadre d'inciter le public à se sentir concerné et les professionnels de santé à proposer systématiquement un dépistage en cas de détection d'un facteur de risque.

Il est proposé d'analyser la faisabilité, l'acceptabilité et le coût-efficacité d'un dépistage ciblé, voire systématique, lors des consultations d'anesthésie, en lien avec les sociétés scientifiques.

¹⁴ Emmanuelli, Jauffret-Roustide. *Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues*. BEH n°16-17 du 22 a vril 2003

Des actions seront menées également dans l'ensemble des lieux fréquentés par les UD. Dans cette population, il y a lieu de répéter les tests de dépistage du fait de la persistance de l'exposition au risque.

La thématique « Hépatites » a déjà été intégrée en 2007 dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation de précarité. En outre, une information sera mise en place dans les lieux d'accueil et de passage des populations d'origine étrangère. Il est également prévu d'articuler les actions avec les Programmes régionaux d'insertion des populations immigrées (PRIPI) pour établir des liens entre les Programmes régionaux de santé publique (PRSP) et les PRIPI.

II.2 OBJECTIF 2

Améliorer les pratiques de dépistage et diagnostic biologique des hépatites B et C et celles de rendu des résultats

La première action est la validation par la Haute autorité de santé (HAS) des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique. Ce thème sera traité par la HAS début 2009. La deuxième action est une meilleure prise en charge financière des sérologies de l'hépatite B, actuellement prises en charge à 65 %, à la différence des sérologies VHC et VIH, qui sont prises en charge à 100 %.

Concernant l'annonce du résultat, qu'il soit négatif ou positif, il devra être accompagnée de conseils personnalisés. Tout malade présentant un marqueur d'infection devra être informé et conseillé et devra être orienté vers un médecin spécialiste, si nécessaire.

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'Hépatite chronique B ou C

Les actions sont articulées avec celles du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Elles le seront aussi avec celles du prochain programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Il est prévu **quatre objectifs**, dont le premier concerne en priorité l'hépatite C :

III.1 OBJECTIF 1


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

Pour l'hépatite C

L'objectif global vise à mieux répartir, à l'horizon 2012, la prise en charge entre le secteur libéral et le secteur hospitalier, tout en optimisant le rôle du médecin traitant dans le parcours coordonné de soins et en assurant au patient une meilleure qualité de vie au cours de sa maladie et de ses soins.

Les établissements de santé pourront ainsi mieux faire face aux cas graves ou nécessitant des soins spécialisés. Cela implique une mobilisation et une coordination avec les professionnels de santé exerçant en secteur libéral dont les médecins généralistes et les spécialistes hépato-gastroentérologues.

Le guide médecin sur l'hépatite C de la HAS sera actualisé en 2009 (actualisation tous les 3 ans). Cette actualisation prendra en compte les propositions du rapport d'experts sur l'amélioration de la



prise en charge coordonnée ville-hôpital de l'hépatite C, ainsi que les progrès relatifs aux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie.

Il est prévu, en outre, en tenant compte des propositions de ce rapport, d'actualiser la circulaire du 21 mai 1999 relative à l'organisation de la prise en charge des malades atteints d'hépatite C afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs médicaux, médecins traitants et médecins spécialistes et les acteurs du champ social. Parmi les médecins spécialistes, les psychiatres sont particulièrement concernés, du fait de la fréquence des troubles psychiatriques dans cette maladie avant, pendant ou après le traitement.

Une recommandation visant à améliorer le lien entre le dispositif de soins spécialisé des addictions et les services de prise en charge des hépatites virales chroniques sera prise en compte lors de l'élaboration des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Concernant l'hépatite B

La HAS actualisera son guide médecin dès lors que l'évolution des connaissances scientifiques et des traitements le justifiera.

Le processus de mise à jour des recommandations thérapeutiques de la HAS prévoit la consultation des associations de patients.

III.2 OBJECTIF 2

Favoriser l'éducation thérapeutique du patient

L'élaboration de ces programmes dans le domaine des hépatites virales sera coordonnée avec le dispositif de déploiement de l'éducation thérapeutique du patient mis en œuvre dans le cadre du comité de suivi du plan relatif à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.

Elle se traduira par la rédaction de guides spécifiques, en lien avec les professionnels concernés, sur la base du guide méthodologique HAS/INPES et des recommandations nationales dans ce domaine.

Par ailleurs, la priorité est d'évaluer les programmes éducatifs existants. Une réflexion est engagée sur la valorisation des actes.

III.3 OBJECTIF 3

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

Ce soutien se concentrera plus particulièrement sur les actions de coordination assumées par les pôles de référence, en relation avec les réseaux ville-hôpital et les médecins généralistes, et sur les partenariats avec les associations de malades et d'usagers du système de santé ainsi qu'avec les associations de professionnels, en matière d'interprétariat notamment.

Les structures labellisées « pôles de référence » peuvent bénéficier d'un financement au titre des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour le financement des surcoûts non financés par les tarifs de prestation. Un groupe de travail est prévu pour dimensionner les enveloppes.

Pour les associations d'usagers et de patients, l'administration de la santé continuera de développer les actions en partenariat et de soutenir le renforcement du maillage associatif, afin d'améliorer l'efficacité de ces actions. Deux partenariats sont déjà engagés, l'un dans le domaine de l'interprétariat, l'autre destiné à des actions de soutien en milieu carcéral.

III.4 OBJECTIF 4

Améliorer la formation des professionnels de santé

Formation des professionnels sur les hépatites B et C, l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie et sur les schémas thérapeutiques ; formation des hépatogastroentérologues dans le domaine de l'addictologie, incluant les modes de consommation à risque d'alcool ; formation sur l'éducation thérapeutique.

Il s'agit de formation professionnelle continue impliquant notamment les Unions régionales des médecins libéraux (URML) et les sociétés scientifiques. Le contenu des formations sera guidé par les recommandations et les guides de la HAS et les documents de l'INPES.

AXE STRATEGIQUE IV

Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

C'est un axe particulier, justifié par le fait que les actions proposées dans le plan ne se révèlent pas toujours faciles à mettre en œuvre en milieu carcéral et nécessitent des adaptations. Cette adaptation se décline **en cinq actions** :

1. **renfort de l'incitation au dépistage** des hépatites lors de la visite « entrant ». Le renouvellement de la proposition de dépistage au cours du séjour en prison sera examiné en lien avec les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) des établissements pénitentiaires. En cas d'absence d'immunisation vis-à-vis de l'hépatite B, la vaccination contre l'hépatite B sera proposée, les personnes détenues étant désormais inscrites dans la liste des recommandations vaccinales, du fait de leur exposition à plusieurs facteurs de risques ;
2. soutien des malades par un partenariat avec les associations qui interviennent en prison ;
3. **enquête de prévalence** de l'hépatite C, du VIH et des traitements de substitution, dans des UCSA ;
4. **rédaction d'une circulaire**, commune au VIH et aux hépatites, qui précisera les mesures **d'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge médicale** en milieu carcéral ;
5. évaluation de l'application des recommandations du rapport « Santé-Justice » (2001) en matière de réduction des risques infectieux.

AXE STRATEGIQUE V

Surveillance et connaissance épidémiologiques Evaluation – Recherche et prospective

Il comporte **quatre objectifs**. Les actions concernent les stratégies de prévention primaire, de dépistage et les stratégies thérapeutiques.

V.1 OBJECTIF 1

Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques

Deux populations feront l'objet d'enquête, les usagers de drogues et les personnes détenues. Cette dernière enquête est décrite dans le quatrième axe stratégique spécifique au milieu carcéral.

Chez les usagers de drogue, l'enquête « Coquelicot » (InVS - ANRS), réalisée la première fois en 2004, doit être répétée tous les cinq ans. Elle permettra une surveillance régulière de la prévalence des hépatites B et C chez les UD et une approche indirecte de l'incidence de l'hépatite C.

V.2 OBJECTIF 2

Renforcer l'évaluation

Les études ou évaluations en cours ou prévues couvrent les aspects médico-économiques et de santé publique de la prise en charge et du traitement des malades :

- une étude médico-économique du parcours de soins de l'hépatite C est en cours ;
- une étude comparera la prise en charge des UD en « microstructures » à celle réalisée dans les CSAPA ;
- l'évaluation de la répartition de la primo-prescription du traitement antiviral de l'hépatite C par les médecins spécialistes en ville et à l'hôpital est destinée à renseigner sur le rôle des spécialistes en ville. Elle sera confiée à la CNAMTS ;
- une évaluation quantitative et qualitative des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C est nécessaire ;
- une étude de l'intérêt en santé publique de la primo-prescription conditionnelle du traitement antiviral par les médecins généralistes est destinée à faire évoluer, si besoin, le cadre réglementaire de la prescription ;
- une enquête de pratiques sur l'utilisation des tests non invasifs d'évaluation de la fibrose dans l'hépatite C en ville est destinée à évaluer l'adhésion aux recommandations de la HAS ;
- l'évaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux est un enjeu important pour les UD et populations précaires notamment ;
- des enquêtes seront réalisées pour établir si l'obligation de dépistage de l'antigène HBs chez la femme enceinte est appliquée. Elles devront déterminer, chez les nouveau-nés nés de mère infectée par le VHB, comment est mis en œuvre le traitement préventif de l'infection chronique B, qui comporte la vaccination et l'administration d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs dès la naissance ;
- une expertise collective sur les stratégies de réduction des risques (RDR) sera confiée à l'INSERM. Pour ce qui concerne les matériels d'injection, l'avis des experts sera complété par celui des usagers au moyen d'un volet spécifique inclus dans la prochaine enquête Coquelicot (InVS/ANRS). Les stratégies de RDR relative à la consommation de crack par voie fumée seront évaluées ;
- une étude visant à évaluer le rôle et l'impact des pharmaciens d'officine dans la mise en œuvre de la politique de RDR chez les UD, vente de matériels d'injection stérile et délivrance des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) sera conduite en partenariat avec l'AFSSAPS et l'OFDT ;
- un audit des pratiques vaccinales est destiné à évaluer le niveau de couverture des professionnels de santé.

V.3 OBJECTIF 3

Développer la recherche et la prospective

- Une étude de la faisabilité de la primo-prescription de méthadone par certains médecins généralistes est en cours ;
- une expertise sur les indications de greffes de foie pour les hépatites B (et B+D) et C est prévue ;
- une modélisation de la morbi-mortalité de l'hépatite chronique B dans les années à venir en fonction de différents scénarii thérapeutiques (déjà disponible pour l'hépatite C) sera réalisée.

V.4 OBJECTIF 4

Suivre la mise en œuvre et évaluer l'impact du plan national 2009-2012

Un comité de suivi du plan sera mis en place. L'évaluation du plan sera programmée pour 2012, par un prestataire extérieur, en prenant en compte les indicateurs existant suivants :

- nombre annuel de personnes en ALD pour hépatite B, hépatite C et cirrhose post-hépatique, avec les flux annuels (Assurance maladie) ;
- évolution des caractéristiques des personnes nouvellement prises en charge dans les pôles de référence pour une hépatite B chronique (enquête transversale entre 2008 et 2009) ou une hépatite C chronique (2000 - 2007/2010) (InVS) ;
- évolution de l'activité des laboratoires pour l'hépatite C (réseau RENA-VHC et CDAG, InVS) ;
- estimation de l'incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique (DO, InVS) ;
- nombre de décès attribuables aux complications des hépatites B et C (INSERM) ;
- consommation de médicaments antiviraux et de substitution (DSS) ;
- suivi des connaissances, perception et attitudes des professionnels et de la population vis-à-vis des hépatites : prévention, dépistage (baromètres santé et KABP - INPES) ;
- évolution de la prévalence de l'hépatite C et des pratiques à risque chez les UD (réédition de l'enquête « Coquelicot » (InVS/ANRS), prévue fin 2009-début 2010) ;
- évolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B dans les populations ayant des pratiques sexuelles à risque, chez les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs, chez les enfants de 2 ans et chez les professionnels soumis à obligation (enquêtes prévues) ;
- nombre de personnes atteintes d'hépatites B et C inscrites en liste d'attente pour greffes de foie, indications et nombre de greffes réalisées (Agence de la Biomédecine).



Plan national de lutte contre les Hépatites B et C



2009-2012



AXE STRATEGIQUE I

Réduction de la transmission des virus B et C

La transmission des virus B et C persiste et les facteurs de risque des infections nouvellement acquises ont été identifiés. Toutefois, les facteurs de risque de transmission ne sont pas retrouvés dans 29 % des cas d'hépatite B aiguë et dans 15 % des cas d'hépatite C lors du diagnostic.

Quels sont les facteurs de risque des infections récentes ?

Hépatite B

Les résultats recueillis par la Déclaration Obligatoire (DO) des hépatites aiguës B symptomatiques mise en place en mars 2003 ont pu être analysés pour la période 2004-2007.

Une enquête rétrospective nationale a été réalisée en 2006 et a permis d'évaluer l'exhaustivité de la DO et d'estimer l'incidence (nouveaux cas d'hépatites aiguës dans l'année). Cette enquête a ainsi permis d'estimer à 628 le nombre total d'hépatites B aiguës symptomatiques diagnostiquées en 2005. Sur la base de la proportion d'hépatite aiguë B symptomatique (<10 % avant l'âge de 5 ans et de 30 à 50 % au-delà), on peut estimer que 2 500 à 3 000 nouvelles infections surviennent annuellement. Les résultats sont en faveur de l'impact de la vaccination (1990-1998). L'incidence est très vraisemblablement inférieure à celle estimée au début des années 1990, avec une diminution de la contribution des jeunes adultes, tranche d'âge largement vaccinée entre 1994 et 1998. Ces résultats montrent une prédominance chez les hommes et chez les personnes entre 30 et 49 ans. Ils rendent compte des tendances récentes concernant les modes de transmission, qui sont peu différents de ceux décrits avant la vaccination. Les expositions à risque le plus souvent documentées sont les comportements sexuels à risque (35,7 %), les voyages en pays de moyenne ou forte endémie (21,9 %), un contact avec un cas familial (7,7 %) et la vie dans une institution (4,4 %). L'usage de drogues est retrouvé dans un peu plus de 2 % des cas. La fréquence de ces facteurs est voisine de celle trouvée dans la littérature.

Cette situation reste préoccupante, l'exposition sexuelle constituant le principal facteur causal retrouvé à la fois pour les infections passées et pour les nouvelles infections. Ce point est cohérent avec la dégradation de l'application des moyens de prévention constatée récemment dans d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Un vaccin efficace existe mais il convient, en priorité, de restaurer la confiance, notamment des médecins, vis-à-vis de cette vaccination.


Hépatite C

L'incidence de l'infection par le VHC n'est pas connue dans la population générale en France. **Chez les UD**, population où la séropositivité anti-VHC est très élevée (60 %) et où la transmission est la plus fréquente, l'incidence a été estimée à 9 pour cent personnes-années entre 1999 et 2001. Il a été montré que la transmission du VHC était liée au partage de seringues et du petit matériel de préparation de l'injection, notamment le coton. En 2003, le nombre de nouvelles infections par le VHC du fait de l'injection de drogues était estimé entre 2 700 et 4 400 par an¹⁵.

Dans une étude cas-témoin sur des séroconversions VHC ((apparition d'anticorps anti-VHC chez des sujets connus antérieurement négatifs), les facteurs associés à la séroconversion entre 1995 et 2001 étaient l'usage de drogues (risque x 109), le fait d'avoir eu un acte de radiologie invasive (risque x 11,6) ou une endoscopie digestive (risque x 5,7)¹⁶.

¹⁵ Lucidarme et al. *Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. Epidemiol Infect* 2004; 132 : 699-708.

¹⁶ Delaroque - Astagneau et al. *An incident case-control study of modes of hepatitis virus C transmission in France. Ann Epidemiol* 2007; 17 : 755-62.



Pour développer une politique nationale cohérente dans le cadre de la prévention des conduites addictives dans les établissements scolaires, la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)⁸ et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ont rédigé un guide d'intervention en milieu scolaire pour les intervenants¹⁷.

Le risque **nosocomial** persiste. Il a sans doute représenté le troisième grand mode de transmission du VHC. Il explique encore un nombre important de cas d'hépatites C acquises dans le passé mais récemment découvertes. Toutefois, le flux des nouvelles contaminations a été très sensiblement réduit, en particulier dans les suites des mesures de désinfection des endoscopes prises il y a dix ans, de l'extension de l'utilisation du matériel à usage unique en endothérapie et radiologie interventionnelle, puis des mesures relatives à la prévention des transmissions par les agents transmissibles non conventionnels, même si des données objectives à ce sujet font défaut. Le signalement des cas groupés d'infections nosocomiales à VHC dans le cadre du dispositif de signalement spécifique aux infections acquises à l'hôpital ne permet pas d'apprécier le niveau résiduel de cette transmission nosocomiale¹⁸.

La transmission du virus VHB et du VHC ne présentent pas de spécificité par rapport à d'autres virus véhiculés par le sang ou les sécrétions. Les mesures de prévention sont les mesures de "précaution standard" reprises dans la circulaire du 9 avril 1998. Seule une attitude systématique de prévention du risque infectieux, quel que soit le contexte, est susceptible d'éviter la transmission d'agents pathogènes en cas d'exposition à des liquides biologiques ou de réalisation de gestes invasifs. La prévention des infections nosocomiales et associées aux soins dues aux virus VHB et VHC relève de la lutte contre les infections nosocomiales définie dans le "Programme national de lutte contre les infections nosocomiales" (2005-2008). Le principe de l'application des précautions standard comme règle de prévention des infections nosocomiales a été rappelé récemment par le Haut conseil de la santé publique.

¹⁷ [DGESCO-MILDTt : Prévention des conduites addictives](#)

¹⁸ http://www.invs.sante.fr/surveillance/raisin/signalement/signalement_bilan_2001_2005_070115.ppt

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

Contexte

Malgré les actions de sensibilisation réalisées depuis une dizaine d'années, les enquêtes réalisées montrent un déficit d'information sur l'importance et la gravité des hépatites B et C, sur les facteurs de risque de transmission des virus B et C ainsi que sur l'efficacité des traitements actuels. Il existe fréquemment une confusion entre les hépatites B et C. L'intérêt de vacciner les enfants contre l'hépatite B n'est pas correctement perçu par les médecins. Les résultats des études scientifiques récentes chez l'enfant montrant l'absence de lien et d'augmentation de risque entre une vaccination contre l'hépatite B et une poussée d'affection démyélinisante n'ont pas été suffisamment diffusés et explicités.

Il importe donc, dans un premier temps, de fournir à la presse et aux relais d'opinion une information scientifique et factuelle sur l'impact sanitaire des hépatites B et C et sur la vaccination contre l'hépatite B. Cette information pourra être relayée de façon différenciée vers les professionnels et la population.

Objectifs

- Modifier durablement l'appréciation de la réalité des hépatites B et C.
- Informer sur l'impact sanitaire des hépatites B et C.
- Délivrer une information objective visant à accroître les connaissances du public sur les hépatites, l'intérêt du dépistage et du traitement et sur la vaccination contre l'hépatite B.

