

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

Collection
Évaluation

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

D'après l'enquête nationale de prévalence menée en 2004, on estime qu'en France environ 280 000 personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B et 220 000 personnes par celui de l'hépatite C. A peu près la moitié de ces personnes ignorent leur statut, du fait de la faible symptomatologie en phase aiguë, et d'une connaissance imparfaite des modes de transmission. 10% des hépatites B et 65 à 85% des hépatites C évoluent vers une forme chronique aboutissant à terme au cancer du foie. La vaccination contre le virus de l'hépatite B, la prévention des pratiques à risque de transmission sanguine du virus C lors de l'usage de drogues et lors des soins, les traitements antiviraux de plus en plus efficaces, offrent la possibilité de contrôler, voire de réduire la fréquence de ces maladies.

La France mène depuis plus de 10 ans une politique active de lutte contre les hépatites virales B et C. Le troisième plan national de lutte contre les hépatites B et C, couvrant la période 2009 à 2012, pointait plus particulièrement la nécessité d'améliorer la prévention et le dépistage des populations plus précaires et plus exposées aux hépatites B et C (personnes originaires de pays à forte endémie, usagers de drogues, personnes incarcérées), d'améliorer la pratique du dépistage et de réorienter les modalités de prise en charge des patients vers le secteur libéral.

L'évaluation a été confiée au Haut Conseil de la santé publique par saisine du Directeur général de la santé en janvier 2012.

Le HCSP, dans ce rapport, restitue les conditions de réalisation et de déploiement de ce plan et analyse les effets quantitatifs et qualitatifs qu'il convient plus certainement de rapporter à l'ensemble des politiques menées depuis 10 ans qu'à ce dernier plan. Il propose un ensemble de recommandations pour l'avenir.

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

Avril 2013

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	4
Membres du groupe de travail.....	6
SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS	7
1 INTRODUCTION	19
1.1 Contexte d'élaboration du Plan.....	19
1.2 Objectifs du Plan national de lutte contre les hépatites B et C.....	20
1.3 Pilotage et suivi des actions du Plan	20
2 OBJECTIFS ET METHODES DE L'EVALUATION	22
2.1 Cadre général et maîtrise d'ouvrage.....	22
2.2 Objectifs et questions évaluatives.....	22
2.3 Principes méthodologiques et organisation de l'évaluation.....	24
2.3.1 Phase 1 : mise en place du comité d'évaluation par le HCSP et organisation de l'évaluation.....	24
2.3.2 Phase 2 : recueil et analyse des données	25
2.3.3 Phase 3 : restitution et communication autour des travaux d'évaluation	26
3 EVALUATION GENERALE.....	27
3.1 Considérations préliminaires.....	27
3.2 Conception et élaboration du Plan.....	28
3.2.1 Pertinence épidémiologique	28
3.2.2 Pertinence d'un plan thématique	29
3.2.3 Prise en compte de l'hépatite B	29
3.2.4 Le rôle des agences sanitaires	30
3.2.5 Un manque d'objectifs quantifiés inscrits dans le Plan	30
3.2.6 Cohérence interne / choix des objectifs et des actions.....	30
3.2.7 L'organisation régionale.....	30
3.2.8 Les obstacles à la mise en route du Plan.....	31
3.3 Mise en œuvre du plan	31
3.3.1 Gouvernance nationale	31
3.3.2 Mise en œuvre et déploiement en région	32
3.3.3 Point sur les DOM et en particulier les DFA	36
3.3.4 Articulation avec les autres politiques nationales et régionales (plans et programmes).....	36
3.4 Financement.....	38
3.5 Mesure des effets.....	39
3.5.1 Analyse des indicateurs prévus dans le plan et dans la Loi de Santé publique.....	39
3.5.2 Impact du Plan sur la lutte contre les hépatites.....	54
4 EVALUATION PAR AXE	57
4.1 Axe I - Réduction de la transmission des virus B et C.....	57
4.1.1 Objectif 1 : Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter.....	58
4.1.2 Objectif 2 : Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B.....	61
4.1.3 Objectif 3 : Renforcer la réduction des risques de transmission chez les UD.....	64
4.1.4 Objectif 4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risques	68
4.1.5 Les effets du Plan sur la mobilisation des acteurs de la prévention et de la réduction des risques	69
4.2 Axe II - Renforcement du dépistage des hépatites B et C	72
4.2.1 Objectif 1 : Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque	72
4.2.2 Objectif 2: Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats	73
4.2.3 Pertinence de l'organisation mise en place dans les territoires, notamment en région.....	75

4.3	Axe 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	80
4.3.1	<i>Organisation de la prise en charge</i>	80
4.3.2	<i>Education thérapeutique</i>	85
4.3.3	<i>Formation</i>	87
4.3.4	<i>La question de la qualité de vie</i>	87
4.4	Axe IV - Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral.....	89
4.4.1	<i>Les avancées</i>	90
4.4.2	<i>Les obstacles et les limites</i>	93
4.4.3	<i>La mobilisation des acteurs</i>	95
4.4.4	<i>Formation des personnels pénitentiaires</i>	97
4.5	Axe V - Surveillance et connaissance épidémiologique – Evaluation – Recherche et prospective .	102
4.5.1	<i>Evaluation</i>	104
4.5.2	<i>Recherche et prospective</i>	106
4.5.3	<i>Suivi et évaluation du Plan national</i>	107
5	REFERENCES	109
	ANNEXES	114

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs sur les connaissances, attitudes et pratiques en population générale	41
Tableau 2 : Proportion d'usagers de drogues sous traitement de substitution	43
Tableau 3 : Données de couverture vaccinale	44
Tableau 4 : Indicateurs sur les pratiques dans les UCSA.....	45
Tableau 5 : Indicateurs sur les pratiques de dépistage de l'hépatite B	46
Tableau 6 : Indicateurs sur les pratiques de dépistage de l'hépatite C	48
Tableau 7: Indicateurs sur les connaissances, attitudes et pratiques chez les usagers de drogues	49
Tableau 8 : Données de prise en charge	52
Tableau 9 : Données de séroprévalence VHC chez les usagers de drogues.....	64
Tableau 10 : Proportion d'établissements observants aux recommandations françaises et internationales (OMS)	96

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AgHBs	Antigène HBs
Anti-HBc	Anticorps anti-HBc
Anti-HBs	Anticorps anti-HBs
Anti-VHC	Anticorps anti-VHC
ARS	Agence régionale de santé
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire de l'assurance maladie
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
ETP	Education thérapeutique du patient
HAS	Haute autorité de santé
Loi HPST	Loi Hôpital, patients, santé, territoires
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infection sexuellement transmise
KABP	<i>Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS	Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé

SNIRAM	Système National d'informations Inter Régions d'Assurance Maladie
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRP	Schéma régional de prévention
TROD	Test rapide à orientation diagnostique
TSO	Traitements de substitution aux opiacés
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UD	Usagers de drogues
UDIV	Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Convention d'écriture

Dans ce rapport, lorsqu'il est écrit « le Plan », il s'agit du Plan de lutte contre les Hépatites B et C 2009-2012, objet de cette évaluation.

Membres du groupe de travail

Comité d'évaluation :

Valérie BUTHION	Université Lyon II
Fabrice CARRAT	INSERM UMR-S 707, Paris
Patrizia Maria CARRIERI	INSERM U912, Marseille
Daniel KAMELGARN*	Agence française de développement, Société française d'évaluation
Elisabeth MONNET	Université de Franche-Comté, CHU Besançon
Philippe MORLAT*	Université Bordeaux Segalen, CHU Bordeaux
Philippe SOGNI	GH-Cochin Port Royal
Patrick ZYLBERMAN	EHESP - Département SHSCS
Françoise DUBOIS-ARBER	Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne
Béatrice TRAN	Haut Conseil de la Santé Publique Secrétariat général

* Pilotes du comité d'évaluation

Sociétés prestataires :

Cemka-Eval	Agnès CHARLEMAGNE
Planète Publique	Elise PROULT, Caroline MASSOT et Léon-Paul SCHWAB

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Dans la continuité de la politique de lutte contre les hépatites virales B et C menée en France depuis la fin des années 90, le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 comportait 5 axes stratégiques, déclinés en 14 objectifs et 55 actions :

- Axe stratégique I : Réduction de la transmission des virus B et C
- Axe stratégique II : Renforcement du dépistage des hépatites B et C
- Axe stratégique III : Renforcement de l'accès aux soins – Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites chroniques B ou C
- Axe stratégique IV : Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral
- Axe stratégique V : Surveillance et connaissance épidémiologique – Evaluation – Recherche et prospective

Ce Plan a été piloté par la Direction générale de la Santé, soutenue par un Comité national de suivi et de prospective, un groupe restreint d'animation, ainsi que trois groupes de travail.

L'évaluation, qui était prévue dans le Plan, a été confiée au Haut Conseil de la santé publique¹. Elle repose sur une expertise collégiale multidisciplinaire au sein d'un comité d'évaluation et s'appuie sur différentes méthodes d'investigation : auditions, recherche et analyse documentaire (documents fournis par le comité de suivi et les personnes auditionnées et indicateurs mis à disposition par les organismes producteurs de données, analyse de la littérature scientifique récente) et la réalisation de monographies régionales dans trois régions aux caractéristiques diversifiées pour documenter l'implantation et l'impact du Plan en région.

EVALUATION GENERALE

L'évaluation intervient à un moment où le Plan est à peine terminé et il semble difficile d'en mesurer les effets à aussi court terme, d'autant que les indicateurs nécessaires ne sont pas tous disponibles, ou encore d'établir une relation de causes à effets entre les actions du Plan et les évolutions sur le terrain. L'évaluation concerne donc surtout la conception et la mise en œuvre du Plan, replacées dans le contexte général de la politique de lutte contre les hépatites.

Conception et élaboration du Plan

Le Plan a contribué à maintenir les hépatites virales comme une priorité de santé publique, ce qui apparaît justifié au regard de leur prévalence et de leur gravité, du fait qu'il s'agit de pathologies évitables et qu'il existe des moyens pour réduire leur fréquence et leurs conséquences (vaccination contre l'hépatite B, traitements antiviraux efficaces dans l'hépatite C), du fait également d'un risque de renforcement des inégalités de santé entre groupes sociaux, car ces maladies concernent fréquemment des personnes en situation de précarité. Il était justifié de maintenir les efforts pour que ces populations vulnérables accèdent convenablement à l'information, à la prévention, au dépistage et aux traitements. De plus, il était important de maintenir une

¹ Saisine du Directeur général de la santé par courrier du 31 janvier 2012 – Annexe 1

attention sur la question spécifique des hépatites, afin qu'elles ne disparaissent pas au sein de stratégies globales dominées par le problème du VIH ou des IST.

D'importants travaux préparatoires étendus sur les années 2006 à 2008 ont précédé l'annonce du Plan, qui n'a été officiellement publié qu'en 2009, en raison de l'existence de points sensibles et sujets à polémiques, comme la vaccination contre le VHB et les stratégies d'éducation à l'injection auprès des usagers de drogues. Comme dans beaucoup de plans, on constate un manque d'objectifs quantifiés et, pour les objectifs quantifiés, un manque de données de référence. La justification du choix des actions retenues pour répondre aux objectifs intermédiaires de chacun des axes ne figure pas dans le texte du Plan. En outre, le Plan ne prévoyait pas non plus de manière précise les modalités de déclinaison des actions en région.

Mise en œuvre du plan

Pilotage national et régional

La mise en œuvre du Plan repose essentiellement sur une forte gouvernance au niveau national, avec un suivi rapproché de la thématique des hépatites, par la DGS, appuyée par le comité de suivi et le groupe restreint d'animation.

La mise en œuvre des actions s'est échelonnée au cours du plan, avec un niveau élevé de mise en œuvre des actions : 50 actions engagées ou terminées sur 55 actions prévues, selon le bilan du comité de suivi fin 2012.

AXE	Réalisées	En cours	Non engagées	Total
Axe I	6	11	-	17
Axe II	1	4	1	6
Axe III	1	10	-	11
Axe IV	2	3	-	5
Axe V	5	7	4	16
TOTAL	15	35	5	55

Néanmoins, l'identification des actions du Plan par le grand public, les professionnels de santé en dehors de la communauté des hépatologues et par les acteurs de terrain est restée relativement faible. De plus, en dépit d'un comité de suivi pluridisciplinaire, les priorités de pilotage du Plan se sont exprimées sous un mode particulièrement hospitalo-centré, avec peu d'espace de débat accordé aux points de vue extrahospitaliers (des représentants du secteur libéral, médico-social ou associatif).

Le Plan « hépatites » s'est déroulé au cours de la période de mise en place des agences régionales de santé. La nouvelle gouvernance régionale a modifié l'articulation entre le niveau national et le niveau régional pour la déclinaison de ce Plan, comme pour les autres plans. Le relais en région dépend désormais fortement de la volonté d'agir et du *leadership* des acteurs régionaux, qui conduisent à l'inscription ou non de la thématique dans la stratégie ou le plan régional et ainsi à l'obtention de moyens auprès des ARS. De ce fait, les moyens alloués à la lutte contre les hépatites sont variables d'une région à l'autre. Le déploiement régional des plans suppose la présence d'un référent régional sur la thématique. Son rôle est de s'assurer que l'on s'occupe du

problème dans la région et de vérifier son impact sur les populations concernées, par l'existence de portes d'entrée adaptées dans le dispositif de prise en charge, pour offrir une égalité d'accès aux soins aux différents groupes de populations.

De plus, il est probable que le déploiement en région ait été limité du fait même du choix des actions inscrites dans le Plan : il a été établi par un groupe de travail du comité de suivi du Plan que le déploiement régional n'avait un sens que pour 17 actions sur les 55.

Les études monographiques réalisées dans trois régions ont montré une faible implication des médecins libéraux (généralistes ou spécialistes de gastro-entérologie), à l'exception notable de médecins plus spécialisés en addictologie ayant dans leur patientèle régulière des usagers de drogues et plus spécialisés en addictologie, voire impliqués dans des expériences de microstructures.

Plusieurs personnes auditionnées ont insisté sur la prise en compte insuffisante des départements d'outremer, et en particulier des Antilles et de la Guyane, mais également Mayotte dans le cadre du Plan, alors que ce sont des régions où les besoins sont immenses, en termes d'amélioration de la connaissance et de la surveillance épidémiologique, jusqu'à la mise en œuvre des parcours de prévention et de soins adaptés.

Articulation avec les autres plans

Les articulations implicites avec les autres plans (plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, plan addictions et Plan MILDT, plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, politique vaccinale) sont nombreuses, puisqu'une partie des objectifs concerne des groupes particuliers (détenus, migrants, usagers de drogues) pour lesquels les hépatites ne sont qu'un des problèmes de santé possibles. Mais ces articulations restent relativement ponctuelles et relèvent plus d'une superposition de mesures que d'une véritable articulation des d'actions visant ces populations particulières et pour lesquelles une approche plus intégrée de prise en charge paraîtrait plus pertinente et efficace.

Financements

Le projet initial de Plan comportait une estimation du financement des actions, adossé à chaque fiche. Mais ces informations ont été retirées au moment de la publication du Plan, comme cela avait déjà été fait pour d'autres plans. Dans ces conditions et en l'absence de financements clairement dédiés au plan, l'évaluation de son efficience est impossible. En outre, cette absence a pu nuire à la visibilité, par ailleurs constatée, du plan et à l'efficacité de sa mise en œuvre.

Effets en termes d'évolution des indicateurs

Les données disponibles permettent de documenter la plupart des onze indicateurs prévus, mais en général pas au-delà de 2010 ou 2011. Les indicateurs manquants sont la couverture vaccinale de certaines populations (populations ayant des pratiques sexuelles à risque, sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs), la pratique des tests non-invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique, qui est très partiellement renseignée (données non fournies par la CNAMTS) et les indicateurs de mortalité attribuable, qui ne font pas l'objet d'un suivi spécifique.

Lorsque des indicateurs sont disponibles et peuvent être suivis au cours du temps, l'évolution observée est le plus souvent favorable, mais il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit d'un effet du plan. On peut toutefois

supposer que cette tendance favorable est le fruit de la politique mise en œuvre depuis de nombreuses années dans les domaines de la lutte contre les hépatites et de la réduction des risques.

En résumé, on observe les tendances suivantes :

- Une diminution de l'incidence de l'hépatite B aiguë (sur les données de déclaration obligatoire : 0,96 pour 100 000 en 2004 à 0,74 pour 100 000 en 2009) ;
- La persistance d'une mauvaise connaissance en population générale sur les modes de contamination ;
- Des pratiques de dépistage déclarées par les médecins généralistes encore insuffisantes ;
- Une augmentation régulière des traitements de substitution aux opiacés ;
- Une couverture vaccinale encore insuffisante, malgré la progression de la vaccination des nourrissons ;
- Un accès au dépistage des hépatites à l'entrée en prison (93% des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) le proposent systématiquement), mais une insuffisance de renouvellement de la proposition de dépistage au cours de la période d'incarcération (51%) ;
- Une augmentation des tests de dépistage pratiqués (3,5 millions de tests par an pour chacun des types d'hépatite) et une diminution de la part des tests positifs (0,68% pour le VHB, 0,91% pour le VHC) ;
- Une augmentation de la part des usagers de drogues connaissant leur statut et une baisse du taux de séropositivité ;
- Une diminution du nombre d'attribution d'affections de longue durée pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6) ;
- Une stabilité du nombre de mises sous traitement antiviral pour hépatite C ;
- Une augmentation de l'activité de greffe hépatique, mais avec une difficulté à évaluer précisément la part des greffes consécutives à des hépatites ou à leurs complications ;
- Une diminution de la mortalité par hépatites B et C depuis les années 2000.

Autres effets du Plans

Une structuration de la connaissance nécessaire, mais encore insuffisante

Le plan a permis un effort de rassemblement des données épidémiologiques sur les hépatites. Par contre, le recueil des indicateurs d'évaluation, soit prévus dans le plan, soit nécessaires à la mesure de l'évolution d'objectifs fixés au départ, n'a pas été organisé dès la conception du plan, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité du plan.

Un outil de lobbying et d'amélioration de la visibilité de la thématique des hépatites

Pour certains acteurs, le Plan a représenté un outil de lobbying aussi bien au niveau national que régional.

Un développement des partenariats et du travail interdisciplinaire

Au niveau national, le plan a permis à des acteurs qui n'en avaient pas l'habitude de travailler ensemble, même s'il n'y a pas eu beaucoup plus que des prises de contact et de l'échange de connaissances et d'informations, peu de collaborations concrètes semblant engagées.

Impact du Plan au niveau régional

Le Plan n'est pas identifié comme essentiel à l'action sur le terrain dans les régions. La situation n'a en effet que peu évolué : la collaboration ancienne entre les structures médico-sociales (CAARUD, CSAPA, PASS) demeure là où elle existait, ainsi que la faiblesse de l'implication des médecins généralistes et la suprématie de l'offre de soins à l'hôpital.

Si le Plan n'a pas eu de grande influence sur l'organisation de l'offre de soins, on peut supposer qu'il a eu un rôle incitatif au niveau local pour le ciblage de certaines populations vulnérables : usagers de drogues, migrants, qui font l'objet d'actions spécifiques dans les schémas régionaux de prévention ou PRS de la majorité des régions.

EVALUATION PAR AXE

Axe I – Réduction de la transmission des virus B et C

Il est difficile de faire la part de ce qui revient au Plan et de ce qui aurait été fait sans le Plan. Ainsi, la couverture vaccinale contre l'hépatite B augmente chez les nourrissons, sans doute plus du fait du remboursement du vaccin hexavalent en 2008, mis sur le marché quelques années auparavant, que grâce au Plan. Les actions d'information et de communication sont nombreuses et s'intègrent dans les programmes plus généraux de l'Inpes. Il est encore plus difficile d'évaluer l'efficacité de ces actions.

Le Plan a intégré la nécessité de tenir compte des spécificités de la transmission du VHC dans la réduction des risques chez les usagers de drogues et chez les hommes ayant des relations avec des hommes.

Cependant, le Plan n'a pas suffisamment promu les stratégies d'information des usagers de drogues par leurs pairs, en particulier les actions de terrain au plus près des usagers les plus marginalisés. Plusieurs initiatives locales de mise en place de ce type d'actions auraient pu être valorisées dès le démarrage du Plan. L'évolution des pratiques d'usage de drogues et des profils des usagers rend en effet nécessaire l'adaptation des mesures de prévention et des modalités d'approche de certains sous-groupes de populations.

Concernant la vaccination des adolescents, les quelques données récentes disponibles montrent qu'elle est nettement insuffisante, ce point étant également mentionné comme une des lacunes importantes de la prévention de l'hépatite B par les personnes auditionnées.