Actions

- Identification des personnes relais d'opinion dans le champ visé et des principaux journalistes concernés, tant dans la presse professionnelle que dans la presse grand public (presse écrite, grand public, mais également sites Internet, leaders d'opinion).
- Rédaction d'un argumentaire scientifique actualisé constituant un dossier de presse didactique de référence et de nouveaux messages de prévention, notamment en termes de modes de contamination, en fonction des cibles (groupe d'experts).
- Définition et mise en œuvre d'une stratégie de relations presse et d'une stratégie de rencontre des principaux relais et leaders d'opinion.

Partenaires

INPES et DGS (pilotes), InVS, ANRS, AFSSAPS, HAS, sociétés savantes, professionnels et scientifiques, associations de patients et celles qui agissent auprès des publics précaires exposés aux hépatites.

Calendrier

2009

Coût

Budget INPES et DGS

I.1 – Action 2

Information et communication sur les hépatites B et C en direction des professionnels de santé

Contexte

Depuis 1996, des livrets et dépliants sur l'hépatite C sont diffusés aux professionnels de santé. Par ailleurs, depuis 1998 en France, différents événements (suspension de la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire, signalements d'affection neurologiques dans les suites de vaccination, affaires judiciaires...) ont entraîné un malaise des professionnels et une suspicion du public à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B. Un numéro « Repères pour votre pratique : prévention de l'hépatite B » a été réalisé et diffusé fin 2006 aux médecins, pour faire le point sur la prévention de l'hépatite B (dépistage et vaccination) auprès des personnes les plus exposées.

Toutefois, une étude récente menée par l'INPES montre à la fois que les médecins n'ont pas pris la mesure de la gravité potentielle des hépatites B et C (mortalité, morbidité...) et leur manque de confiance à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B.

Alors que les facteurs de risque de l'hépatite B peuvent être identifiés dans environ 70 % des cas et ceux de l'hépatite C dans 85 % des cas, ces facteurs de risque ne sont pas toujours bien connus des professionnels et les motifs de consultations ne sont pas toujours propices à leur recherche et à la proposition de dépistage et/ou de vaccination.

Objectifs

- Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt d'un diagnostic aussi précoce que possible et d'un suivi médical du fait de l'évolution silencieuse potentiellement grave et de l'efficacité des traitements.
- Faire adhérer aux recommandations du calendrier vaccinal¹⁹ : la vaccination contre l'hépatite B est notamment recommandée aux nourrissons et aux enfants, de 2 mois à moins de 13 ans, ainsi qu'à certains groupes à risque).
- Faire connaître les facteurs de risque, inciter les médecins à les rechercher et à proposer systématiquement le dépistage chez tous les patients évoquant un facteur de risque.
- Faciliter l'interprétation des résultats biologiques et inciter à une démarche de prévention et/ou d'accès aux soins lors de l'annonce des résultats.

Actions

- Information des relais institutionnels et professionnels et des leaders d'opinion professionnels sur les enjeux de santé publique des hépatites B et C.
- Réalisation, adaptation de supports d'information pour aider les professionnels dans leur pratique : prévention des hépatites virales, dépistage et diagnostic des hépatites B et C, annonce d'un résultat, vaccination contre l'hépatite B.
- Mise à disposition et facilitation de l'accès à des informations pratiques et actualisées sur les hépatites.
- Constitution d'un plan de diffusion type pour l'ensemble des supports de communication et d'information de l'INPES sur les hépatites ou en lien avec les hépatites pour l'ensemble des relais institutionnels (ARS, assurance maladie, municipalités...), professionnels de santé, URML, sociétés scientifiques, associations de représentants d'usagers, structures y compris les établissements de santé, UCSA, CSAPA, CDAG, CIDDIST, centres d'examen de santé, PASS...
- Diffusion des supports d'informations disponibles sur la prévention des hépatites à l'occasion de salons, des congrès professionnels et de la semaine européenne de la vaccination, en direction des médecins généralistes (salons professionnels, catalogues, outils) et spécialistes (infectiologues, pédiatres, internistes, gynécologues, psychiatres...), infirmières, travailleurs sociaux...
- Augmentation de la visibilité de la rubrique hépatites sur les sites internet des agences (INPES, HAS, InVS, AFSSAPS) et du Ministère chargé de la santé.

¹⁹ BEH 22 avril 2008 n°16-17 . calendrier vaccinal 20 08 - Avis du haut conseil de la santé publique / www.invs.sante.fr/BEh/2008/16_17/beh_16_17_2008.pdf

- Augmentation de la connaissance, de la visibilité et du recours au site internet et à la ligne téléphonique « Hépatite info-service ».

Calendrier

2009-2012

Partenaires

INPES (pilote), DGS, HCSP, CTV, AFSSAPS, HAS, InVS, ANRS, sociétés scientifiques, (pédiatres, médecins généralistes, oncologues, hématologues, gynécologues, infectiologues, sages-femmes...), articulation avec les différents plans de santé publique (plan « addictions », plan « qualité de vie des maladies chroniques », etc.).

Coût

300 000 € / an

Indicateurs

- Evolution de la perception, connaissances, attitudes et comportements des médecins et professionnels de santé sur les hépatites B et C.
- Evolution des prescriptions d'examen de dépistage et diagnostic et de vaccination contre l'hépatite B.

I.1 – Action 3

Soutien des associations de santé communautaire

Contexte

Une quinzaine d'associations au niveau national proposent déjà des actions dont les objectifs convergent avec ceux du programme national hépatites C et B 2002-2005 et reçoivent des subventions de l'Etat. D'autres actions menées par des associations, notamment celles actives en milieu carcéral, ainsi qu'au sein de groupes de personnes particulièrement exposées au risque de transmission des virus B et C, pourraient être soutenues, après évaluation des projets et sous réserve des crédits nécessaires.

Objectif

Assurer un partenariat avec les acteurs de terrain.

Action

Aide à la mobilisation des associations de santé communautaire afin de promouvoir l'éducation à la réduction des risques, indispensable en particulier pour les UD, par les pairs présents en leur sein.

Cette proposition argumentée et bien détaillée suppose :

- une demande de crédits d'intervention fléchés ainsi que des financements identifiés dans les GRSP, dès lors que les travaux de labellisation des associations de prévention auront dégagé les références permettant l'affectation de ressources vers de telles actions ;
- une exigence de rigueur méthodologique des projets d'intervention.

Partenaires

DGS, services déconcentrés, associations communautaires.

Coût

A moyens constants, budget Etat LFI - BOP central et régionaux, programme 204.

Calendrier

2009-2012

Indicateur

Nombre d'associations de santé communautaire nouvelles soutenues financièrement, nombre et typologie des actions financées.

I. OBJECTIF 2

Augmenter la couverture vaccinale contre l'Hépatite B

Contexte

- L'hépatite B, liée à une infection chronique par le VHB, atteint dans le monde, près de 400 millions de personnes et entraîne le décès de plus de 1 million de personnes par an, du fait des complications possibles, cirrhose et cancer du foie ;
- l'hépatite B aiguë symptomatique est à déclaration obligatoire (DO) en France depuis 2003 ;
- l'hépatite B est la première maladie virale susceptible de générer un cancer contre laquelle on a disposé d'un vaccin ;
- l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé en 1991 un programme de vaccination dite "universelle" des enfants afin de faire reculer cette maladie ;
- la vaccination contre l'hépatite B est efficace dans au moins 95 % des cas ;
- en France, au regard des recommandations du calendrier vaccinal actualisé et diffusé chaque année, la vaccination reste insuffisamment proposée :
 - chez les nourrissons, la couverture vaccinale n'a jamais dépassé 27%,
 - chez les personnes particulièrement exposées, notamment celles ayant des comportements ou pratiques à risque de transmission sexuelle ;
- la couverture vaccinale semble également incomplète chez les professionnels de santé, pourtant soumis à une obligation réglementaire depuis 1991 ,
- l'exposition sexuelle constitue le principal facteur causal retrouvé pour les nouvelles infections comme pour les infections passées ; ce point est cohérent avec le relâchement des comportements de prévention constaté récemment dans d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- l'exposition au risque de **transmission sexuelle est trouvée dans 35,7 % des cas** d'hépatite B aiguë symptomatique : partenaires multiples (24 %), personnes homo-bisexuelles (14 %) et partenaire positif pour le VHB (7,5 %) ;
- entre 2004 et 2007, la moitié des cas d'hépatite aiguë B notifiés dans le cadre de la DO auraient pu être évités si le dépistage autour d'un cas avait été réalisé et si les recommandations vaccinales avaient été appliquées ;
- la sérovaccination préventive de l'hépatite B chronique n'est pas toujours réalisée systématiquement chez les nouveau-nés nés de mère infectée ;
- la constatation d'une crise de confiance vis-à-vis de cette vaccination en France, non seulement dans le public, mais aussi chez les médecins qui sont chargés de la mettre en œuvre, est préoccupante ;
- un numéro de la collection « Repères pour votre pratique » consacré à la prévention de l'hépatite B (INPES), accompagné d'une lettre du ministre chargé de la santé, a été diffusé aux médecins en septembre 2006, afin de les informer de façon objective.

Objectifs

- restaurer la confiance des médecins et du public et réaffirmer la place de la vaccination contre l'hépatite B dans la prévention ;
- informer les médecins, y compris les pédiatres, sur l'hépatite B, sa fréquence, ses complications, sa mortalité, et sur l'intérêt de la vaccination des enfants et des adolescents (rattrapage), en application des recommandations vaccinales officielles ;
- obtenir, d'ici 2012, une augmentation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B, notamment dans les cohortes scolaires, chez les nourrissons et chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Les actions sont ciblées selon les populations

I.2 – Action 1

Information des médecins relative à la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons et des enfants

Contexte

La circulation du virus dans une population et la diminution de l'incidence d'une infection à prévention vaccinale sont liées au taux de couverture vaccinale. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée notamment chez les enfants (2 mois à moins de 13 ans). Toutefois, en 2004, l'analyse des certificats de santé des enfants de 2 ans montrait une couverture vaccinale de 29 %. Cette vaccination est en effet peu réalisée en France suite aux nombreuses interrogations de la société civile sur ce vaccin.

Comme cela a déjà été déjà présenté pages 12 et 13 (I-2), trois études menées ces dernières années sur une cohorte française « KIDSEP » (enfants de 0-16 ans) n'ont pas trouvé d'association entre l'exposition à la vaccination contre l'hépatite B et le risque de développer une sclérose en plaques²⁰. Dans l'étude la plus récente²¹, les auteurs concluent à l'absence de lien entre la vaccination contre l'hépatite B chez l'enfant et le risque de survenue ultérieure d'une atteinte démyélinisante du système nerveux central, incluant la sclérose en plaques, quels que soient le nombre d'injections, le délai et la marque du vaccin. En poursuivant l'analyse dans plusieurs sous-groupes, les auteurs ont rapporté, dans un sous-groupe défini par des enfants ayant suivi le calendrier vaccinal et vaccinés depuis plus de trois ans par le vaccin Engerix B®, une association statistique entre un antécédent de vaccination contre l'hépatite B et l'observation d'une affection démyélinisante. Mais les différentes instances d'expertise consultées sur ce résultat²² ont conclu qu'il n'y avait pas lieu de modifier les recommandations vaccinales. L'analyse de l'Organisation mondiale de la santé (8 octobre 2008) parvient à la même conclusion.

Les bénéfices de la vaccination contre l'hépatite apparaissent clairement (cf évaluation de la balance bénéfice-risque par l'InVS). La simulation de l'InVS montre également que le bénéfice annuel de la vaccination contre l'hépatite B pourrait diminuer à partir de 2009, si la couverture vaccinale restait à son niveau actuel, d'environ 40 % chez les enfants et jeunes adultes qui n'avaient pas l'âge d'être vaccinés lors de la vaccination en milieu scolaire au milieu des années 1990. Les enfants qui avaient été vaccinés à cette époque vont progressivement quitter la tranche d'âge des 20 à 29 ans, tranche d'âge correspondant à la période de risque maximal d'infection par le virus de l'hépatite B. Ce constat plaide en faveur d'un renforcement de la mise en œuvre des stratégies de vaccination contre l'hépatite B, à travers en particulier l'amélioration de la couverture vaccinale des nourrissons, des enfants et des préadolescents.

Objectif

Mieux informer objectivement les médecins au regard de la politique vaccinale contre l'hépatite B chez les nourrissons et les enfants

Actions

- Réalisation d'un numéro de la collection « Repère pour votre pratique » destiné aux médecins généralistes et aux pédiatres sur la vaccination contre l'hépatite B chez l'enfant.
- Sensibilisation à la vaccination lors de la semaine européenne de la vaccination.

²⁰ Mikaeloff Y, Caridade G, Rossier M, Suissa S, Tardieu M. Hepatitis B vaccination and the risk of childhood-onset multiple sclerosis. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol 161 (n°12) 6 Dec. 2007

Les résultats de la première étude portant sur la cohorte neuropédiatrique KIDSEP montraient l'absence d'augmentation du risque de rechute (SEP) chez l'enfant vacciné contre le VHB et ayant présenté un premier épisode démyélinisant (Mikaeloff Yet al. *Brain* 2007 Apr;130 (Pt 4) : 1105-10).

BEH 2007, n°31-32

²¹ Mikaeloff Y, Caridade G, Suissa S and Tardieu M. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood *Neurology* 2008 Oct 8. [Epub ahead of print]

²² AFSSAPS, Commission de pharmacovigilance, Comité technique des vaccinations, Haut Conseil de santé publique(HCSP) http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20081002_HepB.pdf et Académie de Médecine

Partenaires

INPES (pilote), en concertation avec CTV, AFSSAPS, InVS et INSERM; DGS.

Coût

Budget INPES.

Calendrier

2009-2012

I.2 – Action 2

Relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB

Contexte

- L'obligation de dépistage d'un marqueur d'infection par le VHB, l'antigène HBs (Ag HBs) lors du 4ème examen prénatal (6^e mois de grossesse), existe en France depuis le décret du 14 février 1992. Une étude publiée dans le BEH n°33/2003 montre qu'en Lorraine ce dépistage n'était réalisé que dans 74 % des cas en 1999 et que sur les 5 nouveau-nés de femmes dépistées porteuses de l'antigène HBs, 2 n'avaient pas bénéficié d'une vaccination ou d'une sérovaccination.
- Depuis la mise en place de la DO en 2003 et jusqu'à fin 2007, 4 cas d'hépatite B aiguë symptomatique ont été déclarés chez des nouveau-nés. L'un d'eux est décédé d'hépatite fulminante. Le nombre de cas notifiés (DO) ne reflète pas toutefois la totalité des nouveaux cas d'hépatite B du fait de la très faible proportion de cas symptomatiques avant l'âge de un an et d'une sous-déclaration. Entre 1 à 5 ans, 10 % des cas sont symptomatiques et, après 5 ans, seulement 30 à 50 % des cas.
- Les hépatites fulminantes et les infections chroniques par le VHB peuvent être évitées chez ces nouveau-nés par le traitement préventif (sérovaccination) à la naissance.
- Deux mesures réglementaires ont déjà été prises en 2004 et 2006, mais ne semblent pas suffisantes :
 - *circulaire du 10 novembre 2004 rappelant l'obligation de la détection de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et l'importance du traitement préventif des nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs dans les 24 heures suivant la naissance,*
 - *conduite à tenir pour la prévention de l'hépatite B chez les nouveau-nés de mères porteuses du VHB, rappelée aux établissements de santé par la note d'information du 23 mars 2006 DGS/SD5C/DHOS/E2 n°2006-138.*

Objectif quantifié

Vacciner contre l'hépatite B et administrer des immunoglobulines spécifiques anti-HBs à plus de 95 % des nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs, dans les 24 heures suivant la naissance.

Actions

- Diffusion d'une lettre circulaire destinée aux gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, ainsi qu'aux équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, pour rappeler à nouveau l'obligation de dépistage de l'antigène HBs chez la femme enceinte, souligner l'intérêt et l'importance de la sérovaccination chez les nouveau-nés et de l'information des partenaires et des personnes vivant avec des femmes porteuses de l'antigène HBs (en vue du dépistage et de la vaccination, y compris des autres enfants).
- Utilisation du carnet de maternité et du carnet de santé.

Partenaires

DGS (pilote) et DHOS, SYNGOF, INPES, InVS.

Coût

Mailing (routage), pas de mesure nouvelle.

Calendrier

2009-2012

Indicateurs de résultats

Résultats d'enquêtes prévues dans l'axe stratégique V (évaluation).

I.2 – Action 3

Information et communication en direction des hommes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles exposés à la transmission sexuelle du VHB

Contexte

Les personnes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles représentent 14 % des cas d'hépatite B aiguë symptomatique notifiés entre 2004 et 2007.

Objectifs

- Favoriser l'adoption de comportements préventifs de l'hépatite B via une sensibilisation aux modes et situations de transmission et aux risques de coïnfections liée au VIH ou à une IST.
- Inciter au dépistage en cas d'exposition au risque.
- Inciter à la vaccination les personnes exposées et n'ayant pas de marqueurs de l'hépatite B.

Actions

- Mise à disposition d'informations spécifiques s'intégrant dans des actions de prévention du VIH et des IST réalisées en direction des hommes ayant des relations avec des hommes (magazines de prévention, sites internet, presse gay, romans photos, campagnes d'information)
- Conception d'actions et de supports d'information sur le thème des IST traitant spécifiquement le sujet des hépatites

Partenaires

INPES (pilote), DGS, InVS, groupe d'experts, Syndicat national des entreprises gay (SNEG), associations identitaires gay, associations de lutte contre le VIH et contre les hépatites, CDAG, CIDDIST,

Calendrier

2008-2012

Coût

50.000 à 100.000 € / an

Indicateurs de résultats

- Evaluation des outils médias et hors média à travers les post-tests.
- Evaluation des connaissances sur les risques liés au VHB et de l'attitude face à la vaccination.
- Proportion d'hommes ayant des rapports avec d'autres hommes déclarant être vaccinés (enquête presse gay).

I.2 – Action 4

Proposition de la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues consultant dans les CSAPA

Contexte

L'étude de la dynamique de l'infection par le VHB a conduit depuis plusieurs années l'InVS et le CSHPF à recommander la vaccination des toxicomanes utilisant des drogues par voie intraveineuse ou intranasale. La précarité des usagers de drogues est une donnée sociale connue et démontrée (Etude « Coquelicot », InVS-ANRS).

Objectif

Atteindre en trois ans une couverture vaccinale de 80 % des sujets utilisant des drogues ou produits détournés de leur usage par voie intraveineuse ou intranasale, pris en charge dans les CSAPA.

Actions

- Mise en œuvre des dispositions de l'article L.3411-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les CSAPA peuvent, à partir de 2008, proposer aux patients qu'ils accueillent un dépistage gratuit de l'hépatite B et une vaccination, gratuite également, si nécessaire avec mise à disposition de carnets de vaccination INPES.
- Une annexe à la circulaire DGS du 28 février 2008, relative à la mise en place des CSAPA, précise le contenu de cette action.

Partenaires

CSAPA, CNAMTS

Coût

0,5M € en mesures nouvelles par an, sur 4 ans, soit 2M € à charge de l'Assurance maladie (ONDAM spécifique)

Calendrier

Action débutée en 2008, durée 4 ans.

Indicateurs

(Source : rapports d'activité des CSAPA)

- nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B ;
- nombre de personnes ayant débuté une vaccination ;
- nombre de personnes ayant complété le schéma vaccinal.

I.2 – Action 5

Proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie

Contexte

L'hépatite B est un problème de santé publique au niveau mondial, avec près de 400 millions de personnes atteintes. On distingue des zones à prévalence forte (Afrique, Asie du sud-est : 5 à 10 % de la population est infectée), intermédiaire (Europe de l'Est, Afrique du Nord, Grèce, Japon : 2 à 5 %) et faible (Europe du Nord et Etats-Unis d'Amérique : < 2 %). La prévalence de l'antigène HBs chez les personnes résidant en France métropolitaine est variable selon le continent de naissance des personnes (Afrique sub-saharienne 5,25 %, Asie 0,92 %). Par ailleurs, les données de prévalence du portage chronique de l'antigène HBs chez les femmes enceintes dans les DFA²³, montrent des taux très nettement supérieurs à ceux de la métropole, ce qui témoigne d'une plus grande circulation du VHB dans les populations des POM. Par exemple, en Guyane ce taux est de 5 % (source : registre des femmes suivies pour grossesse).

Objectifs

- Proposer la vaccination contre l'hépatite B aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie et chez les personnes vivant avec elles, y compris les enfants, après recherche des marqueurs sériques.
- Proposer la vaccination aux personnes vivant avec une personne infectée et n'ayant pas de marqueurs sérologiques du VHB.

Action

Circulaire aux services déconcentrés demandant que les personnes concernées soient orientées, en vue d'information et incitation au dépistage, vers les structures ad hoc, PASS hospitalières, CDAG, CIDDIST, centres habilités.

²³Rapport Pr Dartigues (données sur les DOM), février 2002

Partenaires

Organismes de formation des médecins généralistes, des médecins hospitaliers et libéraux y compris des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, INPES, le Comède.

Coût

A moyens constants en personnel ; surcoût limité aux tests.

Calendrier

2009-2012

Indicateurs

Proportion de migrants originaires de pays à forte endémie VHB et nouvellement pris en charge pour une hépatite chronique B au sein des pôles de référence (InVS).

Dans les DFA

- PRSP prenant en compte la prévention de l'hépatite B.
- couverture vaccinale via les conseils généraux et les DDASS et enquêtes ponctuelles.
- évolution des données du registre des grossesses en Guyane.

I.2 – Action 6

Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé

Contexte

On ne dispose pas de données récentes sur la couverture vaccinale des professionnels de santé. La mise en œuvre de la circulaire N°DGS/Sd5C/2007/164 du 16 avril 2007 relative à l'entrée en vigueur et aux modalités d'application des deux arrêtés du 6 mars 2007 concernant d'une part, la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, et d'autre part fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique, demande à être évaluée. Cette circulaire ne se substitue pas à la lettre circulaire du 26 avril 1998 de la direction des relations du travail relative à la pratique de la vaccination en milieu de travail par les médecins du travail.

Objectif

Mieux connaître le taux de couverture vaccinale chez les professionnels de santé pour qui cette vaccination est obligatoire.

Action

- Réalisation d'un audit permettant d'identifier le niveau de couverture des professionnels de santé concernés par l'obligation et les recommandations de vaccination contre l'hépatite B (étude DGS/DGT).
- Introduction de l'item « vaccination VHB du professionnel de santé » dans le prochain « baromètre santé » (INPES).

Partenaires

Médecins du travail, direction générale du travail (DGT), URML, GERES

Calendrier

2009-2010

Indicateurs

- Remise des résultats de l'audit.
- Nombre / proportion de professionnels de santé à jour pour leur vaccination contre le VHB vus par les médecins du travail, via la DGT.

I. OBJECTIF 3

Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues

Contexte général de l'infection par le VHC chez les usagers de drogues illicites (UD)

Selon l'enquête « Coquelicot » en 2004²⁴ (InVS-ANRS), la prévalence des anticorps anti-VHC est de 59,8 % chez les UD de cinq grandes villes métropolitaines. La séroprévalence croît avec l'âge, de 28 % chez les UD de moins de 30 ans à 71 % chez les UD de 40 ans et plus, alors que la séroprévalence globale du VIH qui est de 10,8 %, croît aussi avec l'âge, mais est très faible chez les UD de moins de 30 ans (0,3 %) et atteint 17 % chez les UD de plus de 40 ans. Les UD connaissent presque toujours leur statut pour le VIH, alors que 27 % des UD se déclarent séronégatifs à tort pour le VHC.

L'incidence de l'infection par le VHC dans cette population a été estimée à 9 pour cent personnes-années entre 1999 et 2001. En 2003, le nombre de nouvelles infections par le VHC du fait de l'injection de drogues était estimé entre 2 700 et 4 400 par an.

- Les effets de la politique de réduction des risques chez les UD ont été bien moindres sur l'infection à VHC que ceux obtenus pour l'infection à VIH. L'usage de drogues par injection intraveineuse semble toujours jouer le rôle principal dans la dynamique actuelle de l'épidémie. Les principaux facteurs de risque identifiés sont le partage de seringue, mais également le partage du coton utilisé pour les injections. Des pratiques autres que l'injection semblent néanmoins jouer un rôle, le "snif" et l'inhalation.
- Les données de la littérature mettent en effet en avant que les UD qui ne s'injectent pas s'exposent également au VHC. Ainsi, l'usage de crack par voie fumée est présenté comme un facteur de risque de l'infection au VHC indépendamment de l'injection. La transmission du VHC lors du partage de pailles de « snif » est également l'objet de discussions dans la littérature.
- Les UD connaissent mieux les modes de contamination du VIH (partage de la seringue et relations sexuelles non protégées connues par 90 % des UD) que ceux du VHC : 35 % n'ont pas conscience des risques de transmission du VHC liés au partage du petit matériel. En outre, 92 % des UD perçoivent l'infection à VHC comme une maladie grave et 77 % estiment que des traitements efficaces existent pour la combattre. Toutefois, 45 % considèrent que ces traitements restent encore aujourd'hui difficilement accessibles pour eux.

L'hépatite B chez les UD

Chez les UD ayant eu une pratique d'injection au moins une fois dans la vie entière, la prévalence de l'antigène HBs est de 1,91 % contre 0,64 % chez les non UD injecteurs, et les antécédents d'infection par le VHB (présence d'anticorps anti-HBc) sont respectivement de 50,1 % contre 7,13 %.

Les traitements de substitution chez les UD

Les traitements substitutifs aux opiacés se sont développés, avec un recours largement prédominant à la buprénorphine haut dosage (BHD) Au premier semestre 2007, environ 97 000 patients avaient bénéficié de remboursements de buprénorphine, contre environ 30 000 pour la méthadone (source CNAM).

²⁴ Jauffret-Roustide 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 : 244-247.

I.3 – Action 1

Amélioration des pratiques de réduction des risques chez les usagers de drogues pour ce qui concerne la consommation associée d'alcool

Contexte

La consommation excessive d'alcool est souvent observée chez les usagers de drogues (UD), ce qui aggrave les risques d'accidents ou de mortalité par surdose et l'évolution vers des complications chez les sujets infectés par les virus des hépatites B et C.

Objectifs

- Préciser la proportion de consommateurs excessifs d'alcool parmi la population des UD, en fonction de leur statut sérologique (VIH, VHB, VHC).
- Définir des modalités de prévention adaptées à la consommation excessive d'alcool dans cette population.

Actions

- Recueil de données sur la consommation d'alcool des usagers de drogues lors de la prochaine enquête « Coquelicot » (InVS/ANRS, 4^e trimestre 2009- 4^e trimestre 2010).
- Bilan des actions de prévention dans les interventions de RDR auprès des UD fréquentant les structures spécialisées (CAARUD, CSAPA) et définition de pistes pour de nouvelles actions de prévention de la consommation excessive d'alcool chez les UD.

Partenaires

DGS (pilote), INPES, InVS, OFDT, CAARUD, CSAPA.

Calendrier

2009-2012

I.3 – Action 2

Etude de faisabilité d'une stratégie de prévention de l'injection

Contexte

Chez les consommateurs de drogues psycho-actives illicites, le recours à l'injection introduit un risque sanitaire supplémentaire important, notamment au plan infectieux. La prévention portant spécifiquement sur le passage à l'injection chez les UD est donc un enjeu majeur de réduction des risques face au nombre de nouvelles contaminations par le VHC

Objectif

Etudier les stratégies permettant d'atteindre un public de jeunes consommateurs de drogues ne pratiquant pas encore l'injection afin de les inciter à éviter les comportements à risques de transmission virale.

Actions

- Réalisation d'une revue de la littérature et des expériences étrangères en matière de prévention de la primo-injection.
- Mise en place d'un groupe de travail (acteurs institutionnels, chercheurs, associations, professionnels de santé) afin de déterminer la stratégie, les messages et le type d'actions à mettre en œuvre pour prévenir la primo-injection.
- Évaluation du projet d'intervention de proximité (messages de prévention de l'hépatite C auprès des usagers de drogue, primo-injecteurs et pairs) engagé par ASUD avec une subvention attribuée par l'INPES.

Partenaires

INPES (pilote) ; DGS, intervenants en toxicomanie et RDR, associations de patients.

Calendrier

2009-2012

Coût

Budget INPES

Indicateur

Remise d'un rapport sur la faisabilité d'une stratégie de prévention de l'injection.

I.3 – Action 3

Education à la santé des usagers injecteurs pour réduire les risques de transmission virale

Contexte

Le niveau élevé de séroprévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues est avéré. Les actions de prévention doivent être renforcées dans la mesure où la contamination par le VHC se fait préférentiellement lors des premières injections et où une nouvelle contamination est possible chez un patient ayant guéri dès lors qu'il continue d'être exposé à une situation à risque.

Or, si en France, diverses actions sont mises en œuvre par les associations du champ afin de sensibiliser les usagers de drogue aux risques de l'injection (utilisation d'une vidéo, de matériel factice lors de séances interactives, brochures...), il n'existe pas de programme systématisant cette approche, alors même qu'elle est reconnue comme efficace par les acteurs de RDR l'ayant expérimentée.

Objectifs

- Disposer de recommandations pour l'élaboration de programmes légitimés d'éducation aux risques liés à l'injection afin de réduire les pratiques à risques, notamment auprès des jeunes injecteurs. Ces programmes pourraient alors être mis en œuvre au sein des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD).
- L'objectif quantifié est de réduire de 30 % la fréquence des pratiques à risques lors des injections, en référence aux résultats de l'enquête « Coquelicot » InVS/ ANRS.

Action

Réaliser une revue de la littérature française et étrangère ainsi qu'un audit des programmes existants tant en France qu'à l'étranger permettant la rédaction de recommandations par un organisme expert indépendant

Partenaires

INPES (pilote), DGS, Médecins du Monde, Aides, InVS.

Calendrier

2009-2010

Coût

Budget INPES

Indicateur

Fréquence des pratiques de partage des seringues et de réutilisation du petit matériel, étudiée par les futures rééditions de l'enquête « Coquelicot » (InVS-ANRS).

I.3 – Action 4

Suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone

Contexte

L'AFSSAPS a octroyé, en septembre 2007, une autorisation de mise sur le marché de la méthadone gélule, sous certaines conditions permettant de diminuer les risques inhérents à la diffusion de cette nouvelle forme galénique. Ainsi, le recours aux gélules de méthadone est actuellement réservé au traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, pour les patients traités par le sirop depuis au moins un an, et à condition qu'ils soient « stabilisés » sur le plan médico-psycho-social par ce traitement.

En outre, la première prescription des gélules, en relais du sirop, et son renouvellement tous les 6 mois nécessiteront l'intervention des médecins des CSAPA ou bien exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes. Dans l'intervalle, le médecin traitant réalisant le suivi régulier du patient pourra effectuer la prescription, qui doit être renouvelée tous les 14 jours, correspondant à la durée maximale de prescription de la méthadone.

Objectifs

- Surveiller et contrôler les risques liés à la mise sur le marché de la méthadone gélule.
- Réévaluer les conditions de prescription et de délivrance de la méthadone gélule, en fonction des résultats de l'évaluation menée après un an de mise sur le marché.

Actions

- Surveillance intensive, sous l'égide de l'AFSSAPS, dès la commercialisation de la gélule de méthadone (mai 2008), en s'appuyant sur les réseaux de pharmacovigilance, de pharmacodépendance et de toxicovigilance, en concertation avec l'InVS, afin de mesurer notamment l'impact des mesures prises pour limiter les risques inhérents à la mise sur le marché du produit ;
- Etude observationnelle prospective pour évaluer le passage de la méthadone sirop à la méthadone gélule dans une cohorte de patients ; étude réalisée à la demande de l'AFSSAPS et dans le cadre du Plan de Gestion des Risques, par les laboratoires Bouchara-Recordati.

Partenaires

AFSSAPS (pilote), Laboratoires Bouchara-Recordati, DHOS, DGS, CNAMTS.

Coût

A moyens constants.

Calendrier

2008-2009 – Retour d'information à la Commission addiction, à la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes et à la Commission d'AMM, un an après la commercialisation de la forme gélule (mai 2009).

Indicateur

Disposer d'une évaluation en 2009 ; ratio de la dispensation de la forme sèche par rapport à la suspension buvable.

I.3 – Action 5

Agir dans les lieux festifs

Contexte

Selon les experts, la mobilisation dans le milieu festif a un intérêt en termes de prévention primaire et permettrait d'une part d'atteindre des populations jusque-là non ou insuffisamment sensibilisées aux complications des hépatites, et d'autre part de prévenir les risques de contamination. Par ailleurs, ces rassemblements sont souvent des lieux d'alcoolisation importante. Or, les études montrent de manière forte que l'alcoolisation est un facteur de comorbidité aggravant l'évolution et la mortalité des hépatites B et C.

Objectif

Informer sur les risques inhérents aux différents modes d'usage de drogues (notamment par voie intraveineuse) et à la consommation d'alcool. Il s'agit également de faire passer les messages sur les risques que comporte la réalisation d'actes de tatouages sans application des « précautions standard ».

Actions

Diffusion de messages de prévention spécifiques sur les risques liés :

- à la consommation d'alcool ;
- aux rapports sexuels non protégés ;
- à l'usage de drogues par injection ou voie nasale : partage ou réutilisation de la seringue et du petit matériel d'injection (coton, cuillère, eau de rinçage...), partage de la paille à snif (articulation avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies) ;
- aux pratiques de tatouage et au perçage avec effraction cutanée.

> Ces messages seront délivrés dans les différents lieux festifs (bars, discothèques, soirées technos privées, soirées étudiantes, festivals...)

Partenaires

INPES (pilote), associations intervenant en réduction des risques (AFR, ANITEA, MDM, AIDES), associations de professionnels (FNPRH, ANGREHC), associations d'usagers (ASUD, Techno plus...), CAARUD, CSAPA, services déconcentrés.

Coût

Budget INPES

Budget Etat, DGS : 180 000 € (subvention à des associations) et services déconcentrés

Calendrier

2009-2012

Indicateurs de résultats

I. OBJECTIF 4

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

(piqûre, effraction cutanée, contact des muqueuses avec un liquide ou du matériel contaminé...)

➤ Exposition professionnelle lors des soins

I.4 – Action 1

Instructions aux établissements de santé pour rappeler les mesures à prendre en cas d'accident d'exposition au sang (AES)

Contexte

Le **taux de transmission** du VHB par piqûre d'une personne non immunisée au VHB varie de 6 à 45 % en fonction de la présence ou non de l'antigène HBe dans le sang. En cas d'absence d'antigène HBe, le taux de la virémie permet de déterminer l'infectiosité. Pour les personnels de santé, les contaminations professionnelles sont devenues exceptionnelles grâce à la vaccination obligatoire. Pour le VHC, le risque de transmission se situe entre 0 et 3 %, une méta-analyse récente indiquant une valeur de 0,5 %.

La **surveillance des contaminations professionnelles** chez le personnel de santé en France existe pour le VIH depuis 1991, pour le VHC depuis 1997 et pour le VHB depuis 2005, et a pour but de participer à l'identification et à la prévention des accidents d'exposition au sang (AES) à haut risque de transmission virale. Cette surveillance repose essentiellement sur les médecins du travail des établissements de soins, publics et privés, mais elle implique aussi tout médecin susceptible de prendre en charge un personnel de santé pour une infection virale. Les données sont recueillies sur la base de questionnaires non nominatifs disponibles sur le site de l'InVS. Au 31 décembre 2005, 55 cas cumulés d'infection à VHC professionnelle ont été recensés, suite à 54 piqûres/coupures et 1 contact sanguin sur peau lésée, alors que le nombre d'infections à VIH déclarées depuis le début de l'épidémie s'élève à 14. Depuis 1997, le nombre annuel de contaminations VHC est compris entre 2 et 5. Aucune contamination professionnelle VHB n'a été déclarée. En termes de matériel utilisé, la surveillance met en évidence une majorité de cas survenus après piqûre avec une aiguille intraveineuse. Mais les aiguilles à suture et les aiguilles sous-cutanées sont à l'origine de 8 transmissions VHC depuis la mise en place de la surveillance. C'est pourquoi, quel que soit le geste pratiqué, l'application des « précautions standard » et une démarche systématique en cas d'AES sont essentielles.

Des avis sur les risques de contamination « soignant-soigné » ont été rendus en 2003²⁵.

Comme mentionné dans la circulaire N°DGS/SD5C/2007/164 du 16 avril 2007 relative à la **vaccination contre l'hépatite B des professionnels de santé**, l'arrêté du 6 mars 2007 ne retranscrit juridiquement que les parties de ces avis ayant trait à la vaccination et aux conditions d'immunisation des professionnels concernés.

Ainsi, la commission nationale chargée de statuer sur la nécessité de suspendre ou de modifier l'exercice professionnel, lorsqu'un étudiant ou un professionnel présente des signes d'infectiosité, n'a pas pu être créée au niveau national. Le traitement des dossiers est fait au cas par cas par une commission régionale, sous la responsabilité de la DRASS.

Une circulaire interministérielle relative aux **recommandations de prise en charge** des personnes exposées à un risque de transmission du VIH, a été signée le 13 mars 2008. Cette circulaire précise les modalités de suivi pour l'hépatite B et l'hépatite C dans ce contexte. En revanche, les recommandations de la circulaire DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques, doivent être actualisées. En effet, elles ne prennent en compte ni la recherche de l'ARN du VHC, ni les nouveaux textes sur les obligations vaccinales concernant le VHB (arrêté du 6 mars 2007).

²⁵ VHB : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_270603_hepb.pdf
VHC : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/a_mt_260903_hepc.pdf

Objectif

Permettre un dépistage et une prise en charge précoce après un risque de transmission du VHB et/ou du VHC lors d'une exposition professionnelle.

Actions

- Actualisation des deux avis sur les risques de contamination « soignant-soigné » rendus en 2003 (VHB et VHC), cités plus haut.
- Actualisation de la circulaire DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

Partenaires

DGS/DHOS/DSS/établissements de santé y compris les services d'addictologie hospitaliers, les consultations d'addictologie, les hôpitaux de jour « addictologie », médecins du travail, GERES, HCSP

Calendrier

2009

Indicateur

Diffusion de la circulaire.