Le respect des mesures de prévention prévues par la réglementation dans le cadre des pratiques de tatouage et de *piercing* avec effraction cutanée n'est pas vérifiable, faute de données.

Axe II - Renforcement du dépistage des hépatites B et C

Le nombre de tests de dépistage des hépatites B et C continue à augmenter en population générale et chez les usagers de drogues. Il s'agit souvent d'un dépistage couplé avec celui du VIH et des IST. Les taux et les nombres absolus de tests positifs diminuent au fil des années, ce qui pourrait signifier que le réservoir de patients ignorant leur statut est en diminution, bien qu'on ne puisse l'affirmer en l'absence de renouvellement d'une enquête nationale de prévalence.

Au cours du Plan, il n'a pas été possible de finaliser la procédure d'amélioration des pratiques de dépistage de l'hépatite B, en identifiant clairement les tests à prescrire et en les remboursant à 100%, comme cela était prévu. Les modalités de dépistage de l'hépatite B ne sont pas totalement clarifiées à l'heure actuelle, dans

l'attente de la décision de l'UNCAM concernant le choix des tests remboursés (inscription à la nomenclature d'un test de dépistage). Lorsque l'UNCAM aura arrêté ses choix, il faudra organiser une information des professionnels sur la nouvelle nomenclature, les indications et les modalités de prescription et d'interprétation, accompagnée de recommandations pour l'orientation des séropositifs vers le système de soins et la vaccination des séronégatifs.

Pour l'hépatite C, il convient de mettre à jour les recommandations concernant la population devant être dépistée. Une stratégie plus large que celle d'un dépistage ciblant les seuls groupes à risque, comme les usagers de drogues et les détenus, devrait être discutée à l'aune des données épidémiologiques récentes, en particulier compte tenu de la récente décision aux Etats-Unis de dépister systématiquement cette infection dans la tranche d'âge des baby-boomers.

Les nouvelles recommandations de dépistage des hépatites B et C devront également préciser la place de tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD), en cours d'évaluation.

En l'absence de nouvelle étude de prévalence, il n'est pas possible de mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés par le plan pour cet axe, ce qui est dommageable car la connaissance du nombre de personnes porteuses d'anticorps anti-VHC ou d'antigène HBs ignorant leur statut serait particulièrement utile pour définir les stratégies de dépistage.

Axe 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

Le Plan a favorisé le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le domaine des hépatites, alors que celle-ci aurait sans doute risqué d'être réservée aux maladies à prévalence plus élevée comme le diabète ou les maladies respiratoires.

La coordination entre les différents acteurs et notamment le partage des tâches avec les médecins généralistes (principaux prescripteurs de traitements de substitution), ou hépatologues libéraux pour la partie médicale, ou avec d'autres structures de prises en charge de proximité, aurait mérité d'être discutée, expérimentée et évaluée, au moins à partir des expériences existantes.

La prise en compte de la qualité de vie et l'articulation avec les acteurs associatifs ne semblent pas s'être traduite par des actions concrètes allant au-delà de ce qui se faisait déjà dans les régions. En l'absence de données, hormis quelques éléments tirés d'expériences locales telles que les réseaux encore expérimentaux de microstructures et la maison des hépatites à Lyon, on ne sait toujours pas si les actions ont une efficacité sur les populations très marginalisées.

Axe IV - Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

L'un des principaux atouts de ce Plan est d'avoir permis d'améliorer les connaissances sur l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des hépatites en milieu carcéral. En matière de prise en charge des patients détenus, l'accès aux traitements antiviraux pour hépatite C est considéré comme bon, puisque près de la moitié des détenus séropositifs pour le VHC sont traités.

En revanche, l'accès à la prévention (réduction des risques) et au dépistage est encore insuffisant et ne respecte pas suffisamment le principe d'égalité entre la population carcérale et la population générale. Bien que 90% des UCSA déclarent avoir accès à une méthode d'évaluation de la fibrose hépatique, la recherche

d'une hépatite C chronique active semble encore insuffisante (seulement la moitié des cas de sérologies positives).

Le Plan a précédé l'élaboration du plan d'actions stratégiques « santé des personnes sous main de justice » 2010-2014. Si, en pratique, le Plan hépatites a donné lieu à peu d'actions concrètes en vue de la mise à niveau du dispositif de prévention et de réduction des risques en prison, il a toutefois permis d'inscrire des mesures en rapport avec la prévention et la prise en charge des hépatites dans ce plan d'actions stratégiques. En prison, il y a de nombreux problèmes de santé publique, qui doivent tous être appréhendés dans un contexte et une réalité spécifique au milieu carcéral, sans toutefois disperser les efforts : la santé mentale, les maladies chroniques, les addictions - et donc les hépatites -, la violence sexuelle. La majorité des usagers de drogues ou des autres groupes à risque ne passant que peu de temps en prison, il est d'autant plus important de ne pas déconnecter la prise en charge des détenus du dispositif habituel d'offre de soins (hôpital et CSAPA notamment). A cet égard il faut signaler plusieurs progrès comme des interventions de CSAPA en prison, la mise en place de CSAPA référents et l'intervention d'hépatologues qui se déplacent dans certains sites, mais ces initiatives nécessitent encore d'être développées. La formation des personnels de l'administration pénitentiaire concernant les problèmes de prévention et de prise en charge des addictions chez les détenus reste également à développer.

Axe V - Surveillance et connaissance épidémiologique – Evaluation – Recherche et prospective

Le Plan a permis de conserver au niveau de l'InVS un programme de surveillance des hépatites.

Le Plan affichait des objectifs d'évaluation et de recherche sur la prise en charge ambulatoire des hépatites C. Certains de ces objectifs ont été atteints tels que l'évaluation médico-économique du parcours de soins coordonnés, l'expérimentation de prise en charge en micro-structures, mais leur portée a été limitée en raison de l'arrivée sur le marché des trithérapies antivirales recentrant vers l'hôpital la prise en charge médicale des patients. Pour ces mêmes raisons, d'autres actions qui concernaient la prise en charge ambulatoire de l'hépatite C n'ont pas été initiées.

La recherche dans le domaine des hépatites est extrêmement dynamique et variée, mais ce n'est pas *stricto sensu* le fait du Plan. Le Plan a cependant participé à une mise en cohérence de la recherche avec les orientations retenues dans la thématique et à plus d'échanges entre les acteurs concernés par la recherche et la mise en œuvre du Plan.

Le programme de surveillance des hépatites, bien que déjà très lourd, ne génère pas tous les indicateurs nécessaires à l'évaluation de ce Plan, notamment tous les indicateurs qui avaient été prévus lors de l'élaboration du Plan et également au niveau régional.

Certains, comme par exemple la mortalité attribuable évaluée sur les statistiques de mortalité, seront disponibles ultérieurement, mais pour d'autres tels que l'évolution de la prévalence et le suivi de l'incidence en population générale, la proportion de la population infectée accédant au dépistage, ou les modes de prise en charge de la population dépistée, il n'y a pas d'études prévues à l'heure actuelle. Cela rend difficile l'évaluation de l'impact du Plan et la réflexion sur les priorités d'actions futures, notamment pour le dépistage.

Compte tenu du contexte rapidement évolutif dans le domaine des hépatites (populations exposées, innovations technologiques en matière de dépistage et de traitement, modes de prise en charge coordonnée,

etc.), de l'éventualité théorique d'une éradication de l'hépatite C dans les années à venir et de la marge de progression en matière de réduction de la transmission de l'hépatite B, il est important de maintenir un programme de surveillance permettant d'accéder aux indicateurs nécessaires au suivi de la politique de lutte contre les hépatites.

RECOMMANDATIONS

Au-delà de l'évaluation du Plan lui-même et en accord avec la lettre de saisine, il a paru important au comité d'évaluation d'émettre un certain nombre de recommandations pour favoriser la poursuite de la lutte contre les infections à virus des hépatites B et C en France.

Information et communication sur la prévention et le dépistage

1. Maintenir l'effort d'information de la population générale sur les hépatites B et C pour améliorer les connaissances en matière de prévention et de dépistage.
2. Poursuivre l'action d'information et de communication en direction de certaines population à risque (migrants, usagers de drogues, détenus, personnes ayant des pratiques sexuelles à risque), en utilisant des médias et des approches adaptés à chaque population.
3. Accentuer l'information et la formation des professionnels – médecins généralistes, pharmaciens, personnels pénitentiaires - pour permettre la délivrance d'une meilleure information à la population sur la transmission des virus, les moyens de protection (vaccination et réduction des risques) et la nécessité de se faire dépister.
4. Améliorer la synchronisation entre les campagnes d'information et de communication et les études/enquêtes d'évaluation des connaissances et comportements de santé.

Vaccination

5. Assurer le rattrapage vaccinal des adolescents contre l'hépatite B, en trouvant des stratégies efficaces pour toucher ce groupe de population, et poursuivre l'effort de vaccination chez les usagers de drogues, les détenus et les migrants. Cette action devrait s'inscrire dans une nouvelle politique de vaccination.

Réduction des risques de transmission du VHC/VHB chez les usagers de drogues

6. Promouvoir une prévention combinée, mettant à disposition des usagers de drogues l'ensemble des moyens de réduction des risques reconnus (seringues et kits d'injection dans tous les CSAPA et les pharmacies ou délivrés par des automates) et favoriser l'expérimentation et l'évaluation des moyens innovants, tels que les traitements injectables (héroïne médicalisée pour des patients ayant une dépendance sévère et dans un cadre thérapeutique défini²), ou les salles de consommation à moindre risque.
7. Faciliter l'accès aux traitements de substitution en médecine ambulatoire, en particulier à la méthadone.

² Recommandation de l'expertise collective de l'INSERM sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les Editions INSERM, 2010. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

8. Faciliter l'accès aux programmes de réduction de risques, par une meilleure coordination des différents acteurs et par un développement des dispositifs mobiles permettant de toucher les « populations cachées », notamment en faisant intervenir des groupes de pairs.
9. Adapter les dispositifs de prévention à la situation particulière de certaines sous-populations d'usagers de drogues particulièrement à risque, notamment à l'heure actuelle les femmes, les usagers de cracks et les usagers originaires d'Europe de l'Est.

Réduction de la transmission au cours d'actes à risque

10. Contrôler la mise en œuvre des mesures de prévention lors de pratiques à risque de transmission des virus des hépatites, en particulier lors d'actes de tatouage ou de *piercing*.
11. Développer des stratégies spécifiques de prévention chez les hommes ayant des relations avec d'autres hommes lors des pratiques sexuelles associées à la consommation de certaines drogues.

Dépistage

12. Inscrire à la nomenclature les actes biologiques de dépistage des hépatites B et C et favoriser l'information des médecins relative à la nature des tests à prescrire, aux indications et modalités de prescription et d'interprétation des tests, ainsi qu'à l'orientation des séropositifs et la vaccination des séronégatifs (Inpes).
13. Continuer à solliciter le remboursement à 100% du dépistage (comme prévu dans le Plan).
14. Poursuivre l'effort de dépistage des populations à risque (en particulier migrantes) et s'assurer d'un rendu adéquat des résultats du dépistage et d'un accompagnement vers la prise en charge des personnes atteintes.
15. Sur la base de l'évaluation des TROD VHC, ainsi que celle des TROD VHB qui reste à compléter, définir les conditions d'utilisation de ces tests et leur positionnement dans les stratégies de dépistage.

Traitement

16. Actualiser les recommandations pour la prise en charge de l'hépatite B et de l'hépatite C, en prévoyant un format spécifiquement adapté aux médecins généralistes.
17. Redéfinir avec les intéressés la place et le rôle spécifique des médecins généralistes, ainsi que les modalités de collaboration entre les hépatologues hospitaliers et libéraux d'une part et les acteurs du milieu médico-social d'autre part, en tenant compte des expériences existantes.
18. Améliorer l'accès au traitement des hépatites B et C chez les usagers de drogues en développant les partenariats entre les hépatologues et les CSAPA et en formant les médecins généralistes.
19. Promouvoir la mise en place de consultations longues rétribuées à leur juste valeur, pour permettre un suivi correctement rémunéré en ville comme à l'hôpital.

Prise en charge des détenus

20. Améliorer la coordination entre l'administration pénitentiaire et le système de santé au niveau national et local. Au niveau local, il s'agit notamment d'améliorer :
 - les partenariats entre UCSA et hépatologues, en développant encore les dispositifs de consultations avancées ;
 - la continuité de la prise en charge à la sortie de prison, en développant des outils de transmission de l'information adaptés ;
 - la formation des personnels pénitentiaires, en particulier par la promotion du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, publié en 2012.
21. Respecter le principe d'égalité des droits entre le milieu carcéral et le milieu ouvert, notamment relatif à l'accès à la prévention (vaccination) et à la réduction des risques (traitement de substitution et mise à disposition de matériel). Remettre le patient au centre des préoccupations, l'informer et lui garantir une prise en charge adaptée à sa situation.
22. Lutter contre la stigmatisation des patients atteints d'hépatite par les autres détenus et par les personnels pénitentiaires.
23. Développer la recherche en milieu pénitentiaire et proposer une nouvelle enquête de prévalence des hépatites virales et de l'infection à VIH et de description de l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral, afin d'évaluer l'application du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Surveillance et recherche

24. Maintenir et adapter un programme de surveillance des hépatites permettant également d'accéder aux indicateurs nécessaires au suivi de la politique de lutte contre les hépatites, incluant une veille sur la situation épidémiologique, sur la couverture vaccinale dans les différents groupes de populations et sur l'utilisation et l'impact des innovations technologiques. Sélectionner des indicateurs pour le suivi épidémiologique et le pilotage de la politique coordonnée de lutte contre les hépatites en région.
25. Renouveler une enquête nationale de prévalence pour suivre l'évolution des caractéristiques des personnes séropositives (connaissant ou non leur statut), afin d'adapter les stratégies de dépistage.
26. Poursuivre le développement d'évaluations des programmes de prévention, notamment des innovations en matière de réduction des risques (évaluation de l'impact du traitement de l'hépatite C sur la réduction de la transmission du virus chez les usagers de drogues), des interventions de prévention primaire (information /communication) en population générale et dans certains groupes de population comme les hommes ayant des relations avec d'autres hommes.

Prise en compte des spécificités des DOM

27. Sur la base des données épidémiologiques (prévalence et caractéristiques des populations séropositives pour le VHB et le VHC) en attente dans les DOM, adapter la politique de lutte contre les hépatites aux spécificités de ces territoires où la situation semble très différente de celle de la métropole en termes de populations à risque, de prévalence des infections et d'accès à la prévention et aux soins.

Des attentes de recommandations globales

28. L'évaluation fait ressortir la nécessité d'un rapport d'experts édictant des recommandations nationales afin de clarifier les conduites à tenir à tous les niveaux³ :
- Prévention primaire
 - o Stratégie vaccinale
 - o Réduction des risques
 - o Information et communication
 - Dépistage
 - o Indication et modalités de dépistage de l'hépatite B
 - o Indication et modalités de dépistage de l'hépatite C
 - o Utilisation des TROD VHB et VHC
 - Prise en charge :
 - o Actualisation régulière des stratégies thérapeutiques pour l'hépatite B et pour l'hépatite C, en particulier pour les patients alcoolo-dépendants ou usagers de drogues
 - o Refaire le point sur la place des médecins généralistes et le travail en réseau médico-social de proximité
 - o Education thérapeutique : objectifs, modalités, organisation de l'offre

CONCLUSION : Faut-il un nouveau plan ?

Le contexte épidémiologique et thérapeutique évoluera encore de façon importante avec la mise à disposition de nouvelles molécules pour le traitement des hépatites C, plus efficaces, plus simples d'utilisation (absence d'injection d'interféron) et entraînant moins d'effets secondaires. Si la France est en bonne position au niveau international dans la prise en charge des hépatites, notamment pour l'accès à des prises en charge innovantes, des améliorations sont encore possibles dans le domaine de la prévention primaire (information, vaccination) et secondaire (dépistage, orientation), en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

Il apparaît à l'ensemble du comité d'évaluation nécessaire de garder une bonne visibilité sur les hépatites et une **coordination de l'action publique dans ce domaine**, notamment pour réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins des migrants, des usagers de drogues, des détenus ou entre les régions et aussi pour que la lutte contre les hépatites ne soit pas obliérée par les autres IST (en particulier le VIH). Le plan évalué a rempli ce rôle. En revanche, faute d'une structuration claire de la stratégie et d'une articulation cohérente des mesures et faute de moyens financiers clairement identifiés et attribuables au plan, son impact spécifique et sa

³En phase finale de son évaluation le COMITÉ D'ÉVALUATION note avec satisfaction la décision du ministère des affaires sociales et de la santé de mettre en place un groupe destiné à rédiger ce rapport d'experts au printemps 2013.

visibilité en dehors de la sphère hospitalière et des experts directement concernés sont restés limités. Dans des conditions similaires, **passer par la programmation d'un nouveau plan national n'apparaît pas indispensable**. Le Comité de suivi du plan a offert la possibilité d'échanges transversaux fructueux à la communauté des experts concernés ; il conviendrait également, même en l'absence d'un plan spécifique, de maintenir cette facilité.

La déclinaison de l'action publique à venir dans le domaine nous semble devoir relever d'une double approche : une approche thématique, qui semble plus pertinente au niveau national, et une approche populationnelle, qui semble plus appropriée au niveau régional compte tenu des diversités de situations.

Le **pilotage national** devrait associer le Ministère, les agences sanitaires, les représentants des acteurs de la prévention et du soin pour :

- Une surveillance épidémiologique (InVS), qui doit aussi être déclinée au niveau régional ;
- Une coordination des actions d'information, de communication et de formation (Inpes), qui devraient être articulées de façon synchrone entre le niveau national et régional ;
- Une coordination de la déclinaison territoriale des recommandations de prise en charge, avec la possibilité d'échanges entre le niveau national et le niveau régional et entre les régions, et avec une prise en compte des populations vulnérables ;
- Une coordination de la recherche (ANRS) ;
- L'établissement et l'actualisation régulière d'un rapport d'experts établissant des recommandations de prise en charge des hépatites virales (prévention primaire et secondaire, traitement, accompagnement).

Au niveau régional, compte tenu des diversités épidémiologiques, une approche matricielle est en revanche nécessaire pour parvenir d'une part, à considérer spécifiquement la thématique « hépatites » de façon à ce qu'elle ne passe pas inaperçue au sein des autres IST, et, d'autre part, à offrir une entrée populationnelle pour toucher les personnes les plus à risque (adolescents, migrants, usagers de drogues, détenus, etc.).

Une **meilleure coordination et un échange régulier entre les instances nationales et les ARS** sont indispensables pour favoriser la déclinaison en région des orientations de la politique nationale de lutte contre les hépatites virales. Il serait également nécessaire de disposer **de comptes rendus des réalisations et des résultats des actions menées utilisant quelques indicateurs communs au niveau régional (vaccination, dépistage ...)** afin de disposer d'informations centralisées sur le développement des actions sur le terrain.

Une solution pour favoriser la lisibilité de la lutte contre les hépatites virales pourrait être l'inscription de la thématique hépatite comme **thématique prioritaire dans la future stratégie nationale de santé** annoncée en février 2013 par le Premier Ministre.

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte d'élaboration du Plan

La lutte contre les hépatites virales B et C est une priorité de santé publique en France

Une politique de lutte contre les hépatites virales B et C a été menée en continu depuis plus de 10 ans en France. Le ministère de la santé a successivement mis en place un premier plan national de lutte contre l'hépatite C pour la période de 1999 à 2002, un programme national de lutte contre les hépatites B et C couvrant les années 2002 à 2005, puis une série de mesures ministérielles à partir de décembre 2005 pour sensibiliser les professionnels de santé à la vaccination des personnes les plus exposées à l'hépatite B, introduire le parcours coordonné de soins de l'hépatite C, et renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge des usagers de drogues (UD).

L'étude de prévalence réalisée par l'InVS en 2004⁴ avait permis d'estimer :

- la prévalence du portage du virus de l'hépatite B (VHB) à 0,65 % [IC 95% : 0,45-0,93], soit 280 821 personnes, dont 45% connaissaient leur statut ;
- et la prévalence du portage du virus de l'hépatite C (VHC) (présence d'ARN VHC) à 0,53% [IC95% : 0,40–0,70), soit 221 386 personnes. La prévalence des anticorps anti-VHC (infection présente ou guérie) était de 0,8% [IC95% : 0,65-1,10], soit 367 055 personnes, dont 56% connaissaient leur statut.