↳ Tatouages - perçages avec effraction cutanée

I.4 – Action 2

Réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée

Contexte

Le développement considérable, au cours de cette dernière décennie, des pratiques de tatouage et perçage, existant depuis l'antiquité, a donné lieu à des recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Des décisions ministérielles ont été annoncées (conférence de presse, septembre 2002) et les recommandations mises en œuvre. Des messages radiophoniques, des articles dans la presse spécialisée et un dépliant à usage des clients ont été réalisés et diffusés. L'élaboration d'une réglementation a débuté. L'exigence de sécurité est constatée dans l'intérêt du public.

Objectif

Assurer la sécurité des pratiques de tatouage et perçage avec effraction cutanée quant à la transmission d'agents infectieux et pallier les incidents induits par les encres de tatouage.

Actions

- Mise en œuvre de la réglementation relative aux produits utilisés qui s'adresse aux fabricants, qu'il s'agisse des encres de tatouage (L.513-10-1 et suivants du code de la santé publique et décret n°2008-210 du 3 mars 2008) ou des tiges de perçage corporel (article R.1311-10 du code de la santé publique). Le décret n°2008-210 a institué un système national de vigilance des produits de tatouage sous la responsabilité de l'AFSSAPS.
- Mise en œuvre de l'obligation pour les professionnels de se former aux règles générales d'hygiène et de salubrité (articles R.1311-1 et suivants du code de la santé publique issus du décret n°2008-149 du 19 février 2008) et de déclarer leur activité à la préfecture de département.
- Information des clients et une protection des mineurs. Les professionnels doivent informer leurs clients sur les risques auxquels ils s'exposent et afficher cette information de manière visible dans le local où la technique est mise en œuvre. Le contenu de cette information, prévu par arrêté, est téléchargeable sur le site internet du ministère. Les actes réalisés sur les mineurs nécessitent le consentement d'une personne titulaire de l'autorité parentale

Partenaires

DGS (pilote), AFSSAPS

Calendrier

2009-2010

Indicateurs

- Publication des arrêtés.
- Nombre de professionnels formés aux règles d'hygiène et de salubrité.
- Nombre d'actions mises en œuvre par les services déconcentrés.

➤ Comportements sexuels à risque

I.4 – Action 3

Sensibilisation au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations homosexuelles à risque

Contexte

Une épidémie d'hépatite C a été détectée par l'InVS depuis 2002. Elle concerne essentiellement des hommes ayant de rapports sexuels avec d'autres hommes et pratiquant une sexualité pouvant entraîner des lésions et des saignements. L'étude « HEPAIG » qui concerne des hommes infectés par le VIH ayant eu une hépatite aiguë C va permettre d'estimer l'incidence de l'hépatite C aiguë chez les homosexuels VIH+ et d'étudier les comportements à risque associés. Un volet qualitatif de cette étude, financé par l'ANRS, est mené parallèlement. Son objectif est de décrire le profil de ces hommes atteints d'hépatite aiguë C. Toutefois, ces pratiques ne sont pas réservées aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais peuvent concerner les personnes hétérosexuelles.

Objectif

Sensibiliser les personnes ayant des pratiques sexuelles à risque, à la transmission du VHC, les inciter à se protéger et, en cas d'exposition au risque, à se faire dépister.

Action

Mise à disposition pour les hommes ayant de rapports sexuels avec d'autres hommes, et notamment les personnes porteuses du VIH, d'informations spécifiques sur les modes de transmission des hépatites et sur les co-infections s'intégrant dans des actions de prévention du VIH et des IST en direction des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (magazines de prévention, sites internet, romans photos...).

Partenaires

INPES (pilote), Syndicat national des entreprises gaies (SNEG), CDAG, associations de lutte contre le VIH et contre les hépatites, associations communautaires, en fonction de l'orientation sexuelle.

Calendrier

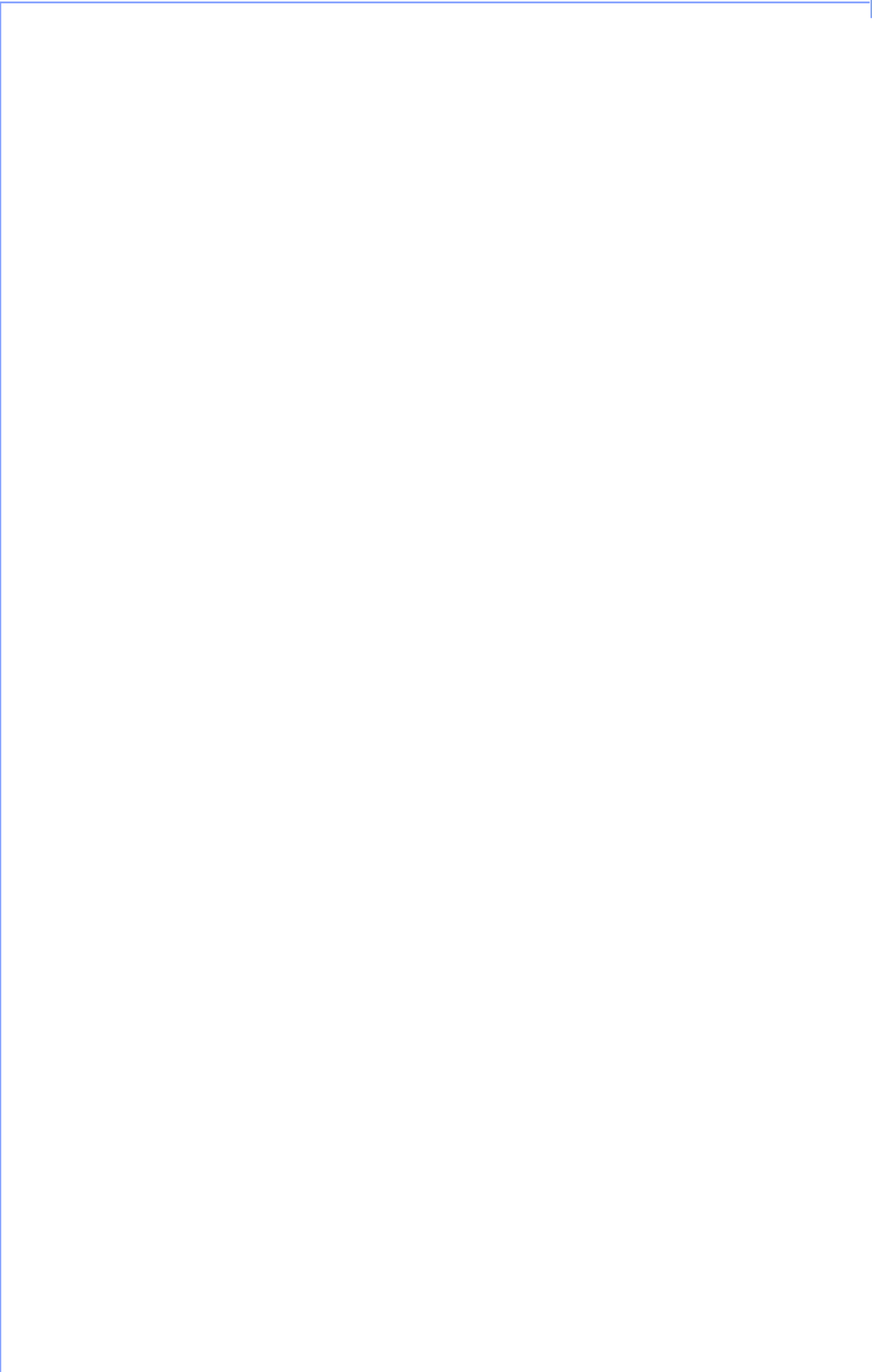
2008 – 2012

Coût

- 10 000 € (affiches et cartes de convivialité, SNEG en 2008).
- Budget INPES pour les autres outils.

Indicateurs

Nombre de personnes infectées par le VHC dans l'enquête presse gay (EPG).
Evaluation des supports d'information.



AXE STRATEGIQUE II

Renforcement du dépistage des Hépatites B et C

Selon une étude récente de modélisation de la morbi-mortalité de l'infection virale C en France²⁶, la meilleure stratégie pour réduire la mortalité liée à l'hépatite C serait le renforcement du dépistage. Par ailleurs, les résultats de la déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë symptomatique 2004-2006²⁷, montrent la nécessité de renforcer le dépistage de l'antigène HBs chez les personnes en contact ou vivant avec une personne porteuse du VHB, qu'il s'agisse d'un partenaire sexuel ou de l'entourage familial.

L'objectif de cet axe est d'augmenter la proportion de personnes infectées ayant connaissance de leur statut sérologique :

- pour l'infection à VHB (présence de l'antigène HBs) : **passer de 45 % (2004) à 65 %** ;
- pour l'infection à VHC (sérologie positive pour les anticorps anti-VHC/présence de l'ARN du VHC) : **passer de 57 % (2004) à 80 %**

II. OBJECTIF 1

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

Les actions concernent le grand public, les professionnels de santé et les personnes ayant été ou étant exposées au risque. Le dépistage doit être réalisé suite à la reconnaissance ou la suspicion d'une situation à risque récente ou ancienne. Toutefois, il n'est pas nécessaire de le renouveler si la situation à risque ne persiste pas ou ne se renouvelle pas.

II.1 – Action 1 Incitation au dépistage

Contexte

La proportion de personnes dépistées reste insuffisante et l'on constate une prise en charge médicale encore trop tardive alors que le dépistage des hépatites B et C est réalisé sur une simple prise de sang. Par ailleurs, on ne sait pas assez que les progrès thérapeutiques réalisés au cours de cette dernière décennie permettent de guérir environ 50 % des malades infectés par le VHC et d'obtenir une rémission chez 80 % au moins des malades infectés par le VHB.

Objectifs

- Informer le grand public sur des situations à risque, afin de permettre aux personnes exposées au risque de s'identifier comme « à risque » et d'inciter au dépistage ;
- Inciter les personnes dépistées à une prise en charge médicale aussi précoce que possible ;
- Modifier les représentations négatives des effets indésirables du traitement.

²⁶ S. Deuffic-Burban et al., Lyon, Journées Françaises de Pathologie Digestive, 2007

²⁷ BEH, 25/12/07

Action

- Concevoir et mettre en œuvre une stratégie de communication sur les modes de transmission, les facteurs de risque visant la population générale et les publics les plus exposés.
- La communication en direction du grand public s'accompagnera de dispositifs en direction des professionnels de santé et des populations à risques (cf. autres fiches). Elle pourra s'organiser autour d'évènements du type « semaine de la vaccination » et la journée « Hépatites ».

Partenaires

INPES (pilote), associations, sociétés scientifiques, sociologues, psychologues.

Coût

Budget INPES

Calendrier

2009-2012

Indicateurs

- Evolution des représentations et des connaissances sur les hépatites.
- Evolution de la proportion de personnes dépistées dans la population et de personnes vaccinées.
- Evolution du nombre des dépistages et des vaccinations.

II.1 – Action 2

Etude de faisabilité de recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie

Contexte

Les anesthésistes qui ont été amenés durant ces dernières années à questionner les patients et à prescrire des sérologies, notamment dans le cadre de la surveillance transfusionnelle, connaissent les facteurs de risque. En outre, le nombre de consultations d'anesthésie est très important. Il en résulte que la consultation d'anesthésie pourrait constituer un moment favorable pour rechercher les facteurs de risque et proposer le dépistage.

Objectif

Evaluer la faisabilité de la recherche des facteurs de risque d'hépatites B et C et le coût-efficacité du dépistage des hépatites B et C en consultation d'anesthésie.

Actions

- Proposer une étude de la faisabilité, de l'acceptabilité et du coût efficacité d'un dépistage ciblé voire « élargi », lors des consultations préopératoires d'anesthésie.
- Evaluation d'un auto-questionnaire sur les facteurs de risque.

Partenaires

ANRS, sociétés scientifiques : SFAR, AFEF...

Calendrier

2009-2012

Indicateur

Remise d'un rapport d'étude.

II.1 – Action 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

Contexte

Les CAARUD, structures de réduction des risques dites à « bas seuil d'exigence », accueillent une population souvent en situation de grande précarité, rarement intégrée dans une trajectoire de soins. Il s'agit d'usagers de drogues (UD) présentant des risques accrus d'infection virale et faisant rarement les démarches de dépistage et de vaccination. En outre, parmi les UD se déclarant séronégatifs pour le VHC, 27 % sont en fait porteurs d'anticorps anti-VHC (enquête « Coquelicot » InVS-ANRS, 2004).

Il est donc nécessaire de mettre en place des dispositions allant à la rencontre de ces usagers par l'intermédiaire des CAARUD.

Objectif

Permettre aux UD accueillis dans les CAARUD de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement un dépistage des hépatites B et C et une vaccination contre l'hépatite B.

Actions

- Signature de conventions entre CAARUD et CDAG pour organiser un accueil adapté à ces publics.
- Proposition systématique et régulière (tous les 6 mois), aux UD fréquentant les CAARUD, d'un dépistage et, éventuellement, d'une vaccination contre l'hépatite B.
- Mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat en prévoyant notamment, les orientations vers différents acteurs sanitaires et sociaux en vue d'une prise en charge médicale adaptée.

Pilotes et Partenaires

DGS (pilote), CDAG, CNAM, CAARUD

Coûts

Dépistage par les CDAG dans le cadre de conventions avec les CAARUD : CNAMTS.

Vaccination hépatite B : 0,6 M€ à répartir sur trois années soit 0,2 M€/an, sur trois ans, soit, 0,6 M € à charge de l'Assurance maladie (ONDAM médico-social) (le dépistage de l'hépatite B dans les CSAPA est chiffré dans l'action I.2 – 4).

Calendrier

2009-2012

Indicateurs

- Proportion d'UD ayant fait l'objet d'un dépistage des hépatites B et C.
- Pourcentage d'UD ayant fait l'objet d'un dépistage récent (< 6 mois).
- Proportion d'UD connaissant leur résultat de sérologie positive (source InVS).
- Proportion d'UD fréquentant les CAARUD ayant été vaccinés contre l'hépatite B (source OFDT).

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

Contexte

Les personnes venant de pays de moyenne et forte endémie doivent pouvoir bénéficier d'un dépistage des hépatites B et C. Les lieux d'accueil, de passage de ces personnes sont notamment les PASS (300), les consultations (200 000 par an) de l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrants (ANAEM) et les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) (2 000 places), les médecins traitants, les CDAG et les CIDDIST.

Objectif

Augmenter le nombre de personnes migrantes (pays d'endémie) dépistées en vue d'une prise en charge globale adaptée et d'une prévention de l'entourage.

Renforcer la prévention par des conseils personnalisés au moment du rendu d'un résultat positif, notamment sur les moyens de se protéger, la vaccination des partenaires et les traitements disponibles.

Etablir des liens entre PRSP et programmes régionaux en direction des populations immigrées (PRIPI), notamment pour informer et inciter au dépistage en vue d'une prise en charge adaptée.

Actions

- Intégration de la thématique « hépatites B et C » dans les PRIPI, en réaffirmant la confidentialité et garantissant le respect absolu du secret médical et du lieu de soins.
- Mettre à disposition des informations spécifiques s'intégrant dans des actions pluri thématiques réalisées en direction des migrants primo-arrivants (site web, magazine de prévention...) notamment par une diffusion dans les lieux d'accueil, de passage et de vie des personnes originaires des pays de moyenne et forte endémie.
- Formation de personnes relais au sein des communautés migrantes.
- Maintien des services d'interprétariat gratuits dans les CDAG.
- Développement des informations sur les hépatites dans les centres d'accueil et de soins spécialisés en direction des migrants précaires (Médecins du Monde, le Comède...).

Partenaires

INPES (pilote), DGS, PASS, centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), consultations de l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrants (ANAEM) de personnes en situation régulière, programmes PRIPI, foyers de travailleurs migrants, associations d'accueil de soins de première ligne (Médecins du Monde, Comède...), centres d'alphabétisation, centres médico-sociaux, réseaux commerciaux (discothèques, salons de coiffure), les médecins traitants, CDAG/CIDDIST, services hospitaliers, CPEF...).

Coût

Budget INPES et partenaires.

Calendrier

2009-2012

Indicateurs

- Volet « migrants » de l'enquête CDAG une semaine donnée.
- Evaluation des supports spécifiques.
- Evolution des perceptions et connaissances (KABP migrants).



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 les virus B et C et mise en œuvre

Contexte

L'évolution des tests de détection de l'ARN du VHC, la complexité des analyses de dépistage et de diagnostic de l'hépatite B et la nécessité d'orienter un malade présentant une infection vers une prise en charge médicale adaptée, le plus précocement possible, nécessitent une validation des algorithmes des analyses biologiques à pratiquer. La HAS a été saisie et a inscrit cette action à son programme 2009. Elle dispose des propositions faites par le groupe de travail sur l'amélioration du dépistage du comité stratégique et prendra en compte un travail réalisé par l'InVS (L. King).

Par ailleurs, actuellement, les sérologies de l'hépatite B ne sont pas prises en charge à 100%, contrairement à celles de l'hépatite C et du VIH.

Objectif

- Disposer d'algorithmes validés et actualisés par la HAS, avoir un message clair vis-à-vis des professionnels.
- Permettre une meilleure prise en charge financière des sérologies VHB.
- Réviser la prise en charge officielle des frais d'analyses et d'exams de laboratoire relatifs aux recherches de génomes viraux VHB et VHC (ainsi que VIH).

Actions

- Diffusion des recommandations de la HAS.
- Révision de l'article R 322-2 du code de sécurité sociale et. modification de la nomenclature.

Partenaires

HAS (pilote), InVS, CNAMTS.

Calendrier

2009-2010

Coût

Budget HAS en 2009, pour ce qui concerne l'avis de la HAS, CNAMTS ensuite.

Indicateur

- Nombres annuels respectifs de tests sérologiques VHC et VHB.
- Nombre de recherches qualitatives de l'ARN du VHC et nombre de détections de l'ADN du VHB (source CNAMTS).

II.2 - Action 2

Amélioration des modalités de rendu des résultats des analyses biologiques

Contexte

La consultation au cours de laquelle les résultats de dépistage/diagnostic sont rendus est un temps essentiel pour favoriser la prise en charge et le suivi d'une personne exposée au risque.

Objectif

- Améliorer l'annonce à la personne dépistée des résultats des analyses biologiques de dépistage et diagnostic d'infection à VHB et à VHC et leur compréhension.
- Inciter le patient séronégatif à se protéger et le patient séropositif à une prise en charge médicale et sociale adaptée.

Action

- Extension du dispositif de « consultation d'annonce » existant déjà dans les CDAG.
- Elaboration d'un document expliquant au patient la signification du résultat d'un dépistage positif pour le VHB (existe pour le VHC).
- Intégration de l'information au coffret dans l'outil « maternité » élaboré par l'INPES.

Partenaires

INPES, HAS, Collège national des généralistes enseignants, réseaux de soins, CDAG, CES, UCSA.

Calendrier

Après rendu des résultats de la HAS sur les algorithmes (cf. action II-2. 1).

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'Hépatite chronique B ou C

Contexte général

L'organisation de la prise en charge des personnes dépistées porteuses d'anticorps anti-VHC doit prendre en compte le fait qu'environ deux tiers d'entre elles sont infectées par le virus C et qu'environ la moitié des personnes infectées ont une indication à un traitement.

L'offre de soins pour les hépatites chroniques a été jusqu'ici essentiellement hospitalière. Pour l'hépatite C, la prise en charge s'est articulée autour de 31 pôles de référence répartis au niveau national, de services de maladies infectieuses et de médecine interne localisés dans les CHU. Elle s'est étendue aux services des hôpitaux généraux. En 2003, selon l'enquête « une semaine donnée » (DREES), 271 services hospitaliers accueillait des malades atteints d'hépatite C.

Selon une autre enquête de la DREES²⁸, les patients ayant eu recours aux soins à l'hôpital ont déclaré, pour 60 % d'entre eux, être habituellement suivis exclusivement en milieu hospitalier et, pour 40 % par un médecin de ville, 25 % exclusivement en ville. Pour des raisons historiques (création en 1995 de pôles de référence hépatite C), l'intervention des hépato-gastroentérologues du secteur libéral est restée relativement limitée. L'implication plus forte des médecins libéraux dans la prise en charge par la mise en place du parcours coordonné de soins pourrait être favorisée par les progrès dans la connaissance de l'infection et de son traitement; aujourd'hui bien codifié et susceptible de conduire à la guérison, dans environ la moitié des cas.

Le dispositif de surveillance de l'hépatite C (InVS)²⁹ montre qu'une proportion non négligeable de patients nouvellement pris en charge dans les pôles de référence, n'ont pas une hépatite C justifiant une prise en charge hospitalière : ainsi, en 2006, **13 % des patients avaient des transaminases normales à leur prise en charge dans le pôle de référence** et, parmi les 18 % de patients ayant eu une biopsie, 31 % présentaient une hépatite dite « minime ». En outre, entre 2001 et 2006, la proportion de formes sévères prises en charge est restée stable : 11 % de cirrhose décompensée ou non, 1 % de cancer du foie. Plus de 60 % des patients étaient pris en charge dans l'année du dépistage ou l'année suivante.

La mise en place du parcours coordonné des soins incite les patients à recourir préalablement à leur médecin traitant, qui peut juger de l'utilité du recours à un spécialiste libéral ou hospitalier et intégrer les soins dans une prise en charge globale. Cette évolution de la répartition de la prise en charge doit permettre de libérer du temps hospitalier spécialisé pour faire face à l'augmentation attendue des formes avec complications (cirrhose, cancer). Le parcours coordonné des soins doit favoriser l'intervention de tous les acteurs autour du patient, médecin généraliste, infirmier(e)s libéraux(ales), intervenants en toxicomanie, en éducation thérapeutique, dans le domaine de la santé mentale et en addictologie, spécialistes en hépato-gastroentérologie, maladies infectieuses, médecine interne, psychiatrie, hygiène hospitalière ainsi que des acteurs du champ social. Il importe de donner accès à une formation continue à l'ensemble des acteurs.

²⁸ *Etudes et Résultats*, N°368, 2005 et 470, 2006

²⁹ *Données de surveillance des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite C au sein des pôles de référence, 2001-2006, InVS; http://invs.sante.fr/surveillance/hepatite_c/default.htm*

III. OBJECTIF 1

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

Le constat montre que :

- l'accès au traitement doit être facilité et le recours à une prise en charge en ville élargi. En effet, depuis 2000, l'association de la ribavirine à l'interféron pégylé dans le traitement de l'hépatite C permettent d'obtenir une guérison (élimination du virus) chez environ la moitié des patients et dans plus de 80 % des cas pour certains génotypes viraux ;
- le traitement et les soins afférents sont pris en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur) dans le cadre des affections de longue durée (ALD), mais le flux des entrants en ALD aurait tendance à diminuer. En outre, les patients sont confrontés à des problèmes sociaux et psychologiques parfois "lourds" et il est possible que le nombre de patients en situation de précarité augmente ;
- les pratiques de l'utilisation des techniques « PCR en temps réel » dans le suivi des patients et de l'utilisation des méthodes non invasives pour l'évaluation initiale de l'atteinte du foie dans l'hépatite C en l'absence de comorbidité ne sont pas harmonisées. Ces dernières, en attente d'inscription à la nomenclature, sont plus facilement acceptées que la ponction biopsie du foie. Elles devraient permettre un accès plus large au traitement, y compris pour les personnes en détention pour lesquelles la réalisation d'une ponction biopsie nécessite une procédure « d'extraction » difficilement réalisable ;
- les facteurs aggravant l'évolution, notamment la consommation excessive d'alcool (« seuils de consommation OMS » abaissés du fait de l'hépatite) et la co-infection VHC/VHB-VIH, sont encore insuffisamment pris en compte ;
- l'accès au traitement est possible pour des patients dont les antécédents de dépression sont résolus ou stabilisés sous traitement antidépresseur (suite à une démarche de l'AFSSAPS). Il importe de faciliter l'accès à une consultation psychiatrique ou d'addictologie ;
- une meilleure prise en compte des effets indésirables est nécessaire ;
- une réflexion générale est en cours concernant la valorisation de l'éducation thérapeutique. Elle permettra de définir des modalités d'organisation et de financement de cette activité dans laquelle la prise en charge des hépatites C s'intégrera. La priorité est axée sur l'évaluation des nombreux programmes éducatifs mis en œuvre. Le problème réside plus dans la valorisation des actions d'éducation que dans la création de nouvelles consultations. (des moyens financiers ont été alloués dans le cadre du plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique) ;
- la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge est difficile à réaliser.


III.1 – Action 1

Actualisation du « Guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C »

Contexte

Des guides de prise en charge ont été édités par la Haute autorité de santé (HAS) pour les médecins et les patients (2006). Le rapport du groupe de travail du comité stratégique sur l'amélioration de la prise en charge de l'hépatite C a été transmis à la HAS. En outre, des recommandations sur la prise en charge des patients co-infectés ont été intégrées dans le rapport d'experts sur la prise en charge des patients infectés par le VIH. Par ailleurs, la HAS a rendu un avis sur les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose dans l'hépatite C (décembre 2006).

S'agissant de la consommation d'alcool, il est nécessaire de sensibiliser et de former les professionnels prenant en charge les personnes atteintes d'hépatite. Une information sur les outils disponibles de



l'INPES, les travaux de l'OFDT, le guide pour les formateurs de l'IPPSA est déjà disponible sur les sites des différents acteurs.

Il convient toutefois de renforcer les actions vers les professionnels en intégrant à la prochaine version du guide de nouveaux éléments de sensibilisation notamment au repérage précoce / à l'intervention brève en alcoologie.

Objectif

Actualiser le guide médecin sur l'hépatite C.

Action

La saisine de la HAS a abouti à l'inscription de l'actualisation du « guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C » à son programme 2008 et à la réalisation de cette action en 2009.

Partenaire

HAS

Coût

Budget HAS

Calendrier

2009

Indicateur

Mise en ligne du guide sur le site de la HAS et diffusion aux médecins.

III.1 – Action 2

Organisation des soins et rôle des différents acteurs dans la prise en charge des malades atteints l'hépatite C

Contexte

L'organisation de la prise en charge de l'hépatite C repose sur une circulaire datant du 21 mai 1999. Depuis lors, les connaissances et les traitements ont progressé et la réforme mettant en place le médecin traitant est intervenue. Il importe d'actualiser et de mieux articuler le rôle des différents acteurs dans la prise en charge globale de l'hépatite C.

La répartition de la prise en charge des patients entre secteur hospitalier et secteur libéral pourrait tenir compte de la sévérité de l'hépatite C, en privilégiant la prise en charge des formes sévères et compliquées en milieu hospitalier. Il a en effet été constaté un délai souvent trop long entre le dépistage des anticorps anti-VHC et la prise en charge effective des patients. Une plus forte implication des médecins de ville (généralistes et hépato-gastroentérologues) pourrait réduire ces délais de prise en charge et d'accès au traitement des malades et améliorer ainsi globalement la qualité des soins délivrés. Pour les patients co-infectés par le VIH, la mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) vise à formaliser et harmoniser leur prise en charge pluridisciplinaire et à améliorer le lien entre les acteurs du soin intra- et extra-hospitalier. Des axes de travail seront ainsi priorités et définis annuellement en fonction du contexte local.

Objectif

Repréciser les rôles des différents acteurs dans l'organisation des soins et dans la prise en charge médicale et sociale :

- améliorer les conditions d'une prise en charge globale et coordonnée ;
- faciliter l'accès à une consultation psychiatrique ou d'addictologie avant traitement et prendre en compte ses conséquences dans la prise charge médico-sociale.

Actions

- Actualisation de la circulaire du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins des patients atteints d'hépatite C ;
- Mobilisation des médecins généralistes à la prise en charge de l'hépatite C ;
- Incitation au travail en réseau.

Partenaires

DHOS (pilote), autres directions du ministère chargé de la santé.

Calendrier

2009

Coût

A moyens constants

Indicateurs

Parution de la circulaire

Dans le cadre de la co-infection par le VIH, analyse du rapport d'activité annuel des COREVIH ([circulaire N°DHOS/E2/DGS/2007/328 du 27 août 2007](#) relative au rapport d'activité type des COREVIH).

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

Contexte

Les troubles psychiatriques, dominés par les troubles de l'humeur (dépression, hypomanie, manie..) et les troubles anxieux (irritabilité, agressivité, troubles du caractère, insomnies..) ont été reconnus comme un frein à l'initiation du traitement antiviral, une cause de mauvaise tolérance de ce dernier et d'interruption thérapeutique ainsi qu'un obstacle au suivi thérapeutique. Ils surviennent préférentiellement dans les trois premiers mois du traitement mais peuvent survenir au-delà des trois premiers mois et après l'arrêt du traitement. Ils peuvent également être antérieurs au traitement et être aggravés par ce dernier. L'AFSSAPS a conduit une première démarche qui a permis de lever la contre-indication au traitement de l'hépatite C pour antécédents de dépression, lorsqu'ils sont résolus ou stabilisés.

Lorsque les troubles psychiatriques sont bien pris en charge, la réponse au traitement est identique à celle observée chez les malades n'ayant pas de troubles psychiatriques. En mai, 2008, l'AFSSAPS a diffusé un document de mise au point sur l'évaluation et la prise en charge des troubles psychiatriques liés au traitement des patients adultes atteints de l'hépatite C. Ces troubles psychiatriques constituent l'une des raisons pour lesquelles le traitement anti-hépatite C n'est pas débuté ou maintenu, compromettant ainsi les chances d'éradication du virus. Ces recommandations générales visant à améliorer la prise en charge du patient insistent notamment sur l'importance d'une collaboration étroite entre les différentes équipes médicales impliquées dans le suivi médical du patient avant, pendant et après le traitement anti-hépatite C.

Objectif

Impliquer les professionnels et développer les relations fonctionnelles entre les différents domaines (addiction, psychiatrie, hépatites, infection à VIH) dans l'évaluation psychiatrique et addictologique pré, per et post-thérapeutique.

Action

Application des recommandations contenues dans la mise au point diffusée par l'AFSSAPS et intitulée : « Evaluation et prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients adultes infectés par le virus de l'hépatite C et traités par (peg) interféron alpha et ribavirine »

Partenaires

AFSSAPS (pilote), psychiatres, hépatologues hospitaliers et libéraux, médecins généralistes.

Coût

Sans objet

Calendrier

La mise au point, parue en mai 2008, a été relayée par un communiqué de presse du 19 mai 2008.

Indicateur

Nombre de consultations de psychologues ou psychiatres chez les patients en ALD.

III.1 – Action 4

Amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés des addictions et services de prise en charge des hépatites

Contexte

L'article L.312-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit la mise en place des schémas relatifs aux Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Selon la circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008, des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, concernant les CSAPA et les CAARUD devront se mettre en place. Ces schémas devront prévoir l'articulation entre l'offre de soins des champs sanitaire et médico-social, mais aussi de la médecine de ville et des services de réduction des risques.

Objectif

Permettre aux usagers de drogues infectés par l'un autre ou l'autre des virus des hépatites de bénéficier d'une prise en charge coordonnée entre le dispositif d'addictologie et l'offre de soins en hépato-gastro-entérologie (y compris dans les services de médecine interne et de maladies infectieuses).

Action

Prévoir le cadre de la coopération et de la coordination avec l'offre de soins spécialisée en hépato-gastro-entérologie lors de l'élaboration des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, en application de la circulaire n°2008/79 du 28 février 2008.

Partenaires

DRASS, ARH.

Coût

A moyens constants.

Calendrier

2009-2012

Indicateur

Nombre de schémas régionaux mis en place et nombre de ceux prévoyant une disposition spécifique de coordination avec l'offre de soins spécialisée en hépato-gastro-entérologie.



III. OBJECTIF 2

Favoriser l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient doit être entendue comme une prise en charge globale du patient intégrant les dimensions clinique, biologique, psychologique et sociale.

Le rapport « Pour une politique nationale de l'éducation thérapeutique du patient »³⁰ donne une définition actualisée et opérationnelle de l'éducation thérapeutique du patient qui « s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable ».

L'éducation thérapeutique du patient est l'une des mesures prioritaires du plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

De nombreux programmes éducatifs ont été développés et la priorité est leur évaluation. Le problème actuel réside plus dans la valorisation des actions d'éducation que dans la création de nouvelles consultations. Une réflexion générale sur ce thème est en cours afin de définir des modalités d'organisation et de financement de cette activité dans laquelle la prise en charge des hépatites sera intégrée.

III.2 - Action 1

Promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique

Contexte

Les progrès thérapeutiques accomplis au cours des dernières années sont réels, les traitements doivent être pris pendant une longue durée et suscitent des effets secondaires souvent très difficiles à supporter et souvent mal perçus. Ils nécessitent accompagnement et éducation thérapeutique. L'observance du traitement a un impact important sur l'efficacité du traitement.

Inscrites dans le programme hépatites C et B 2002-2005, des actions d'éducation thérapeutique du patient ont été développées ces dernières années par des équipes hospitalières, parfois en lien avec des associations de patients. En outre, une circulaire est parue en 2007 sur le VIH pour les médecins. Pour les populations d'origine étrangère, des actions sont déjà réalisées par des infirmières dans les foyers de migrants, de façon satisfaisante et de même en secteur libéral.

L'éducation thérapeutique doit être entendue comme une prise en charge globale du patient intégrant les dimensions clinique, biologique, psychologique et sociale.

Objectif

Développer l'éducation thérapeutique des patients traités pour des hépatites.

Action

Rédaction de guides spécifiques des hépatites B et C, réalisés en lien avec les professionnels pour structurer un programme d'éducation thérapeutique du patient.

Calendrier

A inscrire au programme 2010 de la HAS.

30 C. Saout, B. Charbonnel, D. Bertrand, Pour une politique nationale de l'éducation thérapeutique du patient, mission ministérielle, août 2008.



Partenaires

HAS (pilote), comité de suivi du plan « Amélioration de la qualité de vie de personnes atteintes de maladies chroniques », INPES, professionnels de santé, y compris professionnels exerçant en milieu pénitentiaire, associations de patients, sociétés scientifiques, CNAMTS.

Coût

Budget HAS.

III. OBJECTIF 3

Soutenir les 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

Contexte

Un arrêté fixe la liste des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dans les structures labellisées. Ainsi les structures labellisées « pôles de référence » peuvent bénéficier d'un financement des surcoûts liés à la labellisation « pôle de référence » et non financés par les tarifs de prestation.

Objectif

Evaluer l'adéquation entre les missions et les moyens alloués aux pôles de référence et dimensionner le financement approprié à prévoir dans l'enveloppe « MIGAC ».

Action

Mise en place d'un groupe de travail piloté par la DHOS (sous direction des affaires financières).

Partenaires

DHOS (pilote), DGS, hépatologues de pôles de référence, médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de l'hépatite virale C, médecins spécialistes, hospitaliers et libéraux, impliqués dans la prise en charge des hépatites virales B et C.

Coût

ARH, URCAM.

Calendrier

Mise en place du groupe de travail au 1^{er} trimestre 2009.

Indicateur

Remise des conclusions du groupe de travail en juin 2009.

III.3 - Action 2

Développement de partenariats avec des associations d'usagers et patients

Contexte

Le partenariat avec les associations d'usagers et de patients est essentiel, d'une part, pour mieux connaître les besoins des patients et, d'autre part, pour permettre d'assurer aux patients un soutien adapté. Des lignes téléphoniques ont été créées et sont subventionnées pour répondre aux questionnements du public, notamment : Hépatites Info service et Sida info service, CISS sur les aspects juridiques, SOS hépatites...

Objectif

Accompagner le développement des actions des associations et leur évaluation par des indicateurs.

Action

Soutien financier aux associations développant des actions de soutien des patients et d'aide à l'accès à la protection sociale ainsi que d'actions entrant dans les objectifs du plan national de lutte contre les hépatites B et C.

Partenaires

DGS (pilote), associations présentant des projets entrant dans les objectifs du plan avec mise en place d'une évaluation par des indicateurs.

Coût

Financement dans le cadre du BOP 204, Santé Publique et Prévention.

Indicateurs

Nombre d'associations soutenues financièrement, budgets consacrés aux actions, proportion d'indicateurs atteints.

III.3 – Action 3

Développement de partenariats avec des professionnels, en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants

Contexte

L'adhésion des patients à une démarche de soins nécessite une bonne compréhension et les barrières linguistiques sont des freins pour assurer une prise en charge de qualité, garantir une bonne observance au traitement et assurer une prévention efficace. Ils représentent également une difficulté importante pour le respect des articles R.4127-36 et 37 du code de la santé publique sur l'information et le consentement du patient.

Objectifs

- Encourager le recours aux prestations d'interprétariat
- Réduire l'impact négatif lié aux barrières linguistiques

Action

Diffuser l'information aux services déconcentrés de façon à relayer les services d'interprétariat existant au plan national sous forme de prestations téléphoniques gratuites en développant localement des partenariats pour des prestations d'interprétariat avec des permanences physiques lorsque la présence importante d'un public étranger particulier le justifie.

Pilotage direct

DGS

Partenaires

ISM Interprétariat, Migration Santé.

Coût

Financement dans le cadre du BOP 204, Santé Publique et Prévention.

Calendrier

2009-2012

Indicateur

Nombre de conventions signées avec les organismes d'interprétariat.

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

Contexte

Les médecins généralistes seront de plus en plus sollicités, du fait de la relance de l'incitation au dépistage, de la mise en place du parcours coordonné de soins et d'une modification de la stratégie de prise en charge médicale avec orientation vers les médecins libéraux des patients atteints d'hépatite C ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière. Il en résulte des besoins de formation pour les médecins. Concernant les biologistes, les hépatites B et C sont déjà des thèmes prioritaires de la formation conventionnelle continue des directeurs de laboratoire. La CNAMTS prend en charge ces formations.

Objectif

Inscrire comme thème prioritaire de la formation médicale continue (FMC), les hépatites virales chroniques, leurs facteurs de risque de transmission, leur diagnostic, leur prise en charge et leurs traitements, les risques de réactivation ou de rechute.

Actions

- Inscription dans la circulaire (en mai) qui fixe annuellement les orientations nationales de la FMC : la circulaire de mai 2008 propose, pour les personnels hospitaliers, non praticiens hospitaliers, l'action de formation sur les hépatites comme thème prioritaire des orientations nationales de formation en 2009.
- Rédaction d'un guide de formation.