En février 2009, le ministère faisait le constat d'avancées insuffisantes⁵ :

- Au plan épidémiologique, 281 000 personnes étaient infectées par le VHB, 221 000 par le VHC avec une prévalence trois fois plus élevée chez les personnes en situation de précarité que dans la population générale. On estimait qu'il y avait chaque année environ 1500 décès imputables à l'hépatite B et 2600 décès imputables à l'hépatite C.
- Concernant les mesures préventives, la consommation excessive d'alcool et la co-infection VIH constituaient 2 facteurs aggravant l'évolution vers la cirrhose ou le cancer du foie ; la transmission virale persistait du fait, principalement de pratiques sexuelles à risques pour le VHB et du partage du matériel d'injection chez les usagers de drogues illicites pour le VHC.
- Enfin, la proportion de personnes dépistées était insuffisante pour permettre une prise en charge précoce et la réduction du risque de complications et de mortalité et la prise en charge des patients restait encore trop hospitalière.

C'est pourquoi un troisième plan national pour la période 2009 à 2012 a été lancé en 2009, s'appuyant sur les propositions du comité stratégique des hépatites virales et de ses groupes de travail, les recommandations de la Conférence nationale de santé et du Comité national de santé publique.

D'importants changements sont intervenus au cours de cette période. On a noté en particulier la promulgation de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires mettant en place les agences régionales de santé (ARS) qui a modifié en profondeur le paysage et les modalités

⁴ Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Rapport InVS. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire, mars 2007, 113p.

⁵ Source : Dossier de presse du lancement du Plan, 24 février 2009.

de mise en œuvre de la santé publique en France. Sur le plan médical, l'arrivée de nouvelles molécules thérapeutiques pour l'hépatite C, des tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique et enfin l'arrivée des premiers tests rapides d'orientation diagnostique du VHC (TROD-VHC) ont modifié les prises en charge, entraînant des améliorations en matière de prise en charge précoce, d'efficacité des traitements et laissant prévoir une progression de la survie à long terme.

1.2 Objectifs du Plan national de lutte contre les hépatites B et C

Ce plan national visait à contribuer à la réalisation des objectifs généraux de santé relatifs aux hépatites, fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique en vue d'améliorer l'état de santé de la population :

- Objectif 37 : Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques ;
- Objectif 56 : Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.

Ce plan était constitué de 5 axes stratégiques, déclinés en 14 objectifs et 55 actions. Il s'articulait avec d'autres plans de santé publique en cours : le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan prévention et prise en charge des addictions, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, le Plan national de lutte contre le VIH/Sida/IST, le plan cancer.

Les axes stratégiques du Plan sont :

- Axe stratégique I : Réduction de la transmission des virus B et C ;
- Axe stratégique II : Renforcement du dépistage des hépatites B et C ;
- Axe stratégique III : Renforcement de l'accès aux soins – Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatites chroniques B ou C ;
- Axe stratégique IV : Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral ;
- Axe stratégique V : Surveillance et connaissance épidémiologique – Evaluation – Recherche et prospective.

1.3 Pilotage et suivi des actions du Plan

Un Comité national de suivi et de prospective a été mis en place et présidé par le Pr Daniel Dhumeaux et dont la vice-présidence a été confiée à Michel Bonjour (Association SOS hépatites). Le décret n°2009-1548 du 11 décembre 2009 relatif à la création du comité de suivi et de prospective du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 précise ses missions et sa composition et stipule qu'un rapport d'activité soit annuellement établi. Ce comité est composé d'une cinquantaine de personnes représentatives des instances institutionnelles et associatives concernées par la problématique.

Pour une surveillance plus régulière, un groupe d'une quinzaine de membres a été constitué (groupe restreint d'animation), comprenant les responsables du suivi des cinq axes stratégiques du Plan et les responsables de trois groupes de travail ayant pour missions respectives : le déploiement du plan en région, les relations entre le Plan et ses différents acteurs et le développement de la recherche et de la prospective, en relation avec les innovations les plus récentes.

Les travaux du comité de suivi et de prospective, ainsi que ceux du groupe restreint d'animation et des groupes de travail, ont permis pour l'essentiel un suivi des actions, et pour partie un accompagnement de la gestion de projet par les pouvoirs publics.

2 OBJECTIFS ET METHODES DE L'ÉVALUATION

2.1 Cadre général et maîtrise d'ouvrage

L'évaluation est prévue dans le Plan. L'objectif 4 de l'axe V, intitulé « suivi et évaluation du Plan national », indique qu'elle doit être réalisée en 2012 et propose une liste de onze indicateurs.

Cette évaluation a été confiée au Haut Conseil de la santé publique⁶, dans une volonté de respecter l'indépendance de jugement de l'instance d'évaluation par rapport aux promoteurs et opérateurs du plan.

La saisine du Directeur Général de la Santé indique qu'il s'agit :

« D'une part :

- De réaliser une évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, notamment au regard des 11 indicateurs inscrits dans le plan et des 2 objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique ;
- D'apprécier l'évolution et la situation actuelle des principaux problèmes auxquels ce Plan cherchait à répondre, et de déterminer en quoi le plan a concouru à cette évolution, en particulier vis-à-vis des publics les plus exposés ;
- De déterminer si et comment le Plan a concouru à la mobilisation des différents acteurs ;
- D'apprécier l'articulation de ce Plan avec les autres plans de santé publique et leurs contributions respectives ;
- D'évaluer l'application de ce Plan au niveau régional et local compte tenu des évolutions de contexte institutionnel survenues au cours de sa mise en œuvre ;

D'autre part :

- A partir des constats de son évaluation, de l'analyse de la situation actuelle et des évolutions prévisibles, de préciser quelles mesures sont encore nécessaires, sous quelle forme, et de proposer des perspectives d'évolution en termes de périmètre, d'outils ou de programmation afin de continuer à lutter contre les hépatites virales ».

L'évaluation porte sur la politique et les actions menées dans le cadre du Plan national de lutte contre les hépatites B et C sur la période 2009-2012. Il s'agit de l'évaluation d'une politique publique menée sous l'autorité du ministère chargé de la santé. L'évaluation a pour objet cette politique, mais non les acteurs et les structures opératrices de cette politique.

2.2 Objectifs et questions évaluatives

A partir des indications de la saisine de la DGS et d'entretiens préliminaires avec les responsables du comité de suivi, le comité d'évaluation a précisé les objectifs suivants :

- 1) Mesurer le degré de réalisation des mesures et analyser les facteurs de réussite et les obstacles ;
- 2) Apprécier la pertinence de l'organisation mise en place dans les territoires, notamment en région (gouvernance) ;

⁶ Saisine du Directeur général de la santé par courrier du 31 janvier 2012 – Annexe 1

- 3) Analyser l'effet du Plan sur la mobilisation des différents acteurs. Dans quelle mesure et comment le Plan a-t-il structuré l'organisation de la lutte contre la maladie (au-delà de ce que les acteurs auraient réalisé sans plan) ;
- 4) Analyser l'effet du Plan sur les publics les plus exposés et/ou en situation de précarité, en termes de dépistage, accès aux soins et prévention ;
- 5) Evaluer l'articulation des objectifs de ce Plan avec les politiques conduites sur d'autres thématiques de santé publique (VIH, addictions, milieu carcéral, qualité de vie des maladies chroniques) ;
- 6) Identifier certains coûts consentis par la collectivité et le cas échéant supportés par les individus ;
- 7) Estimer l'impact du Plan, en particulier en rapport avec des indicateurs quantitatifs prévus ou non par le plan et par la loi de santé publique d'août 2004 ;
- 8) Préciser les perspectives de poursuite des objectifs et des mesures de ce Plan, les pistes additionnelles à envisager et l'intérêt d'un plan ultérieur.

Le détail des aspects investigués dans chaque question évaluative est présenté dans le tableau ci-dessous :

Objectifs	Questions évaluatives
1) Mesurer le degré de réalisation des mesures et analyser les facteurs de réussite et les obstacles	<ul style="list-style-type: none"> - Les différentes actions prévues dans le Plan ont-elles été réalisées et à quel degré ? - Quels indicateurs permettent de suivre la mise en place de l'action ? - Quel a été le calendrier de déploiement ? - Quels étaient les niveaux de pilotage : national, régional, infra régional ? - Quel a été le public visé et rejoint par ces actions ? - Quels sont les déterminants du succès des actions ? - Quels ont été les freins et les difficultés rencontrés ?
2) Apprécier la pertinence de l'organisation mise en place dans les territoires, notamment en région (gouvernance)	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle organisation, quel pilotage territorial sont mis en place ? - Quel est le lien avec les plans régionaux de santé et les outils de planification et d'allocation de ressources en région ? Et en particulier, comment l'articulation entre les niveaux national et régional a-t-elle été envisagée avec la mise en place des ARS ?
3) Analyser l'effet du Plan sur la mobilisation des différents acteurs Dans quelle mesure et comment le Plan a-t-il structuré l'organisation de la lutte contre la maladie (au-delà de ce que les acteurs auraient réalisé sans plan)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour chacun des axes stratégiques du Plan (prévention primaire, dépistage, soins surveillance, recherche, évaluation) : <ul style="list-style-type: none"> - Quels acteurs ont été ciblés (patients, professionnels, tuteurs, financeurs) ? - Quel a été leur degré de mobilisation ? - Peut-on objectiver un renforcement de la mobilisation des acteurs grâce au Plan ? - Des acteurs ont-ils été oubliés ? - Quelle est la notoriété du Plan chez ces acteurs ?
4) Analyser l'effet du Plan sur les publics les plus exposés et/ou en situation de précarité, en termes de dépistage, accès aux soins et prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, grâce à quelles actions et par quels mécanismes ? - Quels indicateurs permettent d'objectiver les publics rejoints par le programme ?
5) Evaluer l'articulation des objectifs de ce Plan avec les politiques sur d'autres thématiques de santé publique (VIH, addictions, milieu carcéral, qualité de vie des maladies chroniques)	<ul style="list-style-type: none"> - Certains objectifs ou certaines actions sont-ils communs entre le Plan et ces autres programmes nationaux ? - Quels sont les niveaux d'articulation (national, régional, infrarégional) ? - Y a-t-il synergie, redondance ou incohérence entre le plan et ces programmes ? - Quelle est la perception des acteurs de terrain concernés par ces différents plans ?

Objectifs	Questions évaluatives
6) Identifier certains coûts consentis par la collectivité et le cas échéant supportés par les individus	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources affectées au Plan sont-elles traçables ? - Les coûts des diverses actions du Plan sont-ils chiffrables et chiffrés ? - Quel est le coût annuel des traitements antiviraux VHC et VHB (pour l'assurance maladie, les organismes complémentaires, le reste à charge pour les assurés) ? - Quel est le coût des séjours hospitaliers pour hépatopathie B ou C pour l'assurance maladie, les organismes complémentaires ? - Les problèmes de financement sont-ils un obstacle pour la réalisation de certaines actions ?
7) Estimer l'impact du Plan, en particulier en rapport avec des indicateurs quantitatifs prévus ou non par le Plan et par la loi de santé publique d'août 2004.	
8) Préciser les perspectives de poursuite des objectifs et des mesures de ce Plan, les pistes additionnelles à envisager et l'intérêt d'un plan ultérieur.	<ul style="list-style-type: none"> - Les actions inscrites dans le Plan sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs affichés ? Pourquoi ? - Les objectifs du Plan reflètent-ils les vraies priorités de l'action publique dans le champ des hépatites virales ? Pourquoi ? - Le Plan a-t-il négligé certains aspects ? Si oui, lesquels ? - L'effort financier consacré au Plan est-il justifié au regard d'autres priorités de santé publique ? Pourquoi ? - Existe-t-il des éléments nouveaux qui conduiraient aujourd'hui à formuler différemment les objectifs du Plan ? Si oui, lesquels ? - Quelle serait la pérennité des actions mises en place s'il n'y avait pas de nouveau plan ? - Si un nouveau plan était élaboré, quelles devraient être ses priorités ?

2.3 Principes méthodologiques et organisation de l'évaluation

L'évaluation repose sur une expertise collégiale multidisciplinaire.

Deux types de données ont été utilisés : des données quantitatives à travers des indicateurs d'activité ou d'impact en santé publique et des données qualitatives basées sur l'analyse documentaire, sur des auditions, ainsi qu'une étude ad hoc. Ces dernières se révèlent particulièrement utiles car elles permettent de documenter les obstacles et aussi les leviers propres aux actions proposées par le Plan.

L'évaluation des actions a porté sur 3 séries de critères :

- 1) engagement et conduite à terme de l'action ;
- 2) déroulement des activités avec recueil d'indicateurs quantitatifs de processus (nombre d'actes effectués, nombre de kits distribués...);
- 3) effet supposé de ces actions à travers des indicateurs de couverture et d'efficacité (couverture vaccinale, pourcentage de personnes dépistées en cours de détention, prévalence du VHC chez les usagers de drogues, etc.).

2.3.1 Phase 1 : mise en place du comité d'évaluation par le HCSP et organisation de l'évaluation

Un comité d'évaluation a été mis en place. Il est co-piloté par deux personnalités qualifiées du HCSP, issues respectivement de la commission spécialisée « évaluation, stratégie, prospective » et de la commission spécialisée « maladies transmissibles » et coordonné par une chargée de mission du secrétariat général.

Les coordonnateurs ont assuré les contacts avec les experts pressentis pour le comité d'évaluation. La composition finale de ce comité d'évaluation a été validée en session plénière de la commission spécialisée « évaluation, stratégie, prospective », après vérification des déclarations d'intérêt de chacun des membres (Annexe V).

Les membres du comité d'évaluation se sont répartis en binômes pour analyser plus spécifiquement les différents axes du Plan.

Le comité d'évaluation s'est réuni 12 fois entre mai 2012 et février 2013. Il a effectué 27 auditions. La liste des institutions et personnalités à auditionner a été établie par le comité d'évaluation.

Le comité d'évaluation a été assisté de deux prestataires de services pour :

- une assistance à maîtrise d'ouvrage (Société Cemka-Eval) ;
- la réalisation de monographies régionales (Société Planète Publique).

2.3.2 Phase 2 : recueil et analyse des données

L'évaluation repose sur différentes méthodes d'investigation :

Auditions

- Les auditions ont été menées par entretiens semi-dirigés, selon une grille préalablement transmise aux personnes auditionnées. Ces entretiens ont été individuels ou collectifs. Les auditions se sont déroulées en séance plénière ou par « binômes », sur les aspects spécifiques d'un axe du Plan. Dans les quelques cas où il n'a pas été possible d'organiser une audition en face à face, l'entretien a été réalisé au cours d'une conférence téléphonique ou une contribution écrite a été demandée. La liste des personnalités auditionnées figure en annexe II.

Recherche et analyse documentaire

- Analyse des documents fournis par le comité de suivi et les personnes auditionnées.
- Analyse des indicateurs mis à disposition par les organismes producteurs de données (InVS, Inpes, CNAMTS...).
- Analyse de la littérature scientifique récente sur les thèmes suivants : 1) Accès à la prévention, au dépistage et aux soins des populations les plus vulnérables pour les hépatites virales B et C (usagers de drogues et détenus) en France ; 2) Qualité de vie et hépatites virales B et C ; 3) Couverture vaccinale contre l'hépatite B en France en population générale et dans les catégories les plus exposées ; 4) Médecine générale, prévention, dépistage et prise en charge des hépatites virales B et C en France ; 5) Prévisions de mortalité et de morbidité liées aux hépatites B et C en France.

Monographies régionales

Des monographies régionales ont été réalisées dans trois régions pour documenter l'implantation et l'impact du Plan en région. Il s'agissait de réaliser une enquête qualitative dans trois régions métropolitaines, auprès des professionnels et organismes impliqués, des associations et des familles, afin de décrire de façon approfondie et mieux comprendre les modalités d'organisation de la prévention, du dépistage, des soins, de l'éducation thérapeutique et les obstacles à leur déploiement, d'analyser les modalités d'implication des médecins généralistes et d'approcher les questions de qualité de vie des patients et leur entourage.

Afin de disposer d'une certaine diversité de contextes locaux (en termes de caractéristiques de la population, de composition et de densité de l'offre de soins...), le comité d'évaluation a sélectionné trois régions d'étude, avec une région à forte prévalence pour l'hépatite C : la région PACA, une région à faible prévalence pour l'hépatite C : l'Auvergne, une région à forte prévalence pour les deux types d'hépatites et importante du point de vue du nombre de patients atteints : l'Île-de-France. Au sein de chacune des régions, deux territoires ont été ciblés : l'un urbain et disposant d'un pôle de référence hépatites, l'autre plus rural ou plus éloigné des pôles de référence et/ou comptant moins d'acteurs et moins de patients.

Dans chacune des trois régions étudiées, une trentaine de personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre les hépatites ont été rencontrées :

- L'Agence Régionale de Santé (référénts hépatites et certains représentants des délégations territoriales pour les départements de territoires ciblés) ;
- Les professionnels de santé hospitaliers : chef d'un pôle de référence et/ou professionnels de santé en hépatologie des centres hospitaliers ; responsables des réseaux de santé ville-hôpital intervenant dans le domaine des hépatites, ou en toxicomanie, là où il en existait ;
- Les médecins généralistes libéraux : des discussions en petits groupes ont été organisées avec des médecins généralistes libéraux des territoires urbains, et des entretiens individuels ont été menés dans les autres territoires ;
- Les structures médico-sociales : structures intervenant auprès des usagers de drogues (CAARUD ; CSAPA), les centres de dépistage (CDAG/CIDAG – CIDDIST), les associations intervenant dans le domaine sanitaire auprès des migrants, ainsi que des associations de patients (SOS hépatites, Aides...) ;
- L'UCSA d'un centre de détention de la région.

Le rapport complet, cité en annexe III, est disponible en ligne sur le site du HCSP.

Dans le temps imparti pour l'évaluation et dans le cadre d'une évaluation globale du plan, le comité d'évaluation n'avait pas les moyens de réaliser une expertise dans les DOM, qui posent pourtant des problèmes particuliers, avec notamment un manque de données épidémiologiques, masquant l'importance du phénomène dans certains de ces territoires (en particulier dans les départements français d'Amérique) et les problèmes de prise en charge.

2.3.3 Phase 3 : restitution et communication autour des travaux d'évaluation

Une présentation de la méthode de travail du comité d'évaluation et de l'avancement de l'évaluation a eu lieu à la dernière réunion plénière du comité de suivi du Plan le 13 décembre 2012.

Le rapport a été présenté dans sa version pré-finale aux personnes de la DGS chargées du dossier le 10 avril 2013.

Le rapport validé par le comité exécutif du HCSP le 16 avril 2013 a été présenté officiellement au DGS en mai 2013.

Une présentation des résultats finaux de l'évaluation est prévue à la journée nationale Hépatites du 30 mai 2013.

3 EVALUATION GENERALE

3.1 Considérations préliminaires

L'évaluation intervient à un moment où le Plan est à peine terminé et il semble difficile d'en mesurer les effets à aussi court terme, ou d'établir une relation de causalité entre les actions du Plan et les évolutions sur le terrain. Les indicateurs et données statistiques disponibles sont souvent antérieurs au Plan ou datent des premières années du Plan. Certains éléments seront disponibles dans les mois ou années à venir et permettront d'avoir plus de recul sur l'analyse de l'impact du Plan.

On constate le décalage constant entre le calendrier des études, celui des campagnes de communication publique et enfin celui des Plans successifs. Quelques exemples :

- La deuxième vague de l'enquête Coquelicot : réalisée en 2011, ses résultats définitifs ne paraîtront pas avant 2013. La première vague, menée en 2004, avait souligné l'impact important des stratégies de prévention (seringues en vente libre, traitement de substitution) sur la transmission du VIH et noté leur impact beaucoup moins net dans le cas du VHC. Les résultats définitifs de l'enquête 2011 devraient donc apporter des éléments de comparaison utiles sur ce sujet, éléments indisponibles au moment de l'évaluation du Plan. L'enquête 2011 s'est intéressée en outre à des populations non encore prises en compte jusque-là : populations dites « cachées », c'est-à-dire ne fréquentant pas les structures de réduction des risques, usagers de drogues « russophones » originaires d'Europe orientale où la prévalence du VIH est très élevée (jusqu'à 30% de la file active dans certains centres), usagers de crack (ne pratiquant pas l'injection).
- Les résultats du volet « kits d'injection » de Coquelicot ne seront pas eux non plus disponibles avant 2013⁷. Par ailleurs, le chapitre pénitentiaire de cette enquête, financé par l'ANRS et réalisé par l'InVS, ne débutera, quant à lui, qu'en 2013.
- L'étude Prim'Inject : les mesures préconisées par l'Inpes suite à cette enquête n'ont pas encore été mises en place.
- L'enquête « Crack », recherche-action organisée dans le cadre du Plan, portant sur 350 usagers de drogues, en deux vagues, 2009-2010 et 2011-2012, est actuellement en cours d'analyse.