Partenaires

DHOS (pilote)

Calendrier

Action débutée en 2008 ; 2009-2012.

Coût

Enveloppe de crédits formation de la DHOS, à moyens constants.

Indicateur

Sélection d'un organisme prestataire par un appel d'offres en 2009.

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

Contexte

Les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie, qui sont très évolutives, ont été utilisées chez les malades atteints d'hépatite C avant d'avoir été validées par la HAS. Les premières recommandations de la HAS pour l'hépatite C ont été rendues publiques en décembre 2006. L'inscription à la nomenclature (UNCAM) des actes recommandés avait été demandée en 2007. Cependant, à la demande de la CNAMTS, la HAS a entrepris l'actualisation de ses recommandations, qui sont attendues pour le dernier trimestre 2008. Les travaux en Commission de hiérarchisation des actes et prestations pourront débuter, dès la remise des conclusions de la HAS.

Objectif

Diffuser les indications et faire respecter les règles d'utilisation de ces actes ; organisation d'ateliers en région pour discuter autour de cas concrets.

Action

Organisation d'une formation spécifique sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie et sur les schémas thérapeutiques dans le cadre de la FMC destinée aux médecins spécialistes (hépato-gastroentérologues et infectiologues en particulier) et aux médecins traitants qui leur adressent des patients. Cette formation nécessitera régulièrement des mises au point et adaptations en fonction de l'évolution des données scientifiques (nouvelles méthodes, extension des indications).

Partenaires

Sociétés scientifiques, FNPRH, ANGREHC, CNEG, URML, DGS/DHOS, CNAMTS.

Calendrier

Inscription en 2009 pour le programme de formation 2010.

Indicateurs

- Nombre de sessions de formations réalisées, nombre de participants par session.
- Evaluation immédiate et anonyme (satisfaction).
- Amélioration des connaissances et changement de pratiques (test avant et après formation à inclure dans le cahier des charges).

Sources

Enquête auprès des organismes de formation (FMC), audit de pratiques professionnelles ; enquêtes auprès des hépato-gastro-entérologues par le SYNMAAD.

III.4 – Action 3

Formation à l'addictologie des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des hépatites virales chroniques

Contexte

La consommation excessive d'alcool aggrave de façon importante l'évolution des hépatites chroniques. L'espérance de vie est réduite de façon considérable. C'est pourquoi une aide au sevrage de l'alcool ou à sa réduction est essentielle pendant la prise en charge thérapeutique des hépatites chroniques pour améliorer le succès du traitement.

Les professionnels de santé n'ont pas tous reçu une formation à l'addictologie. Or, les comportements addictifs, en particulier l'usage de drogues et la consommation d'alcool, constituent une particularité dont il convient de tenir compte lors de la prise en charge de tout patient atteint d'hépatite chronique. Le thème « conduites addictives » a été retenu dans les actions nationales de formation des médecins hospitaliers pour l'année 2008 par l'ANFH (circulaire formation, DHOS/SDO, fiche 26).

Objectif

Améliorer la prise en charge globale des usagers de drogues.

Actions

Pour les professionnels de santé hospitaliers

- Suite à l'appel à projets, la société Inforsanté a été retenue pour la formation nationale 2008 sur « les conduites addictives » pilotée par DHOS/SDO /ANFH.

Pour les professionnels de santé extra-hospitaliers

- Organiser des rencontres interprofessionnelles entre addictologues, hépato-gastroentérologues et médecins généralistes prenant en charge des patients ayant des conduites addictives.
- Sensibiliser les sociétés scientifiques et l'ordre des médecins à la nécessité de développer des travaux ou rencontres communs aux deux thèmes.
- Favoriser l'émergence d'articles ou dossiers traitant des usages de drogues dans la presse spécialisée destinée aux hépato-gastroentérologues.

Partenaires

ANFH, INPES, HAS, sociétés scientifiques, ordres professionnels.

Calendrier

2009-2012

Coût de la formation des médecins hospitaliers

Le coût des 15 sessions de 3 jours chacune de formation nationale 2008 DHOS - ANFH s'élève au total à 45 450 €.

Indicateurs

Nombre de personnes formées, nombre de rencontres réalisées, nombres d'articles publiés.

AXE STRATEGIQUE IV

Mesure complémentaires adaptées au milieu carcéral

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

Contexte

La prévalence des marqueurs d'hépatites B et C en milieu carcéral est élevée. La proposition de dépistage des hépatites B et C existe déjà lors de la visite « entrant ». Il semblerait qu'une proportion non négligeable, mais inconnue actuellement de personnes ne soient pas dépistées suite à cette visite, pour des raisons diverses. Il convient donc, après documentation du contexte en lien avec les UCSA, de renforcer ce dispositif, tout en insistant sur le **respect du consentement de la personne détenue** pour la réalisation des tests de dépistage.

Objectif

Augmenter le nombre de personnes dépistées, suite à la visite systématique proposant ce dépistage et définir les conditions d'un renouvellement éventuel de la proposition.

Action

Rédaction d'une circulaire sur la prise en charge du VIH et des hépatites en milieu carcéral recommandant notamment de définir les modalités d'information et de proposition de ce dépistage lors de la visite entrant, la nécessité d'obtenir un maximum d'adhésion, et le principe du renouvellement de celle-ci.

Calendrier

Premier semestre 2009.

Partenaires

DGS, DHOS, DAP, UCSA, CDAG.

Coût

Intégré aux budgets et missions des UCSA et CDAG.

IV – Action 2

Soutien des personnes détenues atteintes d'hépatite virale chronique B ou C

Contexte

Les personnes détenues atteintes d'hépatite virale B ou C doivent pouvoir bénéficier d'un soutien thérapeutique, mais une préparation à la sortie est également indispensable afin de garantir la continuité des soins.

Objectifs

- Améliorer l'observance des traitements.
- Améliorer l'accueil de patients adressés par une UCSA dans la filière médico-sociale.

Actions

- Convention avec Sidaction pour coordonner et aider à la mise en place d'interventions coordonnées et de qualité d'associations auprès des personnes atteintes d'hépatites ou de co-infections VIH-hépatites en milieu carcéral.
- Poursuite de la coordination des interventions associatives auprès des personnes détenues.

Partenaires

DGS (pilote), associations intervenant en milieu carcéral.

Coût

Budget Etat (DGS, géré au niveau central).

Indicateur

Prévu dans la convention avec Sidaction.

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

Contexte

Il n'existe pas de données épidémiologiques fiables sur la prévalence des hépatites virales et du VIH en milieu carcéral. Les seules données disponibles proviennent des enquêtes « un jour donné » réalisées auprès des UCSA de 1998 à 2003 sur le nombre de personnes incarcérées atteintes par le VIH et/ou l'hépatite C ainsi que des enquêtes sur le nombre de personnes détenues en traitement de substitution aux opiacés (1998, 1999, 2001 et 2004). L'inclusion de l'hépatite B dans cette nouvelle enquête ne s'est pas avérée faisable.

Objectif

Estimer la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes détenues ainsi que l'utilisation des traitements substitutifs chez les usagers de drogues. Mieux connaître l'état de santé des personnes détenues au regard de ces infections transmissibles afin de définir les politiques de santé.

Action

Enquête « Precavar », une semaine donnée, par deux questionnaires établissement et patient, auprès des médecins des UCSA, sur un échantillon représentatif de la population carcérale.

Partenaires

DGS (pilote), InVS (coordination scientifique), DHOS, Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) (collaboration sur la stratégie d'échantillonnage), UCSA.

Coût

10 000 € (pour la saisie des données) sur budget DGS.

Calendrier

Protocole réalisé en 2008 ; enquête en 2009, résultats attendus en 2010.

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

Contexte

Il existe une grande hétérogénéité de prise en charge médicale et thérapeutique des hépatites B et C selon les Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) des établissements pénitentiaires. La durée parfois brève de l'incarcération et les difficultés de réalisation d'une biopsie du foie (« extraction » nécessaire) sont souvent des freins à la mise sous traitement. En outre, la continuité des soins doit être garantie. Elle nécessite une organisation précise entre UCSA et les différents acteurs de la prise en charge médicale et sociale.

Objectifs

Améliorer les conditions de prise en charge des personnes détenues atteintes d'hépatite B ou C ou co-infectées par les virus des hépatites et le VIH pendant la détention et notamment l'accès au traitement ; Assurer la continuité des soins à la sortie.

Action

Elaboration d'une circulaire destinée aux personnels des UCSA pour préciser les conditions des examens de dépistage et de diagnostic, de l'annonce des résultats, de la réduction des risques ainsi que de la prise en charge thérapeutique, y compris l'organisation de consultations avancées d'hépatogastroentérologie et celle de la continuité des soins à la sortie.

Partenaires

DGS/DHOS/DAP ; UCSA.

Calendrier

2009-2010

Coût

Intégré aux budgets et missions des UCSA

Indicateur

Parution de la circulaire

IV – Action 5

Evaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral

Contexte

La présence en milieu carcéral de personnes cumulant des facteurs de risque des hépatites B et C, et les conditions de vie augmentent les risques de transmission virale. La mission Santé/Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral a recommandé, en matière de réduction des risques (rapport 2001) :

- le développement des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) ;
- la mise à disposition des préservatifs et d'eau de Javel ;
- des actions d'éducation pour la santé ;
- la mise en œuvre des traitements prophylactiques post-exposition.

❖ On ne dispose pas d'éléments d'information précis sur la mise en œuvre et la portée de ces recommandations.

Objectif

Evaluer la mise en place des recommandations du rapport 2001 dans les établissements pénitentiaires. Les données issues de l'enquête PREVACAR devraient contribuer à cette évaluation car un des volets de l'enquête porte sur l'offre de soins vis à vis du VIH et des hépatites virales (dépistage, vaccination, traitements, soutien aux malades) en milieu carcéral grâce à un questionnaire « établissement » complété par le responsable de l'UCSA.

Action

Dans un premier temps, évaluation par un travail interministériel, suivie d'une saisine de l'IGAS si nécessaire.

Partenaires

DGS/ DAP/ DHOS/MILDT ; IGAS si nécessaire.

Calendrier

2009-2010

Coût

A moyens constants.

Indicateur

Remise d'un rapport.



AXE STRATEGIQUE V

Surveillance et connaissance épidémiologiques

Evaluation – Recherche et prospective

Les principaux domaines concernés sont : les stratégies de prévention, de prise en charge médicale et leurs aspects médico-économiques, le dépistage et diagnostic biologiques et leurs stratégies et la politique vaccinale.

Plusieurs recherches, financées par l'ANRS, sont en cours actuellement :

- une recherche quantitative expérimentale, portant sur des personnes en grande précarité (foyers « SONACOTRA »), dont l'objectif est d'évaluer deux stratégies de dépistage et de prise en charge des hépatites B et C (étude ANRS-HEPAPRECA) ;
- trois études qualitatives, qui portent respectivement sur :
 - *les freins au traitement de l'hépatite C,*
 - *les représentations des hépatites virales chroniques,*
 - *les déterminants de la proposition de dépistage et de soins des hépatites B et C aux migrants.*

V. OBJECTIF 1

Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques

Le dispositif de surveillance de l'hépatite C mis en place par l'InVS depuis 2000 a permis de disposer de données épidémiologiques récentes et fiables pour élaborer une stratégie de prévention. Ces données concernent les caractéristiques des patients nouvellement pris en charge dans 26 pôles de référence des hépatites ainsi que les analyses biologiques recueillies au sein d'un réseau de laboratoires d'analyses répartis sur le territoire national. D'autres données sont recueillies sur les dépistages réalisés dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), le nombre de dépistages positifs sur les dons de sang détectés par l'Etablissement français du sang, les déclarations de cas groupés du dispositif des infections nosocomiales à l'hôpital.

Pour l'hépatite B, les données proviennent également de l'analyse des notifications reçues dans le dispositif de déclaration obligatoire de l'hépatite B aiguë symptomatique et de l'enquête nationale de prévalence.

En outre, la France est l'un des rares pays à disposer, parmi les nombreuses enquêtes réalisées, d'une enquête de prévalence nationale des marqueurs de hépatites B et C en population générale.

Toutefois, des données manquent principalement sur l'hépatite B sur deux populations, les usagers de drogues, les personnes détenues. Pour compléter le dispositif de surveillance, il s'est avéré nécessaire d'élargir, en 2008, le recueil de données épidémiologiques aux patients porteurs de l'antigène HBs via les deux systèmes de surveillance mis en place pour l'hépatite C et d'exploiter des données sur la pratique des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose du foie. Pour disposer des données manquantes sur les usagers de drogues, une enquête sera réalisée régulièrement. De même, une enquête en milieu carcéral est prévue et décrite dans l'axe IV (PREVACAR).

V.1 – Action 1

Surveillance régulière de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues et suivi d'indicateurs indirects de l'incidence

Contexte

Une enquête de prévalence des marqueurs du VHC et du VHB dénommée « Coquelicot », menée par l'InVS avec le soutien de l'ANRS, doit être répétée tous les 5 ans. La première édition a eu lieu fin 2004. La prochaine édition est prévue fin 2009 pour des résultats en 2010. Cela permettra une évaluation de l'évolution de la prévalence des hépatites B et C chez les UD.

La mesure de l'incidence des infections à VHC et/ou VHB chez les UDIV nécessiterait la réalisation d'enquêtes de cohorte prospective extrêmement lourdes et coûteuses et dont les résultats ne sont pas représentatifs et peu extrapolables. C'est pourquoi les données de l'enquête Coquelicot relatives aux UD de moins de 25 ans seront utilisées pour suivre l'incidence de l'hépatite C. En outre, l'analyse de la prévalence du VHC par cohorte de naissance au sein de cette même enquête permettra également de disposer de données indirectes sur la contamination des générations plus jeunes d'UD et ainsi de l'incidence.

Objectif

Suivre les tendances de l'évolution de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues afin de contribuer à l'évaluation de la politique de réduction des risques et à l'adaptation des stratégies de prévention.

Actions

- Surveillance de la prévalence : réalisation d'une enquête représentative et régulière, tous les cinq ans, chez les usagers de drogues. Dans l'enquête « Coquelicot » 2009-2010, le questionnement relatif à l'infection à VHB sera amélioré. De plus, l'enquête recueille des données socio-comportementales sur les pratiques à risque des UD vis-à-vis des hépatites et leurs connaissances relatives aux modes de transmission.
- Suivi de l'incidence : analyse des indicateurs indirects de l'incidence que sont la prévalence chez les UD de moins de 25 ans, l'évolution de la prévalence du VHC selon la cohorte de naissance dans les enquêtes de prévalence et la proportion de cas d'hépatites aiguës B de la DO associés à l'usage de drogues

Partenaires

InVS, ANRS.

Coût

Budgets InVS et ANRS.

Calendrier

2009-2012

Indicateurs

Résultats de l'enquête « Coquelicot » et de la DO hépatite B aiguë symptomatique.

V. OBJECTIF 2

Renforcer l'évaluation

Les actions prévues concernent successivement la prise en charge médicale et thérapeutique, les pratiques professionnelles, le dépistage et la vaccination contre l'hépatite B.

V.2 – Action 1

Etude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C

Contexte

Fin 2005, le ministre chargé de la santé avait retenu comme objectif prioritaire la mise en place du « parcours coordonné de soins » du malade atteint d'hépatite C. Il convient d'évaluer les retombées médico-économiques d'un renforcement de la prise en charge de l'hépatite C non compliquée en ville, comportant un transfert ville-hôpital. En outre, le coût de la prise en charge de l'hépatite C à l'hôpital, étudié en 2000 et 2001 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), nécessite d'être réactualisé en prenant en compte les études réalisées par la DREES et par l'InVS qui pourront servir de références.

Objectif

Fournir des éléments d'information médico-économique permettant :

- d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients infectés par le VHC ;
- de renforcer leur prise en charge en médecine de ville ;
- d'optimiser les dépenses de santé affectées à leur prise en charge.

Actions

- Evaluation du coût financier de la prise en charge globale telle qu'elle était avant la mise en place du parcours coordonné de soins, notamment dans le secteur hospitalier.
- Evaluation de la proportion de patients suivis dans chaque type de parcours observé, tant en ville qu'à l'hôpital (pôles de référence hépatites, autres services hospitaliers, réseaux ville-hôpital, CSST, réseaux toxicomanie/sida/hépatites/précarité, réseaux de proximité...).
- Estimation du coût financier de la prise en charge globale d'une hépatite C selon sa gravité et selon le parcours de soins/la structure de prise en charge.
- Estimation de l'impact de la mise en place du parcours coordonné de soins (actes, examens, prestations etc.) sur le coût de prise en charge, tenant compte de l'impact de la sévérité de l'hépatite C et de la répartition de l'activité entre les établissements de santé et la ville.

Partenaires

Ministère chargé de la santé : DGS/DREES, AGORAS-STATESIA.

Calendrier

Action débutée en 2007.

Le rapport final est attendu en juin 2009.

Coût

96 876 euro (budget études DREES)

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

Contexte

Les réseaux de microstructures médicales (RMS) ont été mis en place en 2000, à l'initiative de l'association alsacienne Espace Indépendance, afin de répondre aux difficultés rencontrées dans la prise en charge des usagers de drogues en médecine de ville, s'agissant notamment des hépatites C. La particularité de ces microstructures est l'intervention au cabinet du généraliste d'un psychologue et d'un travailleur social, en lien avec les structures de prise en charge des hépatites B et C (pôle de référence notamment). Afin d'identifier la stratégie de prise en charge qui apporte les meilleurs résultats, au moindre coût, l'OFDT a fait réaliser, dans une région, une évaluation médico-économique. Cette étude a montré l'intérêt des microstructures comparativement à la prise en charge par des médecins de ville (prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés). Il convient maintenant de comparer avec la prise en charge dans les CSAPA.

Objectif

Identifier la stratégie de prise en charge qui apporte les meilleurs résultats, au moindre coût, afin d'encourager l'extension à d'autres régions.

Action

Evaluation médico-économique « coût-utilité » de la prise en charge de l'hépatite C, en comparant les microstructures, les CSAPA et les services d'addictologie.

Partenaires

Equipes de recherche.

Calendrier

2010-2011

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

Contexte

La primo-prescription du traitement antiviral relève d'un médecin spécialiste des maladies du foie, conformément aux règles de prescription figurant dans l'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM). Ce médecin spécialiste peut exercer à l'hôpital ou en ville. Le renouvellement de la prescription peut ensuite être assuré par le médecin traitant en ville. Ce type d'évaluation devrait contribuer à mieux cerner le rôle des médecins spécialistes (hépatogastroentérologues) exerçant en ville dans la prise en charge de l'hépatite C.

Objectif

Connaître la répartition entre la ville et l'hôpital des primo-prescriptions des traitements antiviraux des hépatites B et C et le rôle de médecins spécialistes en ville.

Action

Analyse des données de la CNAMTS.

Partenaires

Assurance maladie, Ministère chargé de la santé.

Coût

Chiffrage à déterminer.

Calendrier

2009-2010

Indicateur

Remise d'un rapport.

V.2 – Action 4

Evaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C

Contexte

Les recommandations en matière de prise en charge des hépatites B et C reposent désormais sur des guides (première édition en 2006) mis à disposition des médecins par la Haute autorité de santé (HAS). En outre, l'évaluation des pratiques paraît nécessaire pour s'assurer de la réelle transversalité entre les différents partenaires. Des formations se développent dont il est nécessaire de mesurer l'impact sur les pratiques.