Au reste, un Plan peut-il être évalué dans le court terme ? Les développements des politiques contre les hépatites virales en France se sont étalés sur 10-15 ans. Même s'il est très difficile d'évaluer et de mesurer l'impact des actions du Plan, celles-ci prendront corps tôt ou tard : dans trois ans, dans quatre ans. L'espace, en somme, d'un autre Plan.

De plus, l'impact que l'on peut observer est plutôt celui de l'ensemble de la politique de lutte contre les hépatites en place depuis la fin des années 90 (environ 15 ans) que celui du Plan pris isolément. La mesure de l'impact du plan est complexifiée du fait des évolutions permanentes dans la prise en charge des hépatites.

Concernant le Plan lui-même, on est en mesure d'évaluer la mise en œuvre des actions prévues. Mais d'une manière plus globale, les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics ou par des associations pour lutter

⁷ Remise à la DGS en septembre 2012, afin de débloquer les financements pour la suite des travaux, d'une note sur une enquête qualitative portant sur 25 personnes (plus des « focus groups »), sur les 1700 usagers de drogues au total interviewés dans Coquelicot.

contre les hépatites peuvent relever du Plan pour certaines et pas pour d'autres. Il est en pratique difficile de faire la part entre ce qui est fait dans le cadre du Plan et ce qui est fait dans le cadre commun ou en routine. De la même façon, il est difficile d'apprécier le coût des actions et le coût global, le plan ayant peu de financements spécifiques (de nombreuses actions sont réalisées par les institutions « à budget constant »). Il n'est donc pas possible d'évaluer l'efficacité du Plan par manque de données financières et d'indicateurs de résultats.

Quelles que soient les appréciations portées sur le Plan, il convient de souligner la bonne position de la France dans le domaine de la lutte contre les hépatites. Ainsi, le rapport Euro Hepatitis Index 2012⁸ la place en première position au niveau européen, avec un score de 872/1000. C'est un des seuls pays à avoir mis en place une politique de lutte contre les hépatites depuis plusieurs années. Dans cette étude, les points forts de la France sont la mise à disposition d'un accès au dépistage et au traitement et la surveillance épidémiologique. En revanche, la prévention primaire, bien qu'inscrite depuis longtemps en tant que priorité de santé publique, reste insuffisante, notamment du fait du retard à la vaccination contre l'hépatite B des personnes à risques, des nourrissons et des adolescents. A défaut de mesures d'efficacité et d'efficacité des actions prises individuellement, ce classement constitue un marqueur du dynamisme de la politique de lutte contre les hépatites et des efforts conjoints des acteurs de la prise en charge.

3.2 Conception et élaboration du Plan

3.2.1 Pertinence épidémiologique

Le Plan a contribué à maintenir les hépatites virales comme une priorité de santé publique, même si la fréquence de la maladie peut être considérée comme faible relativement à d'autres grandes priorités comme les cancers ou les maladies liées au vieillissement.

Maintenir les hépatites virales dans les priorités nationales apparaît justifié au regard de la prévalence de ces maladies et de leur gravité, en raison du fait qu'il s'agit de pathologies évitables par des moyens de prévention appropriés et que les moyens d'agir existent pour améliorer encore la situation actuelle (vaccination contre l'hépatite B, traitements antiviraux efficaces dans l'hépatite C), même si elle est considérée comme plutôt bonne en France. Les plans successifs ont contribué à cette situation, mais il apparaît indispensable de conserver une politique active de prévention pour poursuivre la réduction de l'incidence et de la prévalence de ces maladies.

Un autre argument épidémiologique en faveur d'un plan hépatites était l'existence d'inégalités face à ces maladies et le fait qu'elles touchent majoritairement des personnes en situation de précarité (migrants, détenus, usagers de drogues). Il était justifié de maintenir les efforts pour que ces populations accèdent convenablement à l'information, à la prévention, au dépistage et aux traitements.

Il semble par ailleurs qu'une prévalence perçue comme assez faible ait pour conséquence une faiblesse des messages de prévention en population générale. Si la reprise de la vaccination chez les nourrissons permet d'espérer, à terme, une meilleure couverture de la population en matière d'hépatite B, cela ne concerne pas les adolescents encore insuffisamment vaccinés et qui constituent les populations susceptibles d'être contaminées dans les années à venir.

⁸ Euro Hepatitis Index 2012 Report. <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-HepI-HCP-121104-2-w-Cover.pdf>

3.2.2 Pertinence d'un plan thématique

Le Plan a incontestablement permis la mobilisation autour d'un thème et d'un type d'affection. La thématique des hépatites continue à avoir besoin d'une visibilité propre, compte tenu de la vulnérabilité sociale des populations les plus touchées. Le regroupement de la thématique « hépatites » avec le VIH risquerait de lui donner trop peu de poids par rapport à celle du VIH. En effet, les documents d'information qui abordent les deux semblent n'avoir qu'ajouté des rubriques VHB/VHC à des documents initialement conçus pour le VIH, et montrent bien les limites de l'approche par pathologie ou par addition de pathologies. Il était donc important de maintenir une attention spécifique sur la question des hépatites.

Cependant, l'approche par pathologie appliquée à des populations qui cumulent des problèmes sanitaires avec des problèmes sociaux risque d'amplifier la distorsion entre des réponses strictement médicales sous la forme d'actes techniques ou de prescriptions médicamenteuses et la réalité des difficultés sociales rencontrées par certaines des populations concernées.

Une approche par population ou par thématique de vie (enfance, adolescence, santé sexuelle, etc.) serait sans doute plus pertinente qu'une approche par pathologie pour résoudre les problèmes touchant aux spécificités des populations, notamment en termes de prévention ou de dépistage. Les schémas régionaux vont dans ce sens. Par contre, la prise en charge des personnes malades nécessite une approche globale spécifique. Le challenge à l'avenir sera de mettre en place des dispositifs distincts mais articulés, pour partie par pathologie (pour la recherche, l'approche médicale des traitements), pour partie par population, pour partie par thème de vie (pour la prévention, le dépistage et l'accompagnement social). Cela suppose que les politiques soient élaborées et développées sur le fondement d'analyses combinant des approches pluri professionnelles et pluridisciplinaires au sens large où les professionnels non médicaux et non hospitaliers puissent participer aux décisions.

3.2.3 Prise en compte de l'hépatite B

Même si le Plan ciblait les hépatites B et C, l'hépatite B semble insuffisamment prise en compte ; il en résulte que les recommandations de vaccination, dépistage et traitement ne sont plus très claires, alors même que le portage chronique du VHB est devenu plus fréquent que celui l'hépatite C⁹.

Cette situation est d'autant plus regrettable que, d'une part, l'hépatite B touche principalement les migrants et que, d'autre part, les usagers de drogues sont concernés par l'hépatite B autant que par l'hépatite C. Le Plan ne semble pas avoir suffisamment pris en compte cette réalité.

Cette situation est probablement aussi en partie due à la mauvaise image du vaccin contre l'hépatite B et aux difficultés spécifiques de la prise en charge de l'hépatite B. En effet, à l'inverse de l'hépatite C pour laquelle il n'y a que deux marqueurs (l'antigène et l'anticorps), l'interprétation des marqueurs de l'hépatite B reste complexe. De même pour l'hépatite C, il existe des traitements permettant de guérir la maladie dans une proportion de cas de plus en plus élevée alors que la guérison est plus difficile à obtenir dans l'hépatite B chronique, qui nécessite souvent le maintien d'un traitement de façon prolongée.

⁹ Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Rapport InVS. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire, mars 2007.

3.2.4 Le rôle des agences sanitaires

Les opérateurs nationaux que sont les agences sanitaires ont été des acteurs importants du plan, en particulier l'Inpes pour le programme de promotion de la santé et de prévention, qui s'inscrit dans le cadre des axes 1 et 2 du plan, l'InVS pour le programme de surveillance épidémiologique des hépatites et la HAS pour des activités d'évaluation, notamment des tests de dépistage.

Cependant, les représentants et acteurs de certaines de ces agences semblent avoir été assez peu consultés au moment de l'élaboration du Plan. Pour certains, il aurait été nécessaire d'être plus impliqués dans l'élaboration du Plan pour mieux articuler les actions du Plan avec le programme de travail de l'agence.

3.2.5 Un manque d'objectifs quantifiés inscrits dans le Plan

Le Plan n'a quasiment pas d'objectifs quantifiés, hormis :

- l'objectif 37 de Loi de santé publique : réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques. Mais cet objectif ne comportait pas de valeur de référence¹⁰ et justifiait une période d'observation plus longue que celle d'un plan ;
- des objectifs quantifiés pour l'ensemble de l'axe II : augmenter le pourcentage de personnes séropositives pour le VHC connaissant leur statut de 57 à 80% et de personnes porteuses de l'antigène HBS connaissant leur statut de 45 à 65%. Mais le recueil de données pour mesurer le degré d'atteinte de ces objectifs n'a pas été programmé ;
- des objectifs quantifiés pour trois actions de l'axe I : passer à 95% de sérovaccination pour les nouveaux-nés de mère porteuse de l'antigène HBS, passer à 80% de couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les usagers de drogues, diminuer de 30% la fréquence des pratiques à risque lors des injections. Mais aucun indicateur mesurant le degré d'atteinte de ces objectifs n'est disponible au moment de l'évaluation du Plan.

Pour le reste des actions, les objectifs sont restés assez généraux ou avec des indicateurs sans valeur cible.

3.2.6 Cohérence interne / choix des objectifs et des actions

L'explicitation du choix des actions retenues pour répondre aux objectifs intermédiaires dans chacun des axes ne figure pas dans le texte du plan. On ne comprend pas toujours pourquoi certaines actions sont retenues dans le Plan et pas d'autres qui auraient pu sembler prioritaires.

Par exemple, on peut s'interroger sur la façon dont les objectifs affichés du Plan contribuent à atteindre les 2 objectifs de la loi de santé publique de 2004 concernant les hépatites. Cette faiblesse, retrouvée également dans d'autres plans, paraît liée à un déficit d'évaluation ex ante des effets des actions proposées et à une analyse insuffisante des facteurs agissant sur les déterminants de santé à modifier.

3.2.7 L'organisation régionale

Le plan ne prévoyait pas de manière précise les modalités de déclinaison en région.

¹⁰ HCSP. Collection Avis et Rapports. Objectifs de santé publique Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Avril 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf

3.2.8 Les obstacles à la mise en route du Plan

Le deuxième plan « hépatites » s'était achevé en 2005. L'élaboration du plan suivant a été longue et difficile, basée sur d'importants travaux préparatoires qui se sont étendus sur les années 2006 à 2008. Il y a eu une période de latence entre ces travaux et le lancement du Plan tel qu'il est actuellement et des évolutions sensibles entre les propositions du groupe de travail et le contenu à terme du Plan.

Ce retard au lancement du Plan a été rapporté à l'existence de points sensibles à propos desquels il a été difficile de trancher :

- la vaccination contre le VHB, qui souffrait encore du discrédit que lui avait attiré la polémique sur une possible association entre une augmentation du risque de sclérose en plaque et le vaccin contre l'hépatite B et qui avait conduit, en 1998, à la décision de suspendre la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire ;
- et les stratégies d'éducation à l'injection (programme d'accompagnement et d'éducation au risque lié à l'injection, salles de consommation), politiquement délicates à endosser et qui n'ont finalement pu être maintenues dans le Plan qu'en tant qu'« étude de faisabilité ».

Le Plan a finalement été annoncé publiquement fin février 2009 par le Directeur Général de la Santé et non par la Ministre de la Santé, ce qui a été perçu comme un engagement politiquement moins fort.

3.3 Mise en œuvre du plan

La mise en œuvre du Plan repose essentiellement sur une forte gouvernance au niveau national, avec un suivi rapproché sur la thématique des hépatites, par la DGS, appuyée par le comité de suivi et le groupe restreint d'animation. Néanmoins, l'identification des actions du Plan par le grand public, les professionnels de santé en dehors de la communauté des hépatologues et par les acteurs de terrain, est relativement faible.

3.3.1 Gouvernance nationale

Un rôle important du comité de suivi

Le comité national de suivi et de prospective et le groupe restreint ont joué un rôle très important pour la mise en œuvre et le suivi des actions, comme en témoignent les rapports du comité pour les années 2010 et 2011, le rapport de l'année 2012 étant en cours de rédaction.

Ces rapports rassemblent des informations sur la mise en œuvre des actions au sein de chaque axe au cours de la période considérée, sur les travaux des groupes de travail et des éléments de contexte et d'actualité sur les hépatites.

Chaque axe était sous la responsabilité de deux membres du groupe restreint. Mais, pour l'axe 1, les responsables ont moins participé au suivi sur les dernières années du Plan, par manque de disponibilité et en raison d'un sentiment d'inutilité.

Ce comité de suivi était force de proposition et disposait du soutien de la DGS, qui a travaillé dans un souci de transversalité et de prise en charge globale. Le Plan a permis qu'il y ait un médecin de santé publique responsable de la thématique des hépatites à temps plein au niveau de la DGS.

Un Plan hospitalo-centré et marqué par le point de vue de l'hépatologie

Le comité de suivi était diversifié, avec des représentants de l'hépatologie hospitalière et libérale, d'associations professionnelles ou de sociétés savantes de médecins concernés par les hépatites, la prise en charge des usagers de drogues, des détenus, des migrants ou des personnes vulnérables, d'intervenants dans le champ de la toxicomanie et d'associations de patients. Mais les non hépatologues n'ont pas pu s'imposer et les hépatologues sont apparus comme les véritables « promoteurs » du Plan. Malgré la déclinaison large en axes prenant en compte la prévention primaire, la prévention secondaire et la prise en charge, il y a eu une nette prédominance des logiques thérapeutiques hospitalières par rapport aux logiques médico-sociales de prévention.

Les préoccupations liées aux traitements antiviraux et à leur surveillance hospitalière ont pris beaucoup de place dans le Plan, au détriment d'une approche plus globale, alors que la prise en charge des patients pose le problème des stratégies de prévention et de dépistage adaptées aux fréquentes difficultés sociales des personnes concernées. Il est tentant, dans un plan thématique par pathologie, de chercher à améliorer uniquement la composante traitement, au risque de méconnaître les leviers d'une stratégie de nature systémique, touchant d'autres secteurs de la santé.

L'ambition d'éradiquer l'hépatite C avec les traitements futurs, voire les trithérapies, est louable, mais elle dépasse largement le problème de la seule prise en charge médicale des patients, qui à elle seule ne justifierait pas un plan. Le Plan est surtout justifié par l'existence de difficultés et d'inégalités en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins, compte tenu des populations majoritairement concernées par les hépatites virales. Pourtant, la prise en charge médicale a pris beaucoup de place dans les perspectives du Plan pour finalement ne concerner qu'un petit nombre d'acteurs et limiter la question des bénéfices de santé à un enjeu d'éducation thérapeutique. Les comorbidités fréquemment présentes chez ces patients et les difficultés sociales des groupes les plus à risque (usagers de drogues, consommateurs excessifs d'alcool, patients en situation de précarité, migrants ...) doivent être prises en compte au même titre que les aspects techniques liés à l'entrée en traitement, à la surveillance hospitalière et à l'éducation thérapeutique.

Des difficultés d'adaptation du Plan aux avancées scientifiques apparues en cours de plan

Certaines actions ont été annulées en raison d'avancées scientifiques, en particulier la mise sur le marché des trithérapies pour le traitement de l'hépatite C, qui ont pris le devant de la scène. Ces innovations, considérées comme nécessitant un suivi hospitalier en milieu spécialisé, ont conduit à marginaliser les médecins généralistes et d'autres structures de proximité. La demande d'attribution de ressources s'est focalisée sur l'éducation thérapeutique principalement hospitalière au détriment d'un possible accompagnement extra-hospitalier (dont la région lyonnaise a pourtant montré la faisabilité avec une « maison des hépatites ») ou d'un soutien à la prévention primaire, au dépistage et à l'accompagnement vers le soin. Les actions nécessitant l'implication des médecins généralistes, pourtant acteurs incontournables dans le domaine des hépatites, de la vaccination, de la prescription de traitements de substitution oraux, ont paru délaissées. Ceci est aussi lié au fait que la mise en œuvre du Plan était plus centrée sur l'hépatite C, qui s'est avérée le sujet privilégié des réunions du comité de suivi.

3.3.2 Mise en œuvre et déploiement en région

La création des ARS et le suivi de la déclinaison en région

Le Plan « hépatites » 2009-2012 s'est déroulé au cours de la période de mise en place des ARS (en avril 2010). La nouvelle gouvernance régionale a fortement modifié l'articulation entre le niveau national et le niveau

régional pour la déclinaison de ce Plan, comme pour les autres plans. Or, dans le domaine des hépatites, les prévalences et l'importance des groupes vulnérables variant assez fortement d'une région à l'autre, les stratégies de prévention primaire, de dépistage, de prise en charge, de formation etc. doivent être adaptées au niveau régional.

Jusqu'en 2010, la DGS pouvait exercer un pilotage assez rapproché, mais elle n'a pas eu le temps d'initier une véritable déclinaison du Plan en région. Puis, la loi HPST a conduit les instances régionales à établir leurs priorités et leur plan de façon autonome, avec des contraintes différentes de la seule déclinaison des plans nationaux et un mode opératoire mal précisé entre les niveaux national et régional. La mise en place des ARS, ayant vocation à structurer de façon intégrative les politiques de santé dans un cadre régional autonomisé, a été accompagnée par l'instauration d'un Conseil national de pilotage des ARS (CNP-ARS), coordonné par le Secrétariat général des ministères sociaux, indépendant des administrations centrales¹¹. Consécutivement, la communication entre les administrations centrales et les régions s'est trouvée limitée, de nouvelles procédures étant désormais en vigueur : toute transmission d'information ou d'instructions doit être soumise à l'approbation du CNP-ARS et ne peut être communiquée directement aux régions. La DGOS, par exemple, a fait preuve de beaucoup de réticence pour adresser aux ARS sa circulaire sur les parcours de soins.

Il n'y avait pas, en tout cas au moment de la mise en place des ARS, de référent « hépatites » dans toutes les ARS. En général, lorsqu'il y en avait un, cela s'est traduit par la déclinaison des actions et des recommandations du Plan au niveau régional ou local. Ainsi, dans certaines régions, des membres du comité de suivi se sont personnellement mobilisés, avec SOS hépatites, pour qu'il y ait des correspondants « hépatites » dans leur ARS. La DGS et le comité de suivi ont essayé de surmonter cette difficulté en se plaçant dans une fonction de support, pour aider les ARS à décliner le Plan, en apportant des arguments (données épidémiologiques et connaissance sur les évolutions récentes dans le domaine des hépatites) et des outils (fiches hépatite B et hépatite C), mis à disposition des médecins référents hépatites dans les ARS.

Mais cela n'a pas empêché qu'il y ait une perte d'homogénéité dans la transmission des messages nationaux aux régions. L'hétérogénéité est également liée au fait que beaucoup d'actions qui s'appuient sur le travail de bonnes volontés locales restent ponctuelles, les ARS n'étant pas toujours en mesure d'assurer la coordination des actions. A cela s'ajoutent des problèmes de financement (les circuits de financement ne sont pas tracés), ce qui nuit à la pérennité et à l'évaluation des actions.

Il arrive aussi que ce qui est décidé au niveau de la DGS/DGOS se traduise peu sur le terrain, même pour ce qui concerne l'affectation de crédits.

Pertinence du déploiement régional des actions

Il est probable que le déploiement en région ait été limité du fait même du choix des actions inscrites dans le Plan. En effet, le groupe de travail n°1 du Comité de suivi "Déploiement du plan en région" a mené en 2010 une analyse des 55 mesures du plan en vue de déterminer si le déploiement en région de chacune des mesures avait un sens. Pour chacune des mesures identifiées comme pertinentes au niveau régional, ont été recherchés :

- l'existence dans le plan d'indicateurs de suivi de la mesure ;
- les sources de données associées à ces indicateurs ;

¹¹ Le Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales est placé sous l'autorité conjointe du ministre chargé du Travail et de l'Emploi, du ministre chargé des Affaires sociales et de la Santé et du ministre chargé des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative.

- ainsi que les principaux acteurs de terrain concernés par cette mesure.

Le constat issu de cette analyse a été que sur les 55 mesures du plan, il n’y en avait que 17 dont le déploiement régional avait un sens. Ces 17 mesures sont concentrées dans les trois premiers axes du plan :

- 9 mesures sur les 17 de l'axe I "réduire la transmission" ;
- 3 mesures sur les 6 de l'axe II "dépistage" ;
- 5 mesures sur les 11 de l'axe III "accès et qualité des soins".