Objectif

Connaître les pratiques médicales et le contenu des formations médicales mises en place dans le champ de la prise en charge des hépatites virales B et C.

Action

Faire inscrire au programme de la HAS une évaluation quantitative et qualitative de la prise en compte des recommandations de la HAS par les médecins dans leur pratique et dans les programmes de formation médicale.

Partenaires

HAS (pilote), URML, sociétés scientifiques (AFEF, SNFGE, SPILF, SNFMI...), associations de professionnels (ANGH et CREGG, FNPRH, ANGREH, CNEG).

Coût

Budget HAS.

Calendrier

2010

Indicateurs

Sources : enquêtes d'impact spécifiques, saisine HAS.

- nombre de médecins déclarant avoir pris connaissance et lu les recommandations ;
- nombre de médecins déclarant adhérer aux recommandations et avoir changé leur pratique.


V.2 – Action 5

Intérêt en santé publique de la primo-prescription conditionnelle du traitement antiviral de l'hépatite C par des médecins généralistes

Contexte

La primo-prescription du traitement antiviral de l'hépatite C relève du médecin spécialiste (AMM). La réglementation actuelle ne permet pas d'autoriser les médecins généralistes (même ceux appartenant à un réseau ou à une structure de soins) à initier le traitement.

Le nombre de malades atteints d'hépatite C suivis par des médecins traitants généralistes est très hétérogène. En outre, **environ 39 % des malades atteints d'hépatite C nouvellement pris en charge par des pôles de référence en 2004** avaient une **hépatite minime**. Il est important d'augmenter le nombre de malades atteints d'hépatite C traités en ville, présentant des formes non sévères, non



compliquées d'hépatite C et lorsque les chances de guérison peuvent atteindre 80 % (infections par certains génotypes viraux). Il est nécessaire d'évaluer si le délai entre le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C ainsi que la qualité de vie du malade pourraient être éventuellement améliorés par une primo-prescription par le médecin traitant généraliste sous certaines conditions.

Objectif

Evaluer l'intérêt en santé publique, pour réduire la morbi-mortalité de l'hépatite C, d'étendre la primo-prescription, sous certaines conditions, à des médecins traitants généralistes suivant une file active importante de patients atteints d'hépatite C, en particulier dans le cadre d'un réseau. En fonction des résultats de l'évaluation comportant une analyse bénéfice/risque, une évolution de la réglementation pourrait être envisagée.

Action

Saisine HAS faite en 2008 pour inscription au programme 2009; modification de la réglementation, en fonction des résultats de l'évaluation.

Partenaires

Sociétés scientifiques, experts.

Calendrier

HAS 2009-2010.

Coût

Budget HAS.

Indicateur

Remise du rapport.

V.2 – Action 6

Enquête de pratiques sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose en ville dans l'hépatite C

Contexte

L'utilisation de méthodes non invasives de la fibrose en cas d'infection par le VHC a débuté largement avant les recommandations de la HAS et s'étend. Les recommandations de la HAS (décembre 2006) concernent deux méthodes et uniquement l'évaluation initiale pré-thérapeutique des malades atteints d'hépatite C chronique ne présentant pas de co-morbidités. Il est important de vérifier si les recommandations de la HAS sont appliquées.

Objectifs

- Evaluer l'adhésion des médecins aux recommandations de la HAS.
- Evaluer la place de l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose au regard de la biopsie hépatique dans les pratiques médicales.

Action

Inscription au programme de la HAS de 2010.

Partenaires

HAS

Coût

Budget HAS

Calendrier

2010-2011

V.2 – Action 7

Evaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'antigène HBs (obligation réglementaire) chez les femmes enceintes et de sérovaccination des nouveau-nés de mère infectée par VHB

Contexte

Le dépistage de l'hépatite B, bien qu'obligatoire au cours de la grossesse depuis 1992, n'est pas toujours réalisé. La prévention d'une hépatite chronique B chez le bébé né de mère porteuse de l'antigène HBs n'est pas toujours proposée. Or ce traitement du bébé permet d'éviter le passage de l'hépatite B à la chronicité qui peut atteindre jusqu'à 90 % des cas chez le nourrisson non traité et le risque de survenue d'une hépatite B fulminante.

Objectif

Evaluer la proportion de femmes enceintes dépistées et la couverture vaccinale des nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs dans le but d'apprécier si une modification de la réglementation doit être envisagée

Actions

Analyse et synthèse des résultats de trois enquêtes :

- enquête sur le dépistage des femmes enceintes sur un échantillon représentatif de femmes enceintes ;
- estimation de la couverture de détection de l'antigène HBs durant la grossesse et la réalisation d'un suivi clinique et sérologique des enfants nés de mère porteuse de l'antigène HBs et séro-vaccinés à la naissance : cohorte ELFE (cohorte de naissance de 20 000 enfants prévue pour 2009) ;
- étude des représentations sur l'hépatite B et sur la vaccination contre l'hépatite B : enquête sur un échantillon de femmes enceintes.

Partenaires

INSERM (unité 149, en charge de l'enquête périnatale nationale périodique) ; InVS (cohorte ELFE), Université de Grenoble (Laboratoire interuniversitaire de psychologie) et INPES.

Calendrier

2009-2010

Coût

Budget des équipes concernées.

Indicateurs


- Proportion de femmes enceintes connaissant l'obligation de dépistage et les risques de l'hépatite B pour le bébé.
- Proportion de femmes enceintes chez lesquelles l'antigène HBs a été recherché.
- Proportion de bébés nés de mère porteuse de l'antigène HBs séro-vaccinés à la naissance.

V.2 – Action 8

Evaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour usagers de drogues

Contexte

La politique de réduction des risques auprès des usagers de drogue a fait la preuve de son efficacité contre le VIH, la surmortalité par overdose et la délinquance parmi cette population. Mais cette politique rencontre aujourd'hui ses limites face aux contaminations par le VHC. En France, les usagers de drogues sont 60 fois plus contaminés par ce virus que le reste de la population et le même constat est fait dans d'autres pays tels le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni, l'Allemagne. Par ailleurs, les substances consommées, comme les modes d'usages se sont complexifiés (persistance de l'injection



d'héroïne mais aussi d'autres produits, et consommation par voie inhalée ou fumée). Enfin les populations apparaissent plus hétérogènes et de plus en plus jeunes. Il est donc nécessaire, face à ces nouveaux enjeux, de promouvoir une approche pragmatique et efficace adaptée à l'époque actuelle.

Cette action se situe dans le cadre de l'articulation avec le plan de prévention et de prise en charge des addictions. La commission « addictions » a constitué un groupe de travail chargé d'évaluer les dispositifs et pratiques de réduction des risques.

Objectif

Disposer de critères d'orientation pour améliorer les pratiques des intervenants, la pertinence des matériels et des modes d'intervention, et notamment de pouvoir proposer une évolution des matériels adaptés aux impératifs de prévention.

Actions

- Réalisation par l'INSERM d'une expertise collective afin de recueillir l'avis d'experts français et internationaux permettant d'apporter l'éclairage scientifique nécessaire à la programmation de santé publique adaptée.
- Consultation des experts et des usagers de drogues sur les matériels actuellement mis à leur disposition au moyen d'un volet spécifique inclus dans la prochaine enquête « Coquelicot » (InVS/ANRS) qui débutera fin 2009.
- Evaluation scientifique par l'AFSSAPS des dispositifs de filtration.

Partenaires

INSERM, InVS, en lien avec la commission « addictions », AFSSAPS

Coût

- 79 500 € (INSERM)
- 115 000 € (InVS)

Calendrier

- 2009-2010 pour l'expertise collective.
- 2009-2012 pour le volet inclus dans l'enquête « Coquelicot ».

Indicateurs

Remise des rapports.

V.2 – Action 9

Expérimentation des outils de réduction des risques pour usagers de drogues hors injection

Contexte

Même si le partage du matériel lié à la consommation de drogues par voie intraveineuse reste le mode de transmission majeur du VHC chez les UD, d'autres pratiques de consommation telles que le partage de pailles de snif ou de pipes à crack peuvent exposer les UD au risque de transmission des hépatites. C'est pourquoi des outils de prévention spécifiques doivent être également développés. Cette action est réalisée en articulation avec le plan de prévention et de prise en charge des addictions.

Objectif

Permettre une adaptation des outils mis à disposition des usagers de drogues répondant au mieux aux préoccupations de santé publique, notamment face aux contaminations par le VHC, prenant en compte tous les modes d'usage et offrant les meilleures garanties d'appropriation par cette population.

Action

Évaluation des outils de réduction des risques adaptés aux autres modes de consommation que l'injection (fumé ou par voie nasale). Une étude visant à évaluer un outil de réduction des risques

spécifiques chez les consommateurs de crack est menée par l'InVS en collaboration avec un collectif inter-associatif et avec le soutien de l'ANRS (2007-2009).

Partenaires

InVS/ANRS et un collectif associatif.

Calendrier

2009-2012

V.2 – Action 10

Evaluation du rôle et de l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officines dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales de réduction des risques

Contexte

Le pharmacien d'officine est un acteur de première ligne en relation directe avec les usagers de drogues et les patients traités par MSO. L'accessibilité du matériel d'injection repose en grande partie sur lui.

Les données quantitatives disponibles documentent assez bien l'offre des MSO et du matériel d'injection stérile mais il existe peu de données sur le rôle des pharmaciens, sur la couverture géographique de l'offre et sur les difficultés que peuvent rencontrer les patients et les usagers de drogues à se procurer matériel et MSO.

Objectifs

- Estimer la disponibilité géographique du matériel d'injection et des traitements de substitution chez les pharmaciens pour améliorer la couverture des besoins.
- Apprécier la nature et la portée de l'intervention des pharmaciens de ville dans la prévention des risques infectieux chez les UD injecteurs. En particulier, évaluer leur participation à la mise en œuvre du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et du Plan national de lutte contre les hépatites B et C.
- Connaître le niveau et la qualité de la gestion des déchets à risques infectieux (récupération des seringues usagées notamment) et proposer les interventions les plus pertinentes pour la sauvegarde d'un environnement sain.

Action

Conduire une étude en deux volets :

- un volet quantitatif pris en charge par l'AFSSAPS, comprendra une enquête réalisée, sous forme d'auto questionnaires envoyés à un échantillon représentatif de pharmaciens sur l'ensemble du territoire ainsi qu'un auto-questionnaire destinés aux usagers, distribué via les pharmaciens.
- un volet qualitatif, pris en charge par l'OFDT, réalisé sous forme d'entretiens avec des pharmaciens et des usagers.

Partenaires

AFSSAPS - OFDT (pilotes), réseau des CEIP, DGS.

Coût

- Enquête quantitative : 92 000 €.
- Enquête qualitative : à déterminer.

Calendrier

- 2009- 2010 (volet quantitatif).
- 2010- 2012 (volet qualitatif).



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

Contexte

Des alternatives au prélèvement veineux pour la réalisation des tests de dépistage sont nécessaires, notamment lorsque le « capital veineux » de la personne est détérioré et que les tests de dépistage doivent être répétés. C'est le cas chez environ 15 % des usagers de drogues injectables. Ces alternatives au prélèvement veineux, proposées chez les UD, nécessitent la mise en place d'une recherche en amont comparant prélèvement veineux, prélèvement de sang sur buvard, prélèvement salivaire en termes de sensibilité/spécificité. Ces alternatives pourraient s'avérer également utiles pour des structures accueillant des personnes en situation de précarité.

Objectif

Evaluer la qualité de tests de dépistage des hépatites réalisés à partir de prélèvement non veineux, en vue de pouvoir rendre un résultat aux personnes testées.

Action

Evaluation de la qualité des tests, en termes de sensibilité/spécificité, selon les différents types de prélèvement.

Partenaires

ANRS, AFSSAPS, CNR hépatites.

Calendrier

2009-2010

Indicateur

Remise d'un rapport d'évaluation de la sensibilité et de la spécificité des tests et du nombre de personnes concernées par ces tests.

V.3 – Action 2

Etude de la faisabilité de la primo-prescription conditionnelle de méthadone par des médecins généralistes

Contexte

La primo-prescription de méthadone est actuellement réservée aux médecins exerçant dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans un établissement de santé, dans les cas prévus par la circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002. Bien qu'ayant une indication de traitement par la méthadone, de nombreux usagers de drogues ne sont pas pris en charge dans les CSAPA, soit par choix, soit du fait de difficultés d'accès. Ils sont substitués par la buprénorphine avec parfois mésusage et injection, ou continuent à recourir à l'injection d'héroïne avec deux inconvénients, le risque de contamination par le VHC et une moindre compliance au traitement anti-viral, semble-t-il. Ces patients contribuent de ce fait à la circulation du VHC.

Dans ce contexte, l'ANRS a été chargée d'une étude de faisabilité de la primo-prescription de méthadone par certains médecins de ville, volontaires et formés, assortie d'une expérimentation permettant de définir les conditions d'un suivi efficace et apportant des garanties de sécurité au patient et à l'entourage.

Objectif

Caractériser la faisabilité, les conditions et les bénéfices de la primo-prescription de la méthadone en ville, par rapport à la primo-prescription en CSAPA.

Action

Réalisation de l'étude Méthaville (ANRS/INSERM). Le critère de jugement principal sera la proportion d'UD injecteurs après un an de traitement par la méthadone, permettant d'apprécier le suivi du traitement par méthadone prescrit dans ces conditions.

Partenaires

ANRS (pilote), INSERM, DGS, AFSSAPS.

Coût

1,32 M€ au total dont 0,56 M€ pour la DGS.

Calendrier

Début des inclusions prévu avant la fin 2008.

- La phase d'inclusion de l'ensemble des patients durera 12 mois. A l'issue de cette phase (fin 2009), les premiers résultats sur la sécurité de la primo-prescription en ville seront connus.
- Le suivi des patients s'étalera sur une période de 12 mois supplémentaires (fin 2010).

Résultats

2011

Indicateur

Rapport de l'étude.

V.3 – Action 3

Expertise sur les greffes de foie pour hépatites virales B (et B+D) et C


Contexte

En 2002, la cirrhose post-hépatite virale était la deuxième cause de greffe de foie en France, après la cirrhose alcoolique. Le nombre de patients nouvellement inscrits en attente de greffe de foie était en augmentation depuis 1996. Il avait été prévu, dans le cadre du plan greffe, d'augmenter progressivement le nombre de greffons disponibles et d'atteindre 16 à 20 donneurs prélevés/an/million d'habitants, soit à terme un potentiel de 1.250 greffons hépatiques annuels.

Les données récentes sur les greffes d'organes et sur les inscriptions des malades en liste d'attente sont disponibles sur le site Internet de l'Agence de la Biomédecine³¹. Le nombre de greffes de foie réalisées chaque année reste inférieur au nombre de patients inscrits en liste d'attente, ce dernier étant plus élevé en 2006 qu'en 2001 (1 302 vs 1 050). Cependant, le nombre de greffes de foie réalisé a augmenté nettement, passant de 803 en 2001, soit 13,2 par million d'habitant (pmh) à 1 037 en 2006 soit 16,7 pmh. L'augmentation concerne la cirrhose post-hépatite C.

Parallèlement, entre 2001 et 2006, le nombre de patients inscrits en liste d'attente a peu varié pour la cirrhose post-hépatite C. Il a diminué pour les hépatites B et B+D et est resté stable pour les hépatites fulminantes. L'évolution du nombre de patients porteurs d'hépatopathies B et C inscrits en liste d'attente de greffe hépatique est mal définie.

³¹ http://www.agence-biomedecine.fr/fr/rapport_2006/organes/5_greffe_hepat/5_1/tf4.htm
http://www.agence-biomedecine.fr/fr/rapport_2006/organes/5_greffe_hepat/5_1/tf11.htm



Le nombre de décès directement attribué aux hépatites B et C a été, en 2001, d'environ 4 100³². Même si l'ensemble de ces cas ne représentait pas une indication à la greffe de foie, il est important de savoir combien de patients pourraient bénéficier d'une transplantation.

Les besoins actuels en greffons pour les patients atteints d'une hépatopathie B ou C ne peuvent être déterminés du fait de l'absence de registre national de l'insuffisance hépatique terminale. Il en est de même pour déterminer les moyens permettant de renforcer l'accès à la greffe. Cependant, depuis un an, le bilan médical à l'inscription sur la liste d'attente prévoit de coder plusieurs maladies pour le même patient ce qui permet d'affiner les indications de greffes.

Objectif

Mesurer l'évolution de la proportion des infections virales B et C parmi les indications de greffe de foie.

Action

Analyse rétrospective des dossiers médicaux des patients inscrits en liste nationale d'attente pour une greffe du foie entre 2000 et 2006, avec identification de la notion d'hépatopathie virale associée.

Pilote

Agence de la Biomédecine

Coût

Budget Agence de la Biomédecine

Calendrier

2009-2012

V.3 – Action 4

Modélisation de la morbi-mortalité des hépatites B chroniques en fonction des scénarii thérapeutiques

Contexte

Les données chiffrées des tendances sur le devenir des patients atteints d'hépatite chronique B et C sont nécessaires aux décisions de santé publique. Une modélisation a déjà été développée pour l'hépatite C.

Objectif

Disposer des tendances chiffrées du nombre de patients atteints d'hépatite B chronique développant une cirrhose et/ou un cancer du foie et du nombre de décès.

Action

Modélisation de l'évolution (morbidité, mortalité) des malades atteints d'hépatite chronique B, selon plusieurs scénarii de prise en charge thérapeutique, en prenant en compte les évolutions épidémiologiques et sanitaires et en distinguant les différents stades de gravité de l'infection.

Partenaires

ANRS, INSERM, InVS, équipes cliniques, sociétés scientifiques, PHRC.

Calendrier

A déterminer.

³² Pequignot et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. BEH 2008, N°27.



V. OBJECTIF 4

Suivi et évaluation plan national

Un comité de suivi sera mis en place pour assurer le suivi et l'évaluation du plan national.

Une évaluation sera programmée en 2011 pour réalisation en 2012.

Elle sera confiée éventuellement à un évaluateur externe. Elle prendra en compte les indicateurs suivants :

- nombre de personnes en ALD N°6 pour hépatite B, hépatite C et pour une cirrhose post-hépatitique virale, avec les flux annuels (CNAMTS) ;
- évolution des caractéristiques des personnes atteintes d'hépatite B ou C nouvellement prises en charge dans les pôles de référence, des circonstances du dépistage et de la pratique des tests non invasifs de fibrose (dispositif InVS) ;
- évolution de l'activité de dépistage de l'hépatite C (dispositif InVS) ;
- proportion d'UD ayant fait l'objet d'un dépistage des hépatites B et C et connaissant leur résultat de sérologie positive, analyse des pratiques à risque : données de l'enquête « Coquelicot » 2004 et de sa réédition en 2009-2010 ;
- proportion de personnes ayant bénéficié d'un dépistage parmi les nouveaux détenus une année donnée ;
- incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique (déclaration obligatoire, InVS) ;
- nombre de décès attribuables aux complications des hépatites B et C (INSERM, InVS...), place des comorbidités dans ces décès ;
- consommation de médicaments antiviraux et de traitement de substitution aux opiacés ;
- évolution des connaissances, perceptions et attitudes de la population et des professionnels de santé vis-à-vis des hépatites (INPES) ;
- couverture vaccinale contre l'hépatite B des populations avec pratiques sexuelles à risque, nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs, enfants de 2 ans, professionnels soumis à obligation vaccinale : résultats des enquêtes prévues ;
- données de l'expertise sur les greffes de foie et nombre de patients en liste d'attente pour hépatite fulminante, défaillances hépatiques et cirrhoses et cancers post-hépatites B et C (Agence de la Biomédecine).