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

Axe	Mesures
Axe I – Réduction de la transmission des virus B et C	<p>I -2-1. Information des médecins relative à la vaccination des nourrissons et des enfants</p> <p>I -1-2. Information et communication en direction des professionnels de santé</p> <p>I -1-3. Soutien des associations de santé communautaire</p> <p>I -2-2. Relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB</p> <p>I -2-4. Proposition de la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux UD dans les CSAPA</p> <p>I -2-5. Proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie</p> <p>I -2-6. Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé</p> <p>I -3-4. Suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone</p> <p>I -3-5. Agir dans les lieux festifs</p>
Axe II – Renforcement du dépistage des hépatites B et C	<p>II -1-3. Incitation des usagers de drogues au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat</p> <p>II -1-4. Développement de l'information et de l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie</p> <p>II -2-1. Validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par le virus B et C et mise en œuvre</p>
Axe 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	<p>III -1-3. Amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C avant, pendant et après traitement</p> <p>III -1-4. Amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés et addictions et services de prise en charge des hépatites</p> <p>III -2-1. Promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique</p> <p>III -3-2. Développement de partenariats avec les associations d'usagers et patients</p> <p>III -3-3. Développement de partenariats avec des professionnels en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants</p>

Par ailleurs, la recherche systématique, pour chacune des mesures susceptibles d'être déployées en région, de sources de données aptes à produire les indicateurs de suivi, a permis d'identifier 11 organismes sources d'information : 8 organismes nationaux, 1 organisme présent dans chaque région (en l'occurrence l'ARS) et 2 sources potentielles plus dispersées (médecins du travail des établissements de santé et les unions régionales des professions de santé en cours de mise en place à cette époque). Mais il s'est avéré impossible de mettre en œuvre le recueil et l'analyse de ces indicateurs, faute de moyens humains en région.

Prise en compte de la thématique « hépatites » dans les programmations régionales

Le relais en région dépend fortement de la volonté d'agir et du leadership des acteurs régionaux, qui conduisent à l'inscription ou non de la thématique dans la stratégie ou le plan régional et à l'obtention de moyens auprès des ARS. Or, les capacités mobilisatrices du Plan ont varié dans les ARS, selon les priorités du PRS et la mobilisation des acteurs locaux. Alors que la mobilisation des ARS semble dépendre de l'existence et de l'initiative d'acteurs individuels, c'est la situation inverse qui serait plutôt souhaitable : en l'absence d'acteurs jouant un rôle moteur, c'est l'autorité régionale qui devrait s'employer à faire bouger les choses. En

Aquitaine, par exemple, les instances régionales de santé publique sont historiquement très impliquées sur ce sujet. Depuis l'expérimentation du Fibroskan®, l'ARS organise notamment une réunion inter-régionale (trois régions) autour de la problématique addictions-hépatologie, réunissant CSAPA, CAARUD, services hospitaliers d'hépatologie et représentants des trois ARS (médecins chargés des hépatites et des addictions).

Un autre obstacle à la déclinaison régionale du Plan a été le manque de congruence entre le temps du Plan et de son évaluation et le temps de la programmation régionale.

A la suite de la mise en place des ARS, cette programmation régionale s'est déroulée en différentes étapes sur les années 2010-2012 avec l'élaboration d'un projet régional de santé (PRS), en suivant les étapes suivantes :

- l'élaboration d'un Plan stratégique régional de santé (PSRS), comprenant une mise à jour de l'état des lieux de la situation sanitaire et de l'offre médico-sociale et la formulation d'objectifs stratégiques ;
- puis l'écriture ou l'actualisation des différents schémas régionaux : Schéma régional de prévention (SRP), Schéma régional d'offre de soins (SROS) et Schéma régional d'offre médico-sociale (SROMS) et de programmes spécifiques comme le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

La démarche s'est achevée fin 2012 dans pratiquement toutes les régions.

Une lecture de l'ensemble des PRS montre que la thématique « hépatites » est rarement inscrite en tant que telle, mais que les grandes orientations se retrouvent partiellement inscrites dans un grand nombre de PRS, soit au niveau du PSRS, soit dans le SRP, dans le SROS, le SROMS et/ou le PRAPS. Cependant, cette approche ne permet pratiquement jamais de retrouver l'intégralité des actions du plan pouvant être déclinées en région. Les actions les plus souvent inscrites de manière explicite sont le renforcement de la vaccination et du dépistage. Quelques régions ont également inscrit des objectifs ou actions concernant les usagers de drogues ou les détenus, l'organisation des soins, l'éducation thérapeutique ou parfois l'accès à des appartements thérapeutiques (cf. annexe IV).

Fédérer et échanger des initiatives plutôt que chercher à généraliser un modèle unique

Au niveau régional, le déploiement des plans (ou à l'avenir de toute politique publique) va supposer un effort de traduction pour l'intégration dans les plans régionaux. Une lecture matricielle n'est pas facile, mais elle s'impose entre des plans ou des thématiques nationaux (par pathologie) et une organisation régionale qui construit des plans par niveau de prise en charge (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, secteurs médico-social) ou par population, etc. En conséquence, le niveau national peut fixer de grandes orientations, mais doit être à même de consolider, fédérer, favoriser les échanges d'expériences, valider les différents modèles de prise en charge qui peuvent être développés dans les régions et accepter différents modes d'organisation selon les régions. Cette démarche nécessite un référent régional sur la thématique, dont le rôle est de s'assurer que l'on s'occupe du problème dans la région et de vérifier son impact sur les populations concernées, l'existence de portes d'entrée adaptées dans le système de prise en charge pour que les différents groupes de populations aient une chance égale d'accès aux soins. A cet égard, il faut distinguer, d'une part les protocoles de soins qui légitimement doivent être standardisés sur des critères scientifiques d'efficacité démontrée (evidence-based) et, d'autre part, l'organisation des soins, qui peut être déclinée au niveau régional ou local avec une certaine souplesse.

L'implication des acteurs régionaux

Les études monographiques réalisées dans trois régions¹² ont montré un faible investissement des médecins libéraux (généralistes ou spécialistes de gastro-entérologie) peu concernés et intéressés aux hépatites B et C, à l'exception notable de médecins ayant une patientèle d'usagers de drogues et plus spécialisés en addictologie, voire impliqués dans des expériences de microstructures.

3.3.3 Point sur les DOM et en particulier les DFA

Plusieurs personnes auditionnées ont insisté sur la prise en compte insuffisante de départements d'outremer et en particulier des Antilles et de la Guyane, mais également de Mayotte dans le cadre du Plan, car ce sont des régions où les besoins sont immenses, de la nécessité d'améliorer la connaissance et la surveillance épidémiologique, jusqu'à la mise en œuvre des parcours de prévention et de soins adaptés.

On note par ailleurs que parmi ces départements, seule la Guadeloupe a inscrit explicitement les hépatites dans le PSRS et dans le SRP, avec des actions sur la vaccination, le dépistage et l'éducation thérapeutique.

3.3.4 Articulation avec les autres politiques nationales et régionales (plans et programmes)

Les articulations avec les autres plans sont nombreuses, mais relativement ponctuelles et relèvent plus d'une superposition de mesure que d'actions véritablement articulées, ce qui pose question puisqu'une partie des objectifs concerne des groupes particuliers (détenus, migrants, usagers de drogues) pour lesquels les hépatites ne sont qu'un des problèmes de santé possibles, une approche plus intégrée de prise en charge paraîtrait plus pertinente et efficace.

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014¹³

Il y a de nombreux points de convergence possibles entre le plan VIH et le Plan hépatites, notamment du fait de la ressemblance des populations à risque et des modalités de transmission, même s'il y a des différences notables, qui expliquent que la contamination par le VIH ait fortement baissé chez les usagers de drogues, alors qu'elle semble se poursuivre pour le VHC.

Un des arguments avancés en faveur d'un plan hépatites autonome est que ces pathologies passeraient complètement inaperçues si elles étaient regroupées dans un plan commun avec le VIH, ce qui représente un inconvénient que nous avons déjà identifié ci-avant. Cependant au niveau régional, les correspondants dans les ARS sont souvent en charge des thématiques VIH, hépatites et autres infections à transmission par voies sanguine ou sexuelle.

Dans le système de soins, les infectiologues sont plus fréquemment impliqués que les hépatologues dans la prise en charge des hépatites et il semble que les patients co-infectés (VIH-VHB ou VIH-VHC) soient plutôt bien pris en charge pour leur hépatite.

Dans les faits, l'articulation entre les deux plans s'est surtout faite sur la mesure concernant les appartements thérapeutiques, qui est inscrite uniquement dans le plan VIH, mais qui commence à s'ouvrir aux patients traités pour une hépatite. Par ailleurs, dans ses documents, l'Inpes a souvent intégré la problématique des hépatites à celle du VIH ou des IST (dans le domaine de la prévention et du dépistage).

¹² Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisée par Planète Publique pour le HCSP. Mars 2013

¹³ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

Plan Addictions et Plan MILDT

Le plan gouvernemental 2008-2012 de la MILDT prévoyait explicitement de soutenir les mesures du plan hépatites et, à ce titre, la MILDT a financé en 2011 une étude sur les résultats du dépistage de la fibrose hépatique par des méthodes non invasives chez les usagers de drogues ayant un abord veineux problématique. Pour la mise en œuvre de cette étude, la MILDT a permis de financer l'achat de fibroscan® dans les CSAPA-CAARUD pour 500 000 euros. Cette étude est toujours en cours au moment de la présente évaluation.

Plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice¹⁴

Ce plan d'actions, lancé au milieu de la période du plan hépatites 2009-2012, reprend à son compte un certain nombre d'actions qui avaient été inscrites dans le Plan hépatites, notamment l'amélioration de la connaissance. L'inscription d'une thématique « détenus » dans le Plan hépatites a permis d'initier des études avant le lancement du plan d'actions stratégiques et de disposer de données pour appuyer les mesures qu'il fallait prendre dans ce cadre.

Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011¹⁵

Dans ce plan, l'hépatite C est considérée comme une maladie transmissible persistante, analogue à l'infection par le VIH. Mais aucune mesure ne vise spécifiquement les hépatites, pas plus que les autres pathologies puisque ce plan repose sur une approche transversale d'une situation de vie, celle des personnes qui vivent avec une maladie chronique.

Les mesures du plan susceptibles de concerner les patients atteints d'hépatites sont donc des mesures générales visant à améliorer une prise en charge personnelle de sa maladie par le patient, à savoir :

- Favoriser la connaissance par le patient de sa maladie pour mieux la prendre en charge. Le Plan hépatites a cependant amené beaucoup sur ce sujet, avec le travail de l'Inpes ciblant les diverses populations concernées spécifiquement par une forte prévalence ;
- Favoriser l'éducation thérapeutique, pour laquelle il conviendra de voir où en est la réflexion sur les modalités d'organisation et de financement, avec une attention spécifique sur la situation des hépatites ;
- Faciliter la vie des malades au quotidien et l'accompagnement dans la vie courante, notamment améliorer la coordination médico-sociale, avec comme action spécifique augmenter les possibilités de prise en charge à domicile et en appartement thérapeutique. Le texte de la mesure du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques précise les caractéristiques des personnes pouvant en bénéficier : « *Initialement destinés aux patients atteints par le VIH-SIDA, les appartements de coordination thérapeutique, créés en 1994, ont été intégrés dans le dispositif médico-social. Depuis le décret du 3 octobre 2002, ces appartements peuvent servir à héberger à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Cette extension de ces missions permet aux appartements de coordination thérapeutique d'apporter une réponse adaptée aux besoins de personnes*

¹⁴ Ministère de la santé et des sports. Ministère de la justice et des libertés. Plan d'actions stratégiques 2010/2014 - Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice / octobre 2010.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

¹⁵ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

atteintes de pathologies sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives...) qui ne pouvaient en bénéficier auparavant¹⁶ ».

Ce plan est en cours d'évaluation par le HCSP. La publication de cette évaluation est prévue en 2013.

Politique vaccinale

Le Plan fait référence au calendrier vaccinal pour la liste des recommandations et obligations vaccinales. Le guide des vaccinations a été actualisé par l'Inpes en 2012¹⁷. Ce guide rappelle le schéma vaccinal chez les nourrissons et les modalités de la vaccination. Il ne fait pas directement référence au Plan, mais reprend les obligations légales et les recommandations vaccinales, qui sont cohérentes avec certaines des actions du Plan.

Les recommandations sur la vaccination contre l'hépatite B issues de notre évaluation devraient de toute façon être reprises dans le cadre de la politique vaccinale, alors que la plus-value d'une inscription des mesures de type vaccinal dans un plan national de lutte contre les hépatites n'est pas évidente.

3.4 Financement

Le projet initial de Plan comportait une estimation du financement des actions, adossé à chaque fiche. Mais ces informations ont été retirées au moment de la publication du Plan, comme cela avait déjà été fait pour d'autres plans. La ventilation des ressources dédiées au Plan et la constitution même d'un budget en regard des objectifs du Plan restent donc du domaine de la redistribution et difficiles à tracer.

En prenant en compte les actions pour lesquelles un budget est resté indiqué dans le document du Plan, le budget prévisionnel global du Plan était d'environ 5 millions d'euros sur les 4 ans (hors coût du vaccin contre l'hépatite B et autres dépenses de soins par l'Assurance Maladie) sur des crédits DGS ou des crédits déconcentrés. Il y avait donc peu d'actions bénéficiant d'un financement spécifique dans le cadre du Plan, une majorité des actions étant portées par les agences sanitaires ou les structures de soins (pôles de référence, UCSA) ou médico-sociales (CSAPA-CAARUD) « à moyens constants ».

Les bilans du comité de suivi, bien que très détaillés sur la mise en œuvre et la réalisation des actions, ne font pas apparaître de bilan des financements alloués. Les chiffres communiqués sont 750 000 euros au titre des dépenses à l'échelon central et 500 000 à celui des dépenses par les administrations déconcentrées pour 2009, 1 million au niveau central en 2011. A partir de 2010, le montant des dépenses des régions n'est plus agrégé au niveau national ; les dépenses « hépatites » au niveau des régions sont englobées dans l'enveloppe « prévention » des ARS.

De la même façon, les institutions nationales chargées de mettre en œuvre les actions ne sont pas non plus en mesure d'individualiser le coût des actions réalisées dans le cadre du Plan, lorsque ces actions sont intégrées à leur programme annuel de travail. Au niveau des agences sanitaires, il est difficile de faire la part entre les activités hépatites faisant partie du Plan et celles n'en faisant pas partie et également de tracer l'ensemble des coûts imputables aux activités concernant les hépatites, lorsque celles-ci sont incluses dans d'autres programmes (prévention des maladies sexuellement transmises, vaccination, etc.), voire lorsque les travaux menés sur le thème des hépatites ne font pas du tout partie du Plan (une partie des missions en cours sur ce

¹⁶ Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

¹⁷ Inpes. Guide des vaccinations. Édition 2012. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/telechargements.asp>

thème à la HAS). L'Inpes estime cependant à environ 1,5 million d'euros par an les dépenses concernant la lutte contre les hépatites (dont 0,5 million pour « Hépatites-Info-Service »).

Quant aux dépenses effectuées au niveau régional, elles se trouvent intégrées – « noyées » selon certains interlocuteurs - dans l'enveloppe globale « prévention » des ARS.

Il est cependant difficile d'évaluer dans quelle mesure les problèmes de financements sont un obstacle pour la réalisation de certaines actions. Dans certaines situations comme la prévention et la prise en charge en milieu pénitentiaire, les problèmes de financements apparaissent comme un obstacle à certaines actions. Il en est de même pour l'éducation thérapeutique.

3.5 Mesure des effets

3.5.1 Analyse des indicateurs prévus dans le plan et dans la Loi de Santé publique

L'analyse des données disponibles montre que l'on est en mesure de documenter la plupart des indicateurs sur les années du plan, mais en général pas au-delà de 2010 ou 2011. Les indicateurs manquants sont la couverture vaccinale de certaines populations (populations ayant des pratiques sexuelles à risque, sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs), la pratique des tests non-invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique, qui est très partiellement renseignée (données non fournies par la CNAMTS), et les indicateurs de mortalité, qui ne font pas l'objet d'un suivi structuré.

Les indicateurs disponibles sont présentés ci-dessous. Pour ceux pour lesquels on peut suivre l'évolution au cours du temps, celle-ci est le plus souvent favorable, mais il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit d'un effet du plan. Tout au plus peut-on supposer que cette tendance favorable est le fruit de la politique mise en œuvre depuis de nombreuses années dans les domaines de la lutte contre les hépatites et de la réduction des risques.

Incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique

En population générale adulte, l'incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique est estimée à partir des déclarations obligatoires, mais il existe une sous-déclaration importante (taux de sous-déclaration estimé à 75% en 2005). Le dernier chiffre disponible concerne l'année 2009, avec une incidence de 0,74/100000 [IC 95% : 0,67-0,82] (474 cas), traduisant une diminution de l'incidence (en 2004, l'incidence était de 0,96/100000 [IC 95% : 0,86-1,06] (598 cas)), sous réserve qu'il ne s'agisse pas uniquement d'une baisse de l'exhaustivité¹⁸. Cette tendance pourra être interprétée plus finement grâce à l'enquête Labohep de 2010-2011. Le mode de contamination le plus fréquent reste l'exposition sexuelle rapportée dans 54% des cas.

Evolution des connaissances, perceptions et attitudes de la population et des professionnels de santé vis-à-vis des hépatites

Population générale

Les connaissances, attitudes et pratiques en population générale ont été évaluées au sein d'études KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) réalisées par l'Inpes : enquêtes KAPB 2004 et 2010¹⁹ et enquête Nicolle en 2006²⁰.

18 Données InVS. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Infection-aigue-symptomatique-par-le-virus-de-l-hepatite-B/Donnees-epidemiologiques>

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

L'enquête KABP, réalisée en 2010 par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 9 014 personnes de 18-69 ans résidant en France métropolitaine, montre que moins de la moitié des personnes interrogées ont une connaissance correcte des modalités de transmission du VHB. Les modes de transmission (par voie sexuelle et par injection de drogues) sont moins bien connus pour le VHC (respectivement 69,7% et 89,9%) que pour le VIH (99,4% et 99,1%). La même enquête a révélé que les modes de transmission du VHB sont eux aussi moins bien connus que ceux du VIH ; la transmission sexuelle du VHB est ignorée par près d'une personne sur trois. Le recours (déclaré) au test de dépistage du VHB est de 27,4% au cours de la vie (17,4% une fois, 10% plusieurs fois), donc moitié moins fréquent que pour le VIH (61,3%), alors que 20% des personnes interrogées expriment des craintes vis-à-vis de la maladie. Ce dernier chiffre est en diminution par rapport à 2004 et est plus faible que celui qui ressort de l'enquête Nicolle de 2006, où la question était posée différemment et où les hépatites étaient les maladies infectieuses les plus craintes, après les méningites (citées par 49,3% des personnes interrogées).

En 2010, respectivement 7,6% et 53,2% des répondants considèrent avoir "plus de risque" et "le même risque" d'être contaminés par le VHB que la moyenne des gens, 47% des répondants déclarent s'être fait vacciner contre l'hépatite B, quel que soit le nombre de doses, 9% indiquant ne plus savoir.

Ces résultats témoignent de la nécessité d'améliorer les connaissances de la population générale à propos du VHB, si l'on veut renforcer les pratiques de dépistage et de vaccination, notamment vis-à-vis des personnes à risque.

20 Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : 252 p.