Coût de l'évaluation

150 000 € (budget Etat).

Calendrier du suivi et de l'évaluation

2009-2012





Annexes





ANNEXE 1

Liste des abréviations

| | |
|-----------|--|
| ▪ ADHEC | Association pour l'étude du dépistage de l'hépatite C |
| ▪ AES | Accidents d'exposition au sang |
| ▪ AFEF | Association française pour l'étude du foie |
| ▪ AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| ▪ ALAT | Alanine aminotransférase |
| ▪ ALD | Affection de longue durée |
| ▪ AME | Aide médicale de l'état |
| ▪ AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| ▪ ANAEM | Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrants |
| ▪ ANAES | Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé |
| ▪ ANGH | Association nationale des gastro-entérologues des hôpitaux généraux |
| ▪ ANGREHC | Association nationale des généralistes pour la réflexion et l'étude sur l'hépatite C |
| ▪ ANIT | Association nationale des intervenants en toxicomanie |
| ▪ ANRS | Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales |
| ▪ AP-HP | Assistance publique-hôpitaux de Paris |
| ▪ ARH | Agence régionale d'hospitalisation |
| ▪ ASE | Aide sociale de l'état |
| ▪ ASAT | Aspartate aminotransférase |
| ▪ ASUD | Auto-support des usagers de drogues |
| ▪ ATU | Autorisation temporaire d'utilisation |
| ▪ BEH | Bulletin épidémiologique hebdomadaire |
| ▪ BOP | Budget opérationnel de pProgramme |
| ▪ 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 |
| ▪ 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 |
| ▪ CS | Comité stratégique |
| ▪ CSAPA | Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| ▪ CSHPF | Conseil supérieur d'hygiène publique en France |
| ▪ CTINILS | Comité technique des infections nosocomiales et infections liées aux soins |
| ▪ CTV | Comité technique des vaccinations |
| ▪ DAP | Direction de l'administration pénitentiaire |
| ▪ DDASS | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| ▪ DFA | Département français d'amérique |
| ▪ DGS | Direction générale de la santé |
| ▪ DGT | Direction générale du travail |
| ▪ DHOS | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |

| | |
|-----------|--|
| ▪ DO | Déclaration obligatoire |
| ▪ DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| ▪ DREES | Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques |
| ▪ DSS | Direction de la sécurité sociale |
| ▪ ELFE | Etude longitudinale française depuis l'enfance |
| ▪ EMEA | European agency for the evaluation of medicinal products |
| ▪ 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 |
| ▪ GRSP | Groupements régionaux de santé publique |
| ▪ HAS | Haute autorité de santé |
| ▪ HCSP | Haut conseil de santé publique |
| ▪ IC | Intervalle de confiance |
| ▪ 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 |
| ▪ LFI | Loi de finances initiale |
| ▪ 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 |
| ▪ OD | Odds ratio |
| ▪ 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 |
| ▪ PMI | Protection maternelle et infantile |
| ▪ PRAPS | Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins |
| ▪ PRIPI | Programmes régionaux d'insertion des populations immigrées |
| ▪ PRSP | Programmes régionaux de santé publique |
| ▪ RNSP | Réseau national de santé publique |
| ▪ SAE | Statistique d'activité des établissements |
| ▪ SFA | Société française d'alcoologie |
| ▪ SFAR | Société française d'anesthésie-réanimation |
| ▪ SFED | Société française d'endoscopie digestive |
| ▪ SFHH | Société française d'hygiène hospitalière |
| ▪ SFM | Société française de microbiologie |
| ▪ SFT | Société francophone de transplantation |
| ▪ SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| ▪ SNEG | Syndicat national des entreprises gais |
| ▪ SNFGE | Société nationale française de gastroentérologie |
| ▪ SNFMI | Société nationale française de médecine interne |
| ▪ SPILF | Société de pathologie infectieuse de langue française |
| ▪ SPSFE | Service de promotion de la santé en faveur des élèves |
| ▪ SYNGOF | Syndicat national des gynécologues obstétriciens français |
| ▪ SYN MAD | Syndicat des maladies de l'appareil digestif |
| ▪ UCSA | Unité de consultation et de soins ambulatoires en prison |
| ▪ UNCAM | Union nationale des caisses d'assurance maladie |
| ▪ UD | Usagers de drogues |
| ▪ URCAM | Union régionale des caisses d'assurance maladie |
| ▪ URML | Unions régionales des médecins libéraux |
| ▪ VHB | Virus de l'hépatite B |
| ▪ VHC | Virus de l'hépatite C |
| ▪ VHD | Virus de l'hépatite D |
| ▪ VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

ANNEXE II

Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du plan

➤ Membres du comité stratégique du programme national Hépatites virales

Membres de droit

- Monsieur le docteur Didier Jayle, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
- Madame le docteur Monique Larche-Mochel, Direction générale du travail (DGT)
- Monsieur Frédéric Blettery, Direction de l'administration pénitentiaire
- Monsieur le professeur Jean-Claude Trinchet, Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF)
- Monsieur Jean Marimbert, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
- Monsieur le docteur Jean-Claude Desenclos, Institut de veille sanitaire (InVS)
- Monsieur le professeur Stanilas Pol, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
- Monsieur le professeur Fabien Zoulim, Institut national de santé et de la recherche médicale (INSERM)
- Monsieur Philippe Lamoureux, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- Madame le docteur Thanh Le Luong, Agence de biomédecine
- Madame le docteur Marie-Hélène El Ghouzzi, Etablissement français du sang (EFS)
- Monsieur le docteur Jean Carlet, Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS)
- Monsieur le docteur Michel Piolot, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Monsieur le docteur Jean-Pierre Tarot, Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
- Madame le docteur Emmanuelle Girou, Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS)
- Madame Laurence Allain, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
- Madame le docteur Nadine Job-Spira, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS)

Sociétés savantes

- Monsieur le professeur Bernard Filoche, Association française pour l'étude du foie (AFEF)
- Monsieur le professeur Patrice Couzigou, Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE)
- Monsieur le professeur Gilles Pialoux, Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)
- Monsieur le professeur Patrice Cacoub, Société nationale française de médecine interne (SNFMI)
- Madame le professeur Laurence Chiche, Société francophone de transplantation (SFT)
- Monsieur le professeur François Paille, Société française d'alcoologie (SFA)
- Monsieur le professeur Thierry Ponchon, Société française d'endoscopie digestive (SFED)
- Monsieur le professeur Jean-Michel Pawlotsky, Société française de microbiologie (SFM)
- Monsieur le professeur Philippe Hartemann, Société française d'hygiène hospitalière (SFHH)

Associations d'usagers engagées dans la lutte contre les hépatites virales

- Madame Anne Degodet, SOS hépatites Fédération nationale
- Madame Cynthia Benkhoucha, AIDES
- Monsieur Alain Marraud, TRANSHEPATE
- Monsieur Etienne Matter, ASUD
- Monsieur Alain-Michel Ceretti, Le Lien

Associations de professionnels

- Monsieur le docteur Jackie Ahr, Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
- Monsieur le professeur Claude Dreux, Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOPH)
- Monsieur le docteur Robert Regard, Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes (CNOCD)
- Madame Huguette Vigneron-Meleder, Bureau des directeurs d'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)
- Monsieur le docteur Jean-Paul Jacques, Unions régionales des médecins libéraux (URML)
- Monsieur le professeur Patrick Marcellin, Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRRH)
- Monsieur le docteur Alain Morel, Fédération française d'addictologie (FFA)
- Monsieur le docteur Jaques Denis, Association nationale des gastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGH)
- Monsieur le docteur Laurent Cattan, Association nationale des généralistes pour la réflexion et l'étude sur l'hépatite C (ANGREHC)
- Monsieur le docteur Thierry Fontanges, Club de réflexion des cabinets de groupes de gastroentérologie (CREGG)

Services déconcentrés

- Monsieur Michel Peltier, Conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS)
- Madame le docteur Anne Bouchariat, Conférence des médecins inspecteurs régionaux (MIR)



Présidents de conférence et de fédération

- Monsieur Jean-François Lanot, Conférence des directeurs généraux de CHU
- Monsieur Robert Chapel, Conférence des directeurs de centres hospitaliers
- Monsieur le docteur Gilles Schutz, Fédération hospitalière privée (FHP)

Professionnels de santé

- Madame le docteur Anne Dagueneil-Nguyen, Pharmacien hospitalier
- Madame Anne Grob, Biologiste pharmacienne
- Monsieur Didier Borniche, Infirmier

Personnes qualifiées

- Monsieur le professeur Daniel Dhumeaux, Hépatologie, Président du Comité stratégique
- Monsieur le professeur Pierre Czernichow, Santé publique
- Madame Sandrine Loubière, Economie de la santé
- Monsieur le docteur Jean-Philippe Lang, Psychiatrie
- Madame Anne Coppel, Réduction des risques
- Monsieur le docteur Aabdon Goudjo, Populations migrantes

➤ Membres du comité de pilotage

- Monsieur le professeur Daniel Dhumeaux, Président
- Monsieur le docteur Jean Carlet
- Monsieur le docteur Laurent Cattan
- Monsieur le professeur Pierre Czernichow
- Monsieur le docteur Jean-Claude Desenclos
- Monsieur le professeur Bernard Filoche
- Monsieur le docteur Thierry Fontanges
- Monsieur le docteur Didier Jayle
- Monsieur le professeur Stanislas Pol
- Invités permanents :
 - *Monsieur Philippe Lamoureux (INPES) ou ses représentantes (Madame Emmanuelle Le Lay, Madame le docteur Christine Jestin)*
 - *Monsieur le professeur Jean-François Delfraissy (ANRS) ou ses représentantes (Madame Laurence Allain, Madame le docteur Nadine Job-Spira)*

➤ Membres des groupes de travail du comité stratégique

Groupe « Prévention primaire des Hépatites virale hors usage de drogues »

- Monsieur le docteur Jean Carlet, anesthésiste-réanimateur, responsable du groupe
- Monsieur le professeur Stanislas Pol, hépatologue, représentant l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS), co-responsable du groupe
- Monsieur le professeur François Denis, membre du Comité technique des vaccinations (CTV)
- Madame le docteur Laurence Allain, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)
- Monsieur le professeur Joseph Hajjar, représentant la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH)
- Monsieur le professeur Claude Dreux, représentant le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOFH)
- Monsieur le docteur Robert Regard, représentant du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes (CNOCD)
- Monsieur le docteur Jackie Ahr, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
- Madame Anne Grob, pharmacienne biologiste
- Madame le docteur Françoise Roudot-Thoraval, épidémiologiste
- Madame le docteur Odile Siruguet, représentant le directeur des relations du travail
- Madame le docteur Marie-Laure Férial, représentant la Conférence des médecins inspecteurs régionaux
- Madame Jocelyne Vidal, présidente de l'association SOS Hépatites Languedoc-Roussillon
- Monsieur Maxime Journiac, représentant Sida Info Service-Hépatites Info Service et le collectif hépatites virales (CHV)
- Monsieur Jacky Dubouclez, représentant Act Up-Paris
- Madame le docteur Emmanuelle Girou, Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS)
-

Groupe « Renforcement de la prévention, de la prise en charge pluridisciplinaire et de l'accès au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues »

- Monsieur le professeur Bernard Filoche, représentant l'Association française pour l'étude du foie (AFEF), responsable du groupe
- Monsieur le docteur Didier Jayle, président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), co-responsable du groupe
- Madame Marie-France Chedru, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
- Monsieur Frédéric Blettery, représentant le directeur de l'administration pénitentiaire (DAP)
- Monsieur le docteur Julien Emmanuelli, représentant l'Institut de veille sanitaire (InVS)
- Madame Anne Guichard, représentant l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- Monsieur le docteur Jean-Philippe Lang, personne qualifiée
- Madame Sandrine Loubière, personne qualifiée
- Monsieur le docteur Alain Morel, président de la Fédération française d'addictologie (FFA)
- Madame le docteur Catherine Pequart, directeur médical de l'Association Charonne
- Monsieur le professeur Patrick Marcellin, représentant la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FNPRRH)
- Monsieur le docteur Laurent Michel, psychiatre en milieu pénitentiaire
- Madame le docteur Hélène Prodron, représentant la Conférence des médecins inspecteurs régionaux
- Madame Cynthia Benkhoucha, représentant l'association AIDES et le collectif hépatites virales (CHV)
- Monsieur Etienne Matter, représentant l'association ASUD
- Monsieur Thierry Faucher, président de l'association SAFE
- Monsieur le Docteur Pascal Melin, représentant l'association SOS Hépatites Fédération

Groupe « Optimisation de la prise en charge en ville et à l'hôpital des malades atteints d'hépatite C (hors toxicomanie) notamment en matière d'accès au traitement, de prise en charge psychiatrique et de gestion des effets indésirables du traitement »

- Monsieur le docteur Laurent Cattan, président de l'Association nationale des médecins généralistes pour la réflexion et l'étude sur l'hépatite C (ANGREHC), responsable du groupe
- Monsieur le docteur Thierry Fontanges, représentant le Club de réflexion des cabinets de groupes d'hépatogastroentérologie (CREGG), co-responsable du groupe
- Monsieur le professeur Jean-Claude Trinchet, représentant le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF)
- Madame le docteur Elisabeth Delarocque-Astagneau, représentant l'Institut de veille sanitaire (InVS)
- Monsieur Patrice Dosquet, personne qualifiée
- Madame Nathalie Morgensztejn, représentant l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
- Monsieur Michel Pilot, représentant la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Monsieur Jean-Pierre Tarot, représentant la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
- Monsieur le professeur Gilles Pialoux, représentant la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)
- Monsieur le professeur Patrice Cacoub, représentant la Société française de médecine interne (SFMI)
- Monsieur le docteur Jacques Denis, représentant l'Association nationale des gastro-entérologues des hôpitaux généraux (ANGEH)
- Monsieur le docteur Guy Ménahem, médecin généraliste au Trait d'Union
- Monsieur le professeur Pierre Czernichow, personne qualifiée
- Monsieur le docteur Jean-Philippe Lang, personne qualifiée
- Madame Sandrine Loubière, personne qualifiée
- Monsieur le docteur Abdon Goudjo, personne qualifiée
- Monsieur Robert Chapel, représentant la Conférence des directeurs de centres hospitaliers
- Monsieur Gilles Schutz, représentant la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Madame le docteur Geneviève Feyfant-Raymond, médecin inspecteur de santé publique
- Monsieur Michel Bonjour, représentant l'association SOS hépatites Fédération
- Monsieur Miguel de Melo, représentant l'association ARCAT

Groupe « Définition des indicateurs de suivi et d'évaluation des actions du programme national hépatites virales »

- Monsieur le professeur Pierre Czernichow, personne qualifiée, responsable du groupe
- Monsieur le docteur Jean-Claude Desenclos, représentant l'Institut de veille sanitaire, co-responsable du groupe (InVS)
- Madame Marta Balinska, représentant l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- Monsieur le professeur Patrice Couzigou, représentant la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE)
- Monsieur le docteur Jean-Paul Jacques, représentant les Unions régionales des médecins libéraux (URML)
- Monsieur le docteur Pierre-Yves Bello, Office français des drogues et toxicomanies (OFDT)

- Madame le docteur Anne Dagueneil-Nguyen, pharmacienne hospitalière
- Madame Huguette Vigneron-Meleder, représentant le Bureau des directeurs d'Agences régionales d'hospitalisation (ARH)
- Madame le docteur Anne Boucharlat, représentant la Conférence des médecins inspecteurs régionaux de santé publique
- Madame Anne Degodet, représentant l'association SOS Hépatites Fédération
- Madame Frédérique Pothier, représentant l'association Le Lien
- Monsieur Jean-Marie Le Gall, représentant l'association AIDES

➤ Membres de l'administration ayant contribué aux réflexions du comité stratégique et des groupes de travail

Direction générale de la santé

- Madame le docteur Martine Le Quellec-Nathan, sous-directrice, SD5 pathologies et santé
- Monsieur le docteur Jean Dufriche, adjoint de la sous-directrice, SD5 pathologies et santé
- Monsieur Fabrice Perrin, chef du bureau SD5A (développement de programmes de santé)
- Madame le docteur Anne-Marie Jullien-Depradeux, chef de projet du programme hépatites, SD5A
- Madame le docteur Dominique Bessette, chef du bureau SD5C (politique vaccinale et maladies infectieuses)
- Madame Valérie Drouvot, SD5C
- Monsieur le docteur Bernard Faliu, SD5C
- Monsieur le docteur Philippe Garnier, SD5C
- Madame le docteur Sylvia Guyot, SD5C
- Madame Béatrice Tran, SD5C
- Monsieur Pascal Melihan-Cheinin, chef du bureau SD6B (pratiques addictives)
- Madame le docteur Catherine Bernard, SD6B (prise en charge des usagers de drogues)
- Monsieur le docteur Gérard Chevallier, SD6B (réduction des risques)
- Madame Martine Clément, SD6D (santé des détenus)
- Madame le docteur Khadoudja Chemlal, SD6A (bureau de lutte contre le VIH)
- Madame Marie-Laure Guillo-Bellengier, SD3A (bureau du médicament)
- Madame Marianne Deschênes, SD2B (qualité du système de santé, bureau qualité des pratiques)
- Monsieur le docteur Alain Fontaine, chargé de mission, SD1, (politique de santé et stratégies)

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

- Madame Elvire Aronica, SD qualité et fonctionnement des établissements de santé, chef du bureau E2, qualité et sécurité des soins en établissements de santé
- Madame Isabelle Tortay (E2)
- Madame le docteur Valérie Salomon (E2, SD qualité et fonctionnement des établissements de santé, cellule infection nosocomiale)
- Monsieur le docteur Louis Lebrun (SD organisation du système de soins)
- Monsieur Yves Feuillerat (SDO2, organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques)

Direction de la sécurité sociale

- Madame le docteur Isabelle Faibis, SD1B (relation avec les professionnels de santé)
- Madame Cynthia Métral, SD2A (couverture médicale universelle et prestations de santé)
- Madame Aude Simoni-Thomas, SD1C (financement du système de soins)

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

- Madame le docteur Brigitte Haury, chargée de mission à la SD observation de la santé et de l'assurance maladie
- Madame Nathalie Guignon, chargée d'études, bureau de l'état de santé de la population

Direction générale de l'action sociale

- Monsieur le docteur Pierre Larcher, chargé de mission santé précarité, bureau 1B (prévention, insertion, accès aux droits)

Direction des populations et des migrations

- Monsieur le docteur Vincent-Pierre Comiti, conseiller technique auprès du directeur, chargé des questions de santé des migrants





Ministère de la santé et des sports
Direction générale de la Santé
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00 – www.sante-sports.gouv.fr