Tableau 1 : Indicateurs sur les connaissances, attitudes et pratiques en population générale

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Crainte vis-à-vis des hépatites	Inpes - Enquête Nicolle 2006 Enquête en population générale 18-79 ans	2006	France métropolitaine	Les hépatites sont les maladies infectieuses les plus craintes (citées par 49,3% des personnes interrogées) après les méningites
Connaissances sur les modalités de transmission du VHB Pensez-vous que la transmission du VHB est possible lors de rapports sexuels sans préservatif/ en partageant une seringue lors d'une prise de drogue / par une piqûre de moustique / lors d'une grossesse ?	Enquêtes KABP 2004 et 2010 - ORS Ile-de-France en partenariat avec l'ANRS et l'Inpes. Enquête téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de 5071 personnes âgées entre 18 et 69 ans	2004 2010	France métropolitaine	2010 : Pourcentage de réponses correctes sur les 3 premiers items : 46,5% Pourcentage de réponses correctes sur les 4 items : 38,4%
Connaissance d'une personne infectée dans l'entourage				2010 : Oui : 21,4%
Crainte vis-à-vis de la maladie, c'est-à-dire réponse "beaucoup ou pas mal" en pourcentage à la question : "Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal, beaucoup ?"				2004 : 25% (environ, le pourcentage exact n'apparaît pas dans le rapport, uniquement sur un graphique) 2010 : 20,3% En diminution constante depuis 1994
Perception du risque				2010 : Respectivement 7,6% et 53,2% des répondants considèrent avoir "plus de risque" et "le même risque" d'être contaminés par le VHB que la moyenne des gens
Dépistage de l'hépatite B au cours de la vie				2010 : 27,4% des répondants déclarent avoir réalisé au moins un test de dépistage de l'hépatite B au cours de leur vie (17,4% une fois, 10,0% plusieurs fois)
Vaccination contre l'hépatite B				2010 : 47% des répondants déclarent s'être fait vacciner contre l'hépatite B, quel que soit le nombre de doses
Crainte vis-à-vis de la maladie, c'est-à-dire réponse "beaucoup ou pas mal" en pourcentage à la question : "Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal, beaucoup ?	Enquête KABP2010 - ORS Ile-de-France en partenariat avec l'ANRS et l'Inpes Sous-échantillon Ile-de-France analysé par l'ORS Ile-de-France	2010	Ile-de-France	2004 : 28,1% 2010 : 22,7% La baisse de la crainte des hépatites virales entre 2004 et 2010 est significative et confirme la tendance à la baisse de la crainte de ces maladies depuis 1994. Il n'y a pas de différence en fonction de l'âge.

Professionnels de santé

Les pratiques des médecins généralistes en termes de proposition de sérologies des virus B ou C aux patients à risque sont documentées dans le Baromètre-Santé MG 2009²¹, enquête téléphonique auprès de 2083 médecins généralistes de France métropolitaine exerçant une activité libérale. Les résultats sont comparés aux données des exercices précédents. Plus de neuf médecins sur dix (94,0%) se disent favorables à la vaccination pour les adultes à risque, 78,7% pour les adolescents et 68,0% pour les nourrissons.

Le dépistage de l'hépatite B est fréquemment proposé aux usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale : « systématiquement » par 73,1 % et « souvent » par 17,9 %.

Plus de la moitié des médecins déclarent proposer ce dépistage de manière systématique à l'entourage familial d'un patient porteur de l'antigène HBs positif (61,8 %) ainsi qu'aux personnes ayant des comportements sexuels à risque (55,9 %).

En revanche, la proposition de ce dépistage est moins régulière pour les personnes originaires d'un pays de forte endémie (Asie, Afrique subsaharienne, etc.) ainsi que pour celles en situation de précarité : respectivement un peu plus d'un généraliste sur trois (38,6 %) et un sur sept (14,3 %) déclarent le faire systématiquement.

Les praticiens proposent fréquemment la sérologie VHC aux usagers de drogues par voie intraveineuse : plus des trois quarts des médecins (76,6 %) déclarent leur proposer ce dépistage de manière systématique et près d'un sur six (16,1 %) déclare le faire « souvent ».

La proposition d'une sérologie du VHC est également fréquente pour les personnes transfusées avant 1992, puisque déclarée « systématique » par près de trois médecins sur cinq (59,5 %).

Les praticiens proposent de manière moins fréquente ce dépistage aux personnes ayant une asthénie importante et durable, aux personnes ayant un tatouage ou un piercing ainsi qu'aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou médical invasif : ils sont respectivement 28,4 %, 21,7 % et 17,6 % à déclarer le proposer « systématiquement ».

Proportion d'usagers de drogues sous traitement de substitution

Grâce aux enquêtes de l'OFDT (enquête PRELUD²², enquêtes ENa-CAARUD²³) et de l'ANRS avec l'InVS (enquêtes Coquelicot), on dispose de plus en plus de données sur les usagers de drogues, mais ces données concernent uniquement les usagers de drogues suivis dans les centres spécialisés, ce qui ne représente pas la totalité des usagers de drogues, les mieux insérés pouvant être suivis dans le dispositif commun (notamment en médecine générale) et les plus marginaux n'arrivant pas jusqu'aux dispositifs spécialisés. De plus, au moment de l'évaluation du plan, l'analyse des données de l'enquête Coquelicot 2011, qui est une des actions du plan, n'est pas complètement terminée et l'InVS n'a pas souhaité transmettre de chiffres provisoires issus de cette enquête.

²¹ Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p. Dépistage des hépatites virales en médecine générale. Et Gautier A, Jestin C. Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009, BEH 10 juillet 2012 / n° 29-30, numéro thématique – Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France.

²² Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 p

²³ Agnès Cadet-Tairou. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, septembre 2012

Ces enquêtes montrent une augmentation régulière des pratiques de réduction des risques, en particulier une augmentation des personnes sous traitement de substitution : en 2009, il y avait environ 100 000 personnes sous Buprénorphine Haut Dosage et 37 000 personnes sous méthadone. En 2010, dans l'enquête ENa-CAARUD, 58,4% des usagers suivis dans les CAARUD déclarent bénéficier d'un traitement de substitution.

Il n'y a pas de données sur les programmes d'échanges de seringues.

Tableau 2 : Proportion d'usagers de drogues sous traitement de substitution

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (Subutex® 8 mg ou son générique à partir de 2006, Méthadone 60 mg)	OFDT à partir de GERS/SIAMOIS/InVS	2009 annuel depuis 1995		En 2009, près de 100 000 personnes ont reçu de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et 37 700 de la Méthadone. Augmentation régulière du nombre de personnes sous traitement de substitution depuis 1996
Traitement de substitution chez les usagers des CAARUD	OFDT - Enquête ENa-CAARUD 2010	2010	France	58,4% des usagers déclarent bénéficier d'un traitement de substitution : BHD : 54,1% Méthadone : 38,4% Sulfate de Morphine : 5,3% Autre traitement: 2,2%

Vaccination

En population générale

Le rapport de l'InVS sur la couverture vaccinale d'octobre 2012 conclut que la couverture vaccinale contre l'hépatite B reste insuffisante, bien qu'en progression²⁴. Cette faiblesse est également soulignée dans le rapport de la Cour des comptes sur la politique vaccinale²⁵.

En population générale, la couverture vaccinale s'est nettement améliorée chez les enfants de 24 mois, en grande partie grâce à la mise sur le marché puis au remboursement du vaccin hexavalent, en 2008.

Chez les enfants plus grands et chez les adolescents, la couverture vaccinale observée dans les études réalisées en milieu scolaire sur différentes tranches d'âge au cours des années 2001 à 2006 montrait une couverture vaccinale comprise entre 30 et 40% ; cependant, on manque de données récentes pour analyser la situation actuelle.

De même chez les adultes et en particulier les adultes jeunes, il n'y a pas de données sur la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Chez les détenus

Il n'y a pas de données disponibles actuellement au niveau national.

Chez les personnes ayant des pratiques sexuelles à risque

Il n'y a pas de données sur la couverture vaccinale des populations ayant des pratiques sexuelles à risque.

²⁴ Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012. 98 p.

²⁵ Cour des Comptes. La politique vaccinale de la France. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Octobre 2012

Chez les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs

Il n'y a pas de données sur la couverture par la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs. Ces données sont attendues en 2012 dans le cadre de la cohorte ELFE (Enquête Longitudinale Française depuis l'Enfance) mise en place en 2011 et suivie en 2012. Une enquête sur les pratiques réalisée en Picardie en 2006, montre surtout des difficultés de traçabilité des informations²⁶.

Tableau 3 : Données de couverture vaccinale

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants de 24 mois	DREES - Certificats de santé à 24 mois	2008-2010	France	2008 : 1 dose : 54,8% 2 doses : 52,8% 3 doses : 47% 2009 : 1 dose : 61,2% 2 doses : 59% 3 doses : 53% 2010 Au moins 1 dose : 71,4% Au moins 2 doses : 70% 3 doses : 64,6%
Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants de 24 mois	InVS - Rapport 2012 sur la couverture vaccinale Analyses des données des certificats de santé à 24 mois	1998-2009	France	Couverture 3 doses à 24 mois (données redressées) : 2006 : 39,3% 2007 : 41,9% 2008 : 47% 2009 : 51%
Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants après 2 ans	InVS - Analyse des données des enquêtes du cycle triennal d'enquêtes scolaires	Entre 2001 et 2006 suivant les enquêtes	France	Couverture 3 doses 6 ans (Grande section de maternelle) : 2002-2003 : 33,5% 2005-2006 : 37,9% 11 ans (CM2) : 2001-2002 : 33,1% 2004-2005 : 38,9% 15 ans (3ème) : 2003-2004 : 42,4%
Couverture vaccinale contre l'hépatite B déclarée par les médecins généralistes	Inpes-Baromètre santé MG 2009 Enquête auprès de 2083 MG ayant une activité libérale	2009	France métropolitaine	88,3 % des médecins interrogés déclarent être vaccinés contre l'hépatite B (obligatoire pour les médecins généralistes) et 1,1 % déclare l'être incomplètement
Couverture vaccinale contre l'hépatite B des personnels soignants (résultats redressés)	InVS - Enquête VAXISOIN Enquête auprès de 318 professionnels soignants	2009	France	Vaccination complète (>=3 doses) : 91,7% (IC 87,7-94,4) Vaccination incomplète (1-2 doses) : 6,4% (IC 3,8-10,6) Absence d'information : 1,9% ((IC 0,7-4,8)
Couverture vaccinale contre l'hépatite B des étudiants en santé (médecine, soins infirmiers, sages-femmes)	InVS - Enquête STUDYVAX Enquête auprès de 432 étudiants en santé dont 376 disposaient d'une preuve de vaccination	2009	France	Vaccination complète (3 injections) : 91,8% (IC : 88,4%-94,2%)

²⁶ Braillon A, Nguyen-Khac E, Merlin J, Dubois G, Gondry J, Capron D. [HBsAg screening during pregnancy in the French province Picardy]. Gynecol Obstet Fertil. 2010 Jan;38(1):13-7 et Lerat A, Braillon A, Capron D, Tiberghien JP, Dubois G. La prévention de la transmission de l'hépatite B au cours de l'accouchement doit être améliorée : analyse de 145 dossiers dans les maternités de Picardie (2006). Presse médicale 2010; 39(9):e182-e187.

Proportion de personnes ayant bénéficié d'un dépistage parmi les nouveaux détenus une année donnée

Des études réalisées au début des années 2000 ont montré que la prévalence de l'hépatite C était significativement plus élevée chez les détenus qu'en population générale, principalement en raison de la proportion importante d'usagers de drogues parmi les détenus (58% des entrants selon un rapport de la commission d'enquête du Sénat publié en 2000)²⁷.

Il n'y a pas de données récentes de prévalence de l'hépatite B chez les détenus. Un volet « détenus » de l'enquête Coquelicot, qui est encore en cours de préparation et prévu en 2013, devrait permettre d'apporter des données.

L'enquête Coquelicot (enquête séro-épidémiologique) réalisée en 2004 a montré une prévalence pour le VHC chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération plus élevée que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés (67% versus 51%)²⁸.

Le volet prévalence de l'enquête PREVACAR réalisée sur un échantillon de 27 UCSA et un peu plus de 2000 numéros d'écrous tirés au sort, montre une prévalence du VHC de 4,8%, donc dans le même ordre de grandeur que la prévalence observée dans l'étude déclarative « un jour donné » de 2003, dans laquelle la prévalence de l'infection par le VHC était de 4,2%²⁷.

Il n'y a pas de données récentes pour la prévalence de l'hépatite B.

La quasi-totalité des établissements propose un dépistage des trois virus VIH, VHC et VHB à l'arrivée en détention, mais seulement la moitié renouvelle la proposition en cas de refus initial. Un dépistage anonyme et gratuit est disponible dans environ 1/3 des établissements. Les établissements accueillant plus de 500 personnes détenues disposent plus fréquemment d'une consultation spécialisée d'infectiologie ou d'hépatologie que ceux de plus petite capacité. Des examens complémentaires à la recherche d'une hépatite C chronique active (dosage des transaminases, test non invasif d'évaluation de la fibrose hépatique) ne sont réalisés que dans la moitié des cas de sérologies positives et l'accessibilité aux tests non invasifs de fibrose diffère selon les établissements²⁹.

L'accès au vaccin contre le VHB ne semble poser aucune difficulté dans les UCSA (95% en disposent).

Tableau 4 : Indicateurs sur les pratiques dans les UCSA

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Pourcentage d'UCSA proposant systématiquement le dépistage des 3 virus Pourcentage d'UCSA renouvelant la proposition de dépistage en cas de refus à l'entrée.	DGS-InVS - Enquête PREVACAR 2010 et Coquelicot Prisons Enquête auprès des UCSA (146 répondants/168)	2010	France métropolitaine + DOM	93% La moitié des UCSA renouvellent la proposition de dépistage (52% pour le VIH et 51% pour les hépatites) <i>NB : Il ne s'agit pas d'un pourcentage de détenus, mais d'un pourcentage d'établissement proposant le test</i>

²⁷ Jean-Jacques HUEST et Guy-Pierre CABANEL, Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, rapport de commission d'enquête au Sénat n°449, (1999-2000). <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-4491.pdf>

²⁸ Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, N°33, 5 septembre 2006

²⁹ Enquête PREVACAR. Volet Offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport DGS, octobre 2011.

Evolution de l'activité de dépistage de l'hépatite C

En population générale adulte

Toutes les données des CDAG et des systèmes de surveillance auprès des laboratoires d'analyses médicales (RENA-VHC/B et LaboHep) montrent que le nombre de tests de dépistage augmente régulièrement chaque année pour l'hépatite B et pour l'hépatite C. On estime à environ 3,4 millions le nombre de sérologies réalisées en 2010 à la recherche de chacune des hépatites B et C (données LaboHep).

En parallèle le taux de tests positifs diminue et le nombre absolu de tests positifs diminue :

- Le taux de sérologies positives pour l'hépatite B (AgHBs +) était de 0,6% en 2009 (vs 2,1% en 2001) dans les données des CDAG, de 0,6% sur la période 2008-2010 dans les données du réseau RENA-VHC/B et de 0,68% en 2010 dans l'enquête LaboHep.
- Les taux de sérologies positives pour le VHC sont un peu plus hétérogènes entre les différentes sources d'informations : 0,5% en 2009 (vs 2,2% en 2000) dans les données des CDAG, 0,53% en 2010 (vs 1,28% en 2000) dans le réseau RENA-VHC/B et 0,91% en 2010 dans l'enquête LaboHep.

Le profil sociodémographique des personnes testées pour l'AgHBs évolue (le test est plus souvent réalisé chez des personnes plus jeunes et la proportion de femmes testées augmente). Mais les tests positifs se retrouvent encore en majorité chez les hommes.

Tableau 5 : Indicateurs sur les pratiques de dépistage de l'hépatite B

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Activité de dépistage de l'hépatite B dans les CDAG. Nombre de sérologies AgHBs réalisées	InVS - Données de 78 CDAG participant à la surveillance de l'hépatite B en continu entre 2001 et 2009	Annuel 2001-2009	France	2001 : 16880 sérologies réalisées 2009 : 61180 sérologies réalisées
Activité de dépistage de l'hépatite B dans les CDAG. Proportion de tests AgHBs positifs	InVS - Données de 78 CDAG participant à la surveillance de l'hépatite B en continu entre 2001 et 2009	Annuel 2001-2009	France	2001 : 2,1% 2009 : 0,6%
Activité de dépistage de l'hépatite B dans les CDAG. Circonstances de dépistage	InVS - Données de 78 CDAG participant à la surveillance de l'hépatite B en continu entre 2001 et 2009	Annuel 2001-2009	France	Entre 2001 et 2009, le profil socio-démographique des personnes testées pour l'AgHBs a évolué avec une diminution de la proportion d'hommes (de 60% à 55%) et une augmentation de la proportion de personnes de moins de 20 ans et une diminution de la proportion des 30-39 ans chez les hommes comme chez les femmes. Près des trois-quarts des personnes diagnostiquées AgHBs positives en 2009 sont des hommes. Elles sont le plus souvent âgées de 20-39 ans (70 % pour les hommes, 69 % pour les femmes). Par rapport à 2001, les personnes diagnostiquées AgHBs positives sont plus âgées (diminution de la proportion de 20-29 ans au profit des 40-49 ans chez les hommes et des 30-39 ans chez les femmes). Le sex-ratio est stable.

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Dépistage de l'hépatite B Activité sérologique AgHBs globale	InVS - Surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite B en France, réseau de laboratoires RENA-VHC/B 148 laboratoires participants en 2008-2010 (80 publics et 68 privés)	2008-2010	France	2008 : 380 548 sérologies réalisées 2009 : 394 907 sérologies réalisées 2010 : 416 004 sérologies réalisées
Dépistage de l'hépatite B Taux de sérologies positives	InVS - Surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite B en France, réseau de laboratoires RENA-VHC/B 148 laboratoires participants en 2008-2010 (80 publics et 68 privés)	2008-2010	France	Indicateur de contrôle de positivité (rapport du nombre de tests de contrôle/confirmation positifs sur l'activité sérologique globale) : 0,6 % sur l'ensemble de la période
Dépistage de l'hépatite B Estimation du nombre de sérologies de dépistage en France, à partir d'un échantillon représentatif de laboratoires publics et privés	InVS - Enquête Nationale sur l'activité de dépistage des hépatites B et C, LABOHEP-2010 Echantillon aléatoire de 1412 laboratoires tirés au sort	2010	France (incluant les DOM)	Estimation nationale : 3 400 000 sérologies de dépistage de l'hépatite B
Dépistage de l'hépatite B Taux de sérologies positives	InVS - Enquête Nationale sur l'activité de dépistage des hépatites B et C, LABOHEP-2010 Echantillon aléatoire de 1412 laboratoires tirés au sort	2010	France (incluant les DOM)	Indicateur de contrôle de positivité (rapport du nombre de tests de contrôle/confirmation positifs sur l'activité sérologique globale) : 0,68% (IC 95 % [0,58 % - 0,77 %]) sur environ 3 400 000 tests de dépistage
Activité sérologique AgHBs globale	InVS - Analyse des données de remboursements (SNIIR-AM) du dépistage AgHBs (régime général)	2000-2011	France métropolitaine	2000 : 1 193 567 sérologies réalisées et remboursées 2011 : 2 026 308 sérologies réalisées et remboursées (soit près de 2,6 millions pour l'ensemble des régimes)

Tableau 6 : Indicateurs sur les pratiques de dépistage de l'hépatite C

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Déclaration de dépistage de l'hépatite C au moins une fois au cours de la vie, chez les 15-54 ans	Inpes - Baromètre santé 2005	2005	France métropolitaine	En 2005, 24,6 % des femmes et 23,1 % des hommes âgés de 15 à 54 ans sexuellement actifs déclarent avoir pratiqué un dépistage de l'hépatite C au cours de leur vie.
Activité de dépistage de l'hépatite C dans les CDAG. Activité de dépistage des anticorps anti-VHC	InVS - Données de 78 CDAG participant à la surveillance du dépistage des anticorps anti-VHC en continu entre 2000 et 2009	Annuel 2000-2009	France	2000 : 18 410 sérologies anticorps anti-VHC 2009 : 46 460 sérologies anticorps anti-VHC
Activité de dépistage de l'hépatite C dans les CDAG. Proportion de tests anticorps anti-VHC positifs	InVS - Données de 78 CDAG participant à la surveillance du dépistage des anticorps anti-VHC en continu entre 2000 et 2009	Annuel 2000-2009	France	2000 : 2,2% 2009 : 0,5%
Dépistage de l'hépatite C Anticorps Anti-VHC	InVS à partir du réseau Rena-VHC/B sur 114 laboratoires participants de 2000 à 2010 (dont 62 publics et 52 privés)	Annuel 2000-2010	France	2000 : 223 104 sérologies anticorps anti VHC 2008 : 279 152 2009 : 284 314 2010 : 291 501
Dépistage de l'hépatite C Indicateur de contrôle de positivité du dépistage de l'hépatite C (correspondant au nombre de tests positifs de contrôle (sérologies ELA/RIBA ou PCR) rapporté à l'activité sérologique globale)	InVS à partir du réseau Rena-VHC/B sur 114 laboratoires participants de 2000 à 2010 (dont 62 publics et 52 privés)	2000-2010	France (incluant les DOM)	2000 : 1,28% 2010 : 0,53%
Dépistage de l'hépatite C Estimation du nombre de sérologies de dépistage en France, à partir d'un échantillon représentatif de laboratoires publics et privés	InVS - Enquête Nationale sur l'activité de dépistage des hépatites B et C, LABOHEP-2010 Echantillon aléatoire de 1412 laboratoires tirés au sort	2010	France (incluant les DOM)	Environ 3 400 000 sérologies de dépistage de l'hépatite C
Dépistage de l'hépatite C Taux de sérologies positives	InVS - Enquête Nationale sur l'activité de dépistage des hépatites B et C, LABOHEP-2010 Echantillon aléatoire de 1412 laboratoires tirés au sort	2010	France (incluant les DOM)	Indicateur de contrôle de positivité (rapport du nombre de tests de contrôle/confirmation positifs sur l'activité sérologique globale) : 0,91 % (IC 95 % [0,76 % - 1,06 %]) sur environ 3 400 000 tests de dépistage
Activité sérologique anticorps anti-VHC globale	InVS - Analyse des données de remboursements (SNIR-AM) du dépistage des anticorps anti-VHC (régime général)	Annuel 2000-2011	France métropolitaine	2000 : 958 106 sérologies de dépistage anti-VHC réalisées et remboursées 2011 : 1 950 866 sérologies de dépistage anti-VHC réalisées et remboursées (soit plus de 2,5 millions pour l'ensemble des régimes)

Proportion d'usagers de drogues 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 des enquêtes Coquelicot

Chez les usagers de drogues

La situation au regard de l'hépatite B reste complexe et mal connue des usagers de drogues, cette thématique n'ayant pas été explorée en détail dans les études disponibles.

Des questions concernant le statut par rapport à l'hépatite B ont été introduites dans la version 2010 d'ENa-CAARUD. Elles font surtout apparaître une méconnaissance de leur situation de la part des usagers. Un sur cinq (21,4%) ne connaît pas du tout son statut vis-à-vis de l'hépatite B et près d'un sur quatre (23,3%) pense n'avoir été ni infecté, ni vacciné.

La part d'usagers vaccinés contre l'hépatite B, sur des données déclaratives et des échantillons constitués de manières différentes, était de 40% en 2006 (Enquête PRELUD) et de 50% en 2010 (Enquête ENa-CAARUD).

Des données complémentaires sont attendues de l'enquête Coquelicot 2011.

Concernant l'hépatite C, malgré une certaine stagnation des pratiques de dépistage, les études les plus récentes montrent un recul de la séropositivité VHC :

- Enquête ENa-CAARUD de 2010 qui montre un taux de sérologie VHC positive de 26,6% chez l'ensemble des usagers de drogues vus dans les CAARUD et 36,4% si l'on considère seulement les usagers injecteurs³⁰ ;
- Enquête Coquelicot 2011, dont les résultats définitifs sont encore en attente.

En 2010, 16% des usagers ont déclaré n'avoir jamais été testés pour le VHC, ce qui représente une stagnation après une diminution observée entre 2006 et 2008.

Tableau 7: Indicateurs sur les connaissances, attitudes et pratiques chez les usagers de drogues

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Connaissance par les usagers des structures de première ligne de leur statut vis-à-vis du VHB	OFDT - Enquête PRELUD 2006 rapportée dans le rapport 2007-2009 paru en 2010	2006	France métropolitaine/ 5 sites Dijon, Lyon, Metz, Rennes, Toulouse	Vacciné : 40% Non vacciné/non contaminé : 16% Contaminé : 7,9% Ne sait pas : 36% Une autre question de la même étude indiquait que 53% avaient reçu au moins 1 injection
Connaissance par les usagers des CAARUD de leur statut Hépatite B	OFDT - Enquête ENa-CAARUD 2010	2010	France	Vaccinés : 50% totalement ou partiellement* Ni infecté, ni vacciné : 23,3% Infecté : 5,3% Ne sait pas : 21,4% * détail sur les vaccinés : - 3 injections : 12,2% du total des usagers - 1 à 2 injections : 13% - Ne sait pas le nb d'injections : 12,4% - Pas de réponse : 12,4%
Proportion d'UD ayant fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite C au cours de leur vie	InVS - Enquête Coquelicot 2004	2004	France métropolitaine/ 5 sites Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille	91%
Connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VHC	InVS - Enquête Coquelicot 2004	2004	France métropolitaine/ 5 sites Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille	27% des UD se déclaraient séronégatifs pour le VHC à tort
Proportion d'usagers des CAARUD jamais dépistés	OFDT - Enquête ENa-CAARUD 2010	2010	France	Dépistage : 16% jamais testé pour le VHC (stagnation après diminution observée entre 2006 et 2008) 13% jamais testé pour le VIH

³⁰ Agnès Cadet-Tairou. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, septembre 2012.

Nombre de personnes en ALD n°6 pour hépatite B, hépatite C et pour une cirrhose post-hépatite virale, avec flux annuel

Les données d'attribution d'ALD présentées pour l'année 2009 dans le rapport de la DREES ne permettent pas de faire la part entre les hépatites B et C : 11 180 nouvelles attributions d'ALD, soit 17,4 pour 100 000 habitants en 2009³¹. Ce chiffre semble en légère diminution sur les dernières années puisqu'un rapport de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé présente un chiffre de 11 555 nouvelles ALD pour hépatites B et C en 2005³². Pour la période du plan, des chiffres communiqués oralement par la CNAMTS au cours de l'audition dans le cadre de l'évaluation du Plan sont de 10 014 admissions en 2010, 9 641 en 2011, 8 600 en 2012. Mais ces données ayant été fournies uniquement sous une forme orale, il est difficile de vérifier si tous les chiffres ont la même base : régime général ou données inter-régimes. De plus, les admissions en ALD sont un reflet de l'incidence « médico-sociale » de la maladie et en particulier de la mise sous traitement et ne mesurent pas l'incidence de la maladie ni même le nombre des nouveaux cas d'hépatites détectés.

Evolution des caractéristiques des personnes atteintes d'hépatites B ou C nouvellement prises en charge dans les pôles de référence, des circonstances de dépistage et de la pratique des tests non invasifs de fibrose hépatique

Le budget InVS destiné aux pôles effectuant ce suivi épidémiologique étant limité³³, il a été nécessaire de faire des choix. Pendant la période du plan, le recueil de données auprès des pôles de référence a été ciblé sur l'hépatite B, qui n'avait pas été prise en compte au cours des années précédentes. Les plus récentes données de surveillance de la prise en charge de l'hépatite C par les pôles de référence portent ainsi sur la période 2001-2007 et ne sont donc pas rappelées ici.

Prise en charge de l'hépatite B chronique (Source : InVS³⁴)

Les données, cumulées sur les années 2008 à 2010 permettent d'avoir une meilleure connaissance de la population traitée, mais pas de décrire des évolutions puisqu'il n'y avait pas d'antériorité.

Dans les 33 pôles participants et sur ces 3 années, 3 796 patients adultes ont été nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique. Parmi ceux-ci, 2 845 patients naïfs de traitement étaient d'accord pour participer à l'enquête.

Cette population de patients est composée de 59% d'hommes et l'âge médian est de 35 ans. 81% des patients sont nés dans un pays de moyenne à forte endémicité (41,7% en Afrique Sub-Saharienne, 8,1% en Afrique du Nord, 12,4% en Asie, 4% au Moyen-Orient, 4% en Europe de l'Est, 3,9 % en Europe du Sud).

La séropositivité pour le VHB a rarement été découverte lors d'un dépistage sur facteur de risque (15%). La majorité des patients ont découvert leur séropositivité à l'occasion d'un bilan systématique de santé lors d'une grossesse ou d'un don de sang et 13% à l'occasion d'une démarche diagnostique devant des symptômes pouvant évoquer une hépatite virale.

³¹ DREES. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011.

³² FNORS. Les maladies transmissibles dans les régions de France. Octobre 2009.

³³ 15 000 € par an

³⁴ Institut de veille sanitaire. Dossier thématique hépatites virales. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales>

La majorité des patients sont pris en charge dans l'année qui suit la découverte de la séropositivité pour l'antigène HBs.

L'évaluation de la fibrose hépatique est souvent faite au moyen de tests non invasifs (fibroscan®) (55%).

Une atteinte hépatique grave (cirrhose ou carcinome hépatocellulaire) est présente chez 12% des patients.

L'instauration d'un traitement antiviral était renseignée pour 65% des patients et parmi ceux-ci, 22% avaient un traitement.

Evolution de la pratique des tests non invasifs de fibrose (Fibroscan® et Fibrotest®)

Il n'a pas été possible d'avoir des données de la CNAMTS sur les pratiques de tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique.

Consommation de médicaments antiviraux

Les données de primo-prescription d'antiviraux dans l'hépatite C, fournies par la CNAMTS dans le cadre de l'action V. 2-3, montrent que le nombre de mises sous traitement antiviral est resté stable entre 2010 et 2011, à un peu plus de 9 000 par an, et que la part de prescriptions par les médecins généralistes est restée faible (entre 5 et 6 %), les trois-quarts des primo-prescriptions se faisant à l'hôpital.

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

D'après les données de l'Agence de biomédecine, l'activité de greffe hépatique est en augmentation régulière (1 164 en 2011) et le nombre de nouveaux inscrits sur les listes d'attente de greffes hépatiques augmente également (un peu plus de 1 500 en 2011). Le nombre d'inscriptions est encore en augmentation pour l'hépatite B et l'hépatite C.

Le pourcentage de greffes liées à des hépatites virales n'est pas connue avec une bonne précision, car, pour les carcinomes hépatocellulaires, dont la fréquence augmente, la part liée à l'évolution d'une hépatite virale n'est pas précisée. L'augmentation des greffes pour carcinomes hépatocellulaires est en partie due à une évolution des critères d'attribution des greffons. La part de greffes liées à des cirrhoses post-hépatites virales est en diminution³⁵.

³⁵ <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/05-foie/synthese.htm>

Tableau 8 : Données de prise en charge

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Effectif et taux de nouvelles attributions d'ALD pour hépatite B ou C	DREES à partir des données ALD des 3 régimes d'assurance maladie	2009 Et 2010-2012	France entière	2009 : 11180 (17,4 p 100000) (3 régimes d'assurance maladie) 2010 : 10 014 (régime général)* 2011 : 9641 (régime général)* 2012 : 8600 (régime général)*
Pourcentage de patients chez qui la positivité de l'AgHBs a été découverte lors d'un dépistage sur facteur de risque	InVS- Surveillance à partir des pôles de référence et réseaux hépatites (33 sites)	2008-2010	France	15% sur la période 2008-2010
Primo-prescription des anti-viraux dans l'hépatite C	Données CNAMTS pour le COMITÉ D'ÉVALUATION	2010-2011 (en dates de soins)	France métropolitaine Régime général (hors SLM)	2010 : 9 210 primo-ordonnances 73% par médecin hospitalier (spécialité non disponible dans les bases AM) 17% gastro-entérologue/hépatologue libéral 5% MG 2011 : 9 432 primo-ordonnances 75% par médecin hospitalier (spécialité non disponible dans les bases AM) 16% gastro-entérologue/hépatologue libéral 6% MG
Nombre de greffes hépatiques (total)	Agence de Biomédecine	Annuel de 1990 à 2011	France métropolitaine	658 en 1990 806 en 2000 1047 en 2009 / 16,4 pmh 1092 en 2010 / 16,9 pmh 1164 en 2011 / 17,9 pmh
Nombre de nouveaux inscrits sur liste d'attente	Agence de Biomédecine	Annuel de 2006 à 2011	France métropolitaine	1300 en 2006 1530 en 2011
Pourcentage de greffes liées à des hépatites virales	Agence de Biomédecine	Annuel de 2006 à 2011	France métropolitaine	Cirrhoses post-hépatites : 16,4 % en 2006 / 2,7 pmh 11,4 % en 2011 / 2 pmh Carcinomes hépatocellulaires toutes causes confondues : 17,6 % en 2006 / 2,9 pmh 24,1 % en 2011 / 4,3 pmh

* Les données ALD 2010, 2011 et 2012 ont été communiquées oralement par la CNAMTS

Nombre de décès attribuables aux complications des hépatites B et C, place des comorbidités dans les décès

La mortalité a été étudiée sur les certificats de décès de l'année 2001³⁶. Le nombre annuel de décès associés au virus du VHC et du VHB était **3 618** et **1 507** (respectivement 6,1 et 2,5 décès pour 100 000 habitants). Le nombre annuel de décès imputables au VHC et au VHB était 2 646 et 1 327 (respectivement 4,5 et 2,2 décès pour 100 000 habitants). Pour les sujets infectés par le VHC, 95 % avaient une cirrhose et 33 % un carcinome hépatocellulaire. Dans le groupe infecté par le VHB, 93 % avaient une cirrhose et 35 % un carcinome hépatocellulaire. Quel que soit le groupe, un cas sur 10 était co-infecté par le VIH et une consommation d'alcool excessive indiquait un âge au décès plus précoce.

Depuis cette étude, aucune donnée de mortalité par hépatites B et C n'a été publiée. Des données de mortalité fournies par le CépiDc lors de son audition concernent les décès en cause initiale (une seule cause par décès) et

³⁶ Péquignot F, Hillon P, Antona D, 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 n°27- 1^{er} juillet 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3124

les décès en causes multiples (on recherche l'hépatite parmi l'ensemble des causes indiquées sur le certificat de décès)³⁷ sur les 10 dernières années disponibles (2001-2010).

En 2010 :

- Il y a eu 665 décès avec hépatites virales en cause initiale et 2 472 décès en causes multiples ;
- Pour l'hépatite B : 84 décès en cause initiale / 474 décès en causes multiples ;
- Pour l'hépatite C : 520 décès en cause initiale / 1 949 décès en causes multiples.

Les disparités géographiques sont importantes, la mortalité par hépatite B suivant un peu celle du VIH, c'est-à-dire qu'elle est plus élevée en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La mortalité par hépatite B est en forte baisse depuis 2000.

La mortalité par hépatite C diminue, mais un peu moins.

Dans les deux cas, la diminution est plus forte chez les hommes, chez qui la mortalité reste plus élevée.

En 2010, il semble y avoir eu une certaine stagnation de la mortalité par hépatite B et C.

Cependant, il y a un effet cohorte, avec une mortalité qui continue à augmenter chez les 45-54 ans. Mais le travail d'analyse sur les cohortes n'a pas été fait à l'heure actuelle par le CépiDc. Actuellement, l'âge moyen au décès dû à une hépatite virale est en baisse, ce qui traduit un nombre croissant d'années de vie perdues.

Les tendances sont différentes suivant que l'on observe les données de mortalité en cause initiale ou en causes multiples :

- pour l'hépatite B, on est passé de 145 décès en cause initiale / 474 décès en causes multiples en 2001 à 84 décès en cause initiale / 474 décès en causes multiples en 2010, c'est-à-dire que l'on meurt moins « de » l'hépatite B, mais toujours autant « avec » une hépatite B.
- pour l'hépatite C, on est passé de 670 décès en cause initiale / 2163 décès en causes multiples en 2001 à 520 décès en cause initiale / 1 949 décès en causes multiples en 2010, ce qui traduit à la fois une baisse de la mortalité directement liée à l'hépatite C et de la mortalité chez les personnes porteuses du virus VHC.

Indicateurs associés aux objectifs de la Loi de santé publique

Deux groupes d'indicateurs de la Loi de santé publique de 2004, concernaient les hépatites :

- L'indicateur de **l'objectif 37**, qui vise à réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques et qui a déjà été commenté ci-avant.
- Les indicateurs de **l'objectif 56**, qui concerne la dépendance aux opiacés et les polytoxicomanies, avec un objectif de poursuivre la baisse de l'incidence des séroconversions VIH chez les usagers de drogue et d'amorcer une baisse de l'incidence du VHC.

Concernant l'incidence du VIH, les données de l'InVS montrent que cette baisse s'est poursuivie de manière régulière entre 2003 et 2011, avec seulement une trentaine de nouvelles séropositivités chez des usagers de drogues en 2011 et entre 50 et 60 nouveaux cas de Sida avéré³⁸.

³⁷ Pour les hépatites, il y a des règles spécifiques qui font que lorsqu'il y a un cancer du foie, la cause initiale du décès est le cancer du foie et l'hépatite ayant contribué au décès n'en est pas nécessairement considérée au codage comme la cause initiale. On peut retrouver l'hépatite en faisant une analyse en causes multiples, mais il y a des limites à ce type d'analyses car le médecin certificateur du décès ne précise pas toujours l'existence d'une hépatite ou d'un antécédent d'hépatite et encore moins le statut sérologique.

³⁸ <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

L'incidence du VHC n'est pas mesurée en tant que telle dans les études disponibles à l'heure actuelle, qui apportent des données de séroprévalence déclarée, décrites dans le cadre de l'indicateur du plan sur la connaissance du statut chez les usagers de drogues.

3.5.2 Impact du Plan sur la lutte contre les hépatites

Une structuration de la connaissance nécessaire, mais encore insuffisante.

Le Plan a permis un effort de rassemblement des données épidémiologiques sur les hépatites. Par contre, le recueil des indicateurs d'évaluation, soit prévus dans le Plan, soit nécessaires à la mesure d'objectifs quantifiés n'a pas été organisé dès la conception du Plan, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité du plan.

Les sources de données restent dispersées et ne sont pas mobilisées systématiquement pour le pilotage du Plan. Finalement, on manque de données récentes sur certaines questions-clés que sont la prévalence globale actuelle et la prévalence dans certains groupes à risque, en particulier chez les migrants.

Un développement des partenariats et du travail interdisciplinaire

Au niveau national, le Plan a permis à des acteurs qui n'en avaient pas l'habitude de travailler ensemble, même s'il n'y a pas eu beaucoup plus que des prises de contact et de l'échange de connaissances et d'informations, peu de collaborations multi acteurs concrètes semblant engagées.

Un outil de lobbying et d'amélioration de la visibilité de la thématique des hépatites

Pour certains acteurs, le Plan a représenté un outil de lobbying aussi bien au niveau national que régional.

Pour la DGS, le Plan « hépatites B et C » a rempli une fonction de visibilité administrative et stratégique. Faute d'un tel dispositif, la politique à l'égard des hépatites B et C eût été minorée, et sans doute reléguée à l'arrière-plan des actions contre le VIH. Seule l'existence d'un Plan a permis, par exemple, que soit désigné un chargé de mission national donnant à ce thème une place à part entière dans la politique de santé publique. Or, une personne coordonnant le déroulé du Plan à plein temps est à l'évidence un atout considérable pour sa mise en œuvre effective.

Ainsi, au niveau régional, après un début difficile au moment de la mise en place des ARS, le portage dynamique par le comité de suivi du Plan a contribué à donner une visibilité à la thématique des hépatites en diffusant des connaissances et informations sur la nécessité de la lutte contre les hépatites B et C, ce qui n'aurait peut-être pas eu lieu en l'absence de Plan, car la thématique est complexe et était mal connue des acteurs institutionnels dans de nombreuses régions. Ce dernier point est souligné à maintes reprises par les personnes auditionnées.

Cependant, au final, on s'aperçoit que le Plan a eu peu de notoriété en dehors de la communauté des spécialistes de l'hépatologie, en particulier en région. En dépit du travail accompli par les associations et les structures médico-sociales en matière de réduction des risques (VHC) ou de prévention des IST (VHB), les acteurs de terrain, à l'exception des ARS, ignorent souvent à peu près tout du Plan.

Impact du Plan au niveau régional³⁹

Le plan n'est pas identifié comme essentiel à l'action sur le terrain dans les régions. Les monographies réalisées dans trois régions ont révélé que les actions prévues au niveau régional étaient plutôt dans la continuité de ce qui avait été mis en place au moment des plans précédents. Les actions concernant les différents aspects des hépatites se sont poursuivies, avec de nombreux acteurs locaux impliqués dans les différents aspects de la prise en charge. Les retombées du troisième Plan au niveau régional et local apparaissent donc fort limitées. En ce sens, le Plan semble être davantage un outil d'appui à la politique locale qu'un outil pour la mise en œuvre d'actions précises par les acteurs de terrain.

A ce niveau, plus encore qu'au niveau national, les monographies régionales font ressortir que la valeur ajoutée du Plan « hépatites » varie grandement selon que l'on considère l'hépatite B (pas de valeur ajoutée) ou l'hépatite C (apport pour la prise en charge des usagers de drogues et pour la mise en œuvre du dépistage). La plupart des acteurs interrogés dans l'enquête régionale estiment qu'il n'a entraîné que peu d'effets dans les divers volets de la lutte contre les infections (prévention, vaccination, dépistage, prise en charge), et que, si des actions nouvelles ont été mises en œuvre localement, elles ne l'ont pas été précisément dans le cadre du Plan. Les pôles de référence rencontrés ne sont pas d'un avis différent.

Il semble normal qu'en Auvergne, où la prévalence des hépatites est la plus faible de France, l'action régionale ne cible pas spécifiquement les hépatites, mais ce même constat paraît plus surprenant en région PACA, qui détient le record de France en matière de prévalence du VHC. Il est probable que le ciblage induit par le Plan hépatites ait permis de maintenir ces pathologies à l'ordre du jour ; mais l'absence de financements spécifiquement consacrés à ces pathologies réduit très fortement la dimension opérationnelle du Plan dans tous les domaines de l'information, de la vaccination, du dépistage et de la prise en charge. En région PACA, on note une augmentation récente de la vaccination contre VHB (conformément à une tendance nationale) et une petite augmentation des dépistages, un léger mieux, que nul ne se risquerait à attribuer au Plan. Le Plan n'a pas modifié le problème de la lourdeur et la complexité des traitements du VHC, qui a pour conséquence de favoriser le retrait des médecins généralistes des circuits de dépistage et de prise en charge (quelques médecins généralistes se sont cependant impliqués au sein de microstructures, qui permettent au sein du cabinet un appui psycho-social à leurs patients, en général usagers de drogues⁴⁰). En région PACA ou Auvergne, les réunions organisées par les médecins hospitaliers à l'intention de leurs confrères de ville sur les nouveaux traitements par trithérapies n'ont connu qu'un succès mitigé, conduisant au constat que « *les médecins généralistes n'ont pas voulu s'y mettre* ».

Il existe à Lyon une structure originale appelée « la maison du patient », qui prend le relais du service expert⁴¹ pour l'ETP et l'accompagnement psycho-social. Cette structure résulte de l'histoire locale, et non du fruit des précédents plans, mais elle témoigne de la possibilité de développer des approches innovantes au niveau local.

Au total, la situation en région n'a pas beaucoup évolué : les collaborations anciennes entre les structures médico-sociales (CAARUD, CSAPA, PASS) sont variables selon les régions, l'implication des médecins généralistes reste limitée et la prise en charge en milieu hospitalier prédominante.

³⁹ Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisée par Planète Publique pour le HCSP. Mars 2013

⁴⁰ Cf. Chapitre sur l'Axe III

⁴¹ Service expert est la dénomination retenue au cours du Plan pour remplacer le terme de pôle de référence, qui devrait être réservé au champ des maladies rares

Si le Plan n'a pas eu de grande influence sur l'organisation de l'offre de soins, on peut supposer qu'il a eu un rôle incitatif au niveau local pour le ciblage de certaines populations vulnérables (usagers de drogues, migrants), qui font l'objet d'actions spécifiques dans les schémas régionaux de prévention ou PRS de la majorité des régions. La maison du patient de Lyon indique qu'en 2012, des populations en situation précaire, migrants récents, qui n'étaient pas vues auparavant ont commencé à utiliser ce service, ce qui montre, selon eux, que ces personnes commencent à accéder aux soins⁴². Il reste difficile d'évaluer dans quelle mesure ce constat peut être relié au Plan et en particulier aux actions d'information de l'Inpes en direction des migrants.

⁴² Cf. chapitre sur l'Axe III

4 EVALUATION PAR AXE

NB : L'objectif des chapitres suivants est de poursuivre l'évaluation du plan et de son impact dans les différents domaines d'intervention, mais pas de décrire individuellement chacune des actions entreprises par les différentes parties prenantes dans le cadre du plan, le bilan des actions étant par ailleurs détaillé dans les rapports du comité national de suivi et de prospective.

4.1 Axe I - Réduction de la transmission des virus B et C

Cet axe comportait 4 objectifs et 17 actions dont 6 sont terminées et 11 sont engagées, selon les tableaux de bord fournis par la DGS fin 2012.

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

4.1.1 Objectif 1 : Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter

Information des médias et des relais d'opinion (action I -1-1)

Mesures des effets : l'enquête en population générale de type KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices)⁴³ VIH/sida effectuée par l'InVS fournit quelques mesures d'impact (résultats malheureusement « prématurés » pour servir à l'évaluation du Plan hépatites). Cette enquête a été réalisée en 2010 par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 9 014 personnes de 18-69 ans résidant en France métropolitaine. Elle a montré que les modes de transmission (par voie sexuelle et par injection de drogues) sont moins bien connus pour le VHC (respectivement 69,7% et 89,9%) que pour le VIH (99,4% et 99,1%). La même enquête a révélé que les modes de transmission du VHB sont eux aussi moins bien connus que ceux du VIH ; la transmission sexuelle du VHB est ignorée par près d'une personne sur trois. Le recours (déclaré) au test de dépistage du VHB (27,4%) au cours de la vie est deux fois moins fréquent que pour le VIH (61,3%).

En ce qui concerne la vaccination pour l'hépatite B, près de la moitié des répondants (47,0%) déclarent s'être fait vacciner contre l'hépatite B (quel que soit le nombre de doses), 9,0% indiquant ne plus savoir.

Les résultats de l'enquête montrent que les hépatites virales (l'hépatite B en particulier) semblent susciter autant de crainte que le VIH dans la population générale, probablement à cause de la connaissance limitée des modalités de transmission et des outils de prévention. Ces résultats témoignent en tout cas de la nécessité d'améliorer les connaissances de la population générale à propos du VHB, du moins si l'on veut renforcer les pratiques de dépistage et de vaccination, notamment vis-à-vis des personnes à risque.

Il serait toutefois difficile d'utiliser les indicateurs issus de ces enquêtes comme instruments de mesure directe de l'impact des campagnes d'information étant donné que ces dites campagnes ont été probablement réalisées pendant ou après les enquêtes citées.

Information et communication en direction des professionnels de santé (action I -1-2)

La communication de l'Inpes vers les professionnels de santé ne paraît pas suffisamment évaluée. La dernière enquête Baromètre MG a été réalisée avant le plan (entre novembre 2008 et janvier 2009), auprès d'un échantillon constitué par sondage aléatoire simple de 2 083 MG exerçant une activité libérale⁴⁴. Les résultats sont comparés aux données des exercices précédents. Plus de neuf médecins sur dix (94,0%) se disent favorables à la vaccination pour les adultes à risque, 78,7% pour les adolescents et 68,0% pour les nourrissons.

L'utilisation de ces enquêtes pour l'évaluation du Plan « hépatites » 2009-2012 soulève de nombreux problèmes. Parmi ceux-ci, le fait que seuls les médecins généralistes en ont fait l'objet ; aucune enquête de ce type auprès d'autres catégories de professionnels de santé n'a été réalisée dans la période couverte par la durée du Plan. D'ailleurs, ladite enquête a été réalisée avant même la publication du Plan « hépatites ». Il est difficile, par conséquent, d'en tirer le moindre enseignement en vue de l'évaluation du Plan.

Les enquêtes de l'Inpes sur les hépatites B et C auprès des professionnels de santé se sont échelonnées depuis les années 1990 jusqu'à nos jours. Citons l'étude qualitative de 2007 sur la vaccination contre le VHB auprès

⁴³ Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. Cécile Brouard, Arnaud Gautier, Leïla Saboni, Christine Jestin, Caroline Semaille, Nathalie Beltzer pour l'équipe KABP BEH 10 juillet 2012 / n° 29-30 Numéro thématique – Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France

⁴⁴ Gautier A., Jestin C. Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009. BEH 29-30 / 10 juillet 2012 : 339-42

des médecins généralistes, des gynécologues et des pédiatres, les Baromètres-Santé (médecins généralistes) de 1992 (sur la vaccination VHB) et de 2009 (sur le dépistage du VHB). Les enquêtes sur le dépistage du VHC auprès des professionnels de santé sont encore antérieures, l'Inpes ayant été impliquée dès le premier Plan « hépatites B et C », essentiellement d'ailleurs pour le dépistage du VHC.

Indépendamment des Plans « hépatites » successifs, dès 2007, l'Inpes avait souhaité conduire des enquêtes sur le dépistage et la prise en charge du VHB auprès des médecins.

L'analyse de l'activité suscitée par les enquêtes de notoriété des campagnes Internet de l'Inpes sur les thèmes de santé sexuelle montrent une fréquentation importante : la campagne vidéo-Internet sur la santé sexuelle avait été largement visualisée (150 000 clics)⁴⁵, tandis que « Hépatites Info-service » totalisait 350 000 visites en 2011. Toutefois, l'impact de ces campagnes auprès des publics visés n'a pas été évalué.

Soutien des associations de santé communautaire (action I -1-3)

On manque là aussi d'indicateurs de processus pour évaluer le rôle des associations dans l'incitation au dépistage et à la vaccination : le nombre de tests VHB-VHC proposés, le nombre de vaccinations VHB proposées, le nombre de seringues distribuées, le nombre d'orientations vers un CSAPA pour la prise en charge, le nombre de personnes orientés vers un hépatologue, sont des indicateurs actuellement indisponibles.

On ne dispose pas encore de données relatives à la proposition de vaccination VHB dans les CAARUD et les CSAPA. Le rapport OFDT sur la première enquête dans les CAARUD (données 2008 publiées en 2010)⁴⁶ montre que parmi les usagers de drogues interrogés, 44 % déclarent être vaccinés contre le VHB sans qu'on sache s'il s'agit d'une vaccination complète ou pas.

Les seules données quantitatives disponibles en population générale (incluant les groupes à risque) viennent de l'enquête effectuée par l'InVS déjà citée et publiée dans le BEH 2012. Cette enquête confirme que le dépistage du VHB est plus souvent déclaré par les personnes qui se perçoivent à risque, en d'autres termes par celles nées en zone de forte endémicité VHB et par celles déclarant un usage de drogues par voie intraveineuse. A noter ici que, en tenant compte de la possible sous-déclaration, le niveau de dépistage déclaré par ces deux groupes cibles selon toutes les recommandations, reste à un niveau très insuffisant, soit autour de 45% dans les deux groupes.

Quant au taux déclaré de couverture vaccinale, il se situe autour de 56% et 52% respectivement pour les migrants et les personnes ayant expérimenté des drogues et n'est pas associée de manière significative au niveau d'endémicité VHB du pays de naissance ou à l'expérimentation de drogues intraveineuses.

Il importe toutefois de renforcer l'incitation au dépistage et à la vaccination contre le VHB dans les groupes à risque en proposant de nouveaux « points d'entrée » dans le système sanitaire ou médico-social ou en améliorant les dispositifs existants pour ces populations souvent à la marge du système de soins.

L'impact du soutien à des associations pour le dépistage du VHB-VHC et la vaccination contre le VHB est encore difficilement appréciable. Les effets des actions menées par les associations sont difficiles à mesurer et on ne sait pas quelles sont les proportions d'usagers de drogues et de migrants qui sont rejointes par les acteurs associatifs.

⁴⁵ www.info-ist.fr

⁴⁶ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxato5.pdf>

Les associations et la prise en charge des patients usagers de drogues infectés par le VHC

Les associations agissant dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VHC sont peu nombreuses. Outre Asud, il y a aussi Technoplus et *Keep Smiling*, mais ces petites associations ont de grosses difficultés financières. Le montage de dossiers pour obtenir des financements est une opération très lourde prenant du temps qui ampute en conséquence celui passé sur le terrain.

Association d'auto-support pour les usagers de drogues, Asud a été créée en 1992. Elle a des antennes locales dans certaines villes (Nîmes, Marseille, Orléans, Nantes, Kourou en Guyane). Ses objectifs sont la réduction des risques (RDR)⁴⁷ et la citoyenneté. Asud agit principalement en informant les UD sur la RDR, au moyen d'un journal, d'un site Internet, d'actions sur le terrain, en partenariat avec des CSAPA et CAARUD. Un des moyens de la RDR est de rendre les UD acteurs de leur prévention. Depuis 2007, l'association est agréée au niveau national en tant que représentante des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique⁴⁸. A ce titre, son directeur était co-responsable de l'axe 1 du Plan « hépatites B et C » (accès à la prévention et à la réduction des risques).

Informers les patients n'est pas chose facile. Pour les UD, cela signifie que les intervenants doivent être intégrés dans les communautés d'usagers de drogues. Asud défend une action au plus près des usagers. Il en va de même des associations locales. A Marseille, l'association « La Nouvelle Aube » va sur place auprès des usagers. Ces associations allant sur le terrain distribuent énormément de matériel. En région PACA⁴⁹, structures et associations développent leurs propres supports, et d'autant plus pour des raisons de diversité linguistique ; brochures et affiches Inpes sont largement utilisées. Et de fait les UD sont nombreux à connaître leur statut sérologique. Le déficit d'information concernerait plutôt, ici comme ailleurs, le VHB : les patients sont moins bien informés (sur la gravité de la maladie, entre autres), les professionnels moins dotés en matériels d'information (les MG, en particulier, moins systématiquement enclins à dépister), le tout se traduisant logiquement par une faible couverture vaccinale de la population de cette région (29% à 24 mois, contre 42% au niveau national), tandis que les UD montrent une bonne acceptation du vaccin (la pratique de la vaccination est bien ancrée dans les CSAPA).

Les associations et la réduction des risques pour les usagers de drogues

La RDR a commencé avec les politiques de prévention contre le VIH. L'élargir aux hépatites n'est pas toujours facile : on note en effet un certain déni à propos de la réalité et de la fréquence de ces infections.

Dans les CAARUD, on utilise largement les divers outils de la RDR. Cela ne signifie pas que tous les problèmes touchant à l'usage et au partage du petit matériel aient disparu. Pour l'accès aux seringues, les plus gros soucis concernent les personnes qui ne viennent pas dans les structures de soins, les plus marginaux, ceux qui consomment dans les squats ou dans la rue. Dans les CSAPA et les CAARUD, les traitements de substitution ont occasionné quelques difficultés, au début. Ces traitements entraînent en contradiction avec la formation initiale de leurs personnels, qui, elle, visait principalement l'abstinence. Des difficultés sont apparues lors de la fusion

⁴⁷ La réduction des risques inclut la réduction des risques infectieux (VIH, hépatites et autres infections transmissibles par les seringues et le matériel), mais d'une manière plus générale la réduction globale des dommages liés à la consommation de drogues (overdose, effets liés aux produits, impact sur l'image). Pour cela, on utilise des outils d'évaluation de la consommation et de la dépendance, on fournit des retours d'information sur les substances consommées... Le risque infectieux a été une porte d'entrée, qui a permis ensuite d'aborder les autres risques et de « briser le tabou de l'abstinence ».

⁴⁸ Dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 relative à la représentation des personnes malades et des usagers du système de santé, destinée à améliorer la qualité du soin.

⁴⁹ Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisée par Planète Publique pour le HCSP. Mars 2013

entre les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), issus du secteur « alcool », et les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) orientés vers les usagers de drogues. Il y avait là comme un « choc des cultures ». Pourtant, le concept d'addictologie semble un bon concept, dans la mesure même où il permet une prise en charge commune.

L'injection reste stigmatisée, même chez les usagers de drogue, et l'injection d'un traitement de substitution est quelquefois perçue comme une faute. Il est difficile de toucher les usagers de drogues ne fréquentant pas les centres. Si la population fréquentant les centres est, elle, relativement bien contrôlée, elle reste minoritaire.

Ce que le Plan n'a pas suffisamment promu : l'information des usagers de drogues par les pairs

Si l'épidémie de VHC continue, on le doit pour partie aux lacunes de l'information des UD et, en particulier, à un défaut d'information technique sur l'injection « sûre ». Car il est possible d'être injecteur et de ne pas se contaminer. Un flyer Inpes édité en 2009 explique les modalités d'injection à risque réduit. Les injecteurs ne fréquentant pas suffisamment les structures spécialisées, cela suppose la possibilité d'intervenir à « l'extérieur » des structures de prise en charge (sur les lieux de consommation) en vue de toucher de nouveaux publics (le CDAG d'Auvergne a mené récemment plusieurs actions de ce type). Cela suppose également une information faite par les pairs, pour qu'elle soit plus adaptée. Or l'institutionnalisation des structures de prise en charge des usagers de drogues (CSAPA, CAARUD), la nécessité d'avoir suivi une formation et de posséder des diplômes pour travailler dans ces structures, a fait que les intervenants anciens usagers de drogues – les plus à même d'informer sur les méthodes d'injection en prenant en compte tous leurs aspects : seringues, matériel, désinfection des mains, partage du matériel, etc., sont à présent moins nombreux qu'auparavant. Actuellement en France, les pairs jouent un rôle de ce type surtout dans les CAARUD. Leurs compétences pourraient être beaucoup plus valorisées et permettre d'aller vers les populations encore exclues du système de soins, à travers « l'outreach ». Une mesure que le Plan n'a pas promue et que les associations souhaitent pourtant ardemment serait donc la création d'équipes de santé « communautaires ».

4.1.2 Objectif 2 : Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B

De 2009 à 2011, 0,2 million d'euros ont été inclus dans l'enveloppe budgétaire des ARS pour le financement des vaccins.

Information des médecins relative à la vaccination des nourrissons et des enfants (action I - 2-1)

Selon l'enquête effectuée auprès des médecins généralistes publiée dans le BEH 2012⁵⁰, 68% des médecins généralistes se déclarent favorables à la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons, mais il persiste encore 31% de médecins généralistes se déclarant défavorables à cette vaccination. Amorcée dès 1998, l'augmentation de la proportion des MG se déclarant très favorables à la vaccination des nourrissons, est particulièrement sensible entre 2003 et 2009. La couverture vaccinale contre l'hépatite B estimée chez les nourrissons confirme d'ailleurs cette évolution très positive mais sa valeur après le Plan hépatite reste à chiffrer. Selon une étude de l'InVS⁵¹, si la couverture vaccinale de l'hépatite B chez le nourrisson reste encore en-deçà des objectifs fixés par le comité technique des vaccinations, elle progresse néanmoins.

⁵⁰ Gautier & Jestin : Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009 *General practitioners' opinions and practices on hepatitis B vaccination, France, 2009* BEH 10 juillet 2012 / n° 29-30 Numéro thématique – Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France.

⁵¹ Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D Editeur(s) : Institut de veille sanitaire. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles.

En ce qui concerne le rattrapage vaccinal chez les adolescents, une enquête conduite auprès d'un échantillon représentatif de 341 MG en France métropolitaine confirme les résultats de l'enquête ci-dessus : 68% des MG interrogés déclarent pratiquer ce rattrapage, 39% systématiquement, 29% la plupart du temps⁵².

Un article récent présente les résultats d'une enquête « Vaccinoscopie 2011 » réalisée sur un échantillon de 750 adolescents de 15 ans, montrant un taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B de 37% (pour un objectif de 75%), la couverture étant également inférieure aux objectifs fixés par le HCSP pour tous les autres vaccins étudiés⁵³.

Relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB (action I-2-2)

L'injection d'immunoglobulines anti-HBs et la première dose de vaccin doivent être faites dans les 12 premières heures de vie et sont habituellement faites en salle de travail par les sages-femmes. Les deux autres injections de vaccin à M1 et M6 reposent sur le médecin généraliste ou le pédiatre. Et il est recommandé de vérifier chez l'enfant né de mère AgHBs +, la sérologie VHB (pour vérifier l'absence de contamination et la protection vaccinale efficace), ce qui est encore rarement fait. Il est difficile de savoir comment cette action s'est traduite de manière concrète sur le terrain et, pour l'instant, il n'y a pas d'indicateur disponible pour l'évaluer. La couverture par la sérovaccination des nouveau-nés dont la mère est porteuse de l'antigène HBs sera étudiée dans le cadre de la cohorte ELFE (Enquête Longitudinale Française depuis l'Enfance) mise en place en 2011 et suivie en 2012.

Information et communication en direction des HSH exposés à la transmission sexuelle du VHB (action I-2-3)

Pour apprécier les évolutions en termes de vaccination et de prévalence du VHB chez les HSH, on aura recours aux enquêtes de la presse gay 2004-2011. L'enquête 2004 montre que parmi les répondants, 9 % (n=538) déclarent avoir eu une hépatite B au cours de leur vie⁵⁴. Parmi les répondants qui n'ont pas eu d'hépatite B, 63 % déclarent être vaccinés contre l'hépatite B (n=3 306), 23 % déclarent ne pas être vaccinés (n=1 198) et 14 % ne savent pas s'ils sont ou non vaccinés (n=752).

Les données de la presse gay 2011 relatives à la proportion des personnes ayant été exposées au VHB et à la couverture vaccinale pour le VHB ne sont pas encore disponibles.

Proposition de la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux UD dans les CSAPA (action I-2-4)

Actuellement, seules deux enquêtes permettent d'obtenir des indicateurs quantitatifs relatifs à la vaccination contre l'hépatite B chez les patients UD : l'enquête KABP en population générale citée précédemment⁵⁵ (BEH 2012) et l'enquête Coquelicot 2011.

La première montre que la vaccination contre l'hépatite B n'est pas associée de manière significative à l'usage de drogues intraveineuses. Cette enquête est antérieure à la publication du Plan « hépatites » et fournit des

52 Alla F, Rabaud C, Raphaël F. Vaccination anti-hépatite B par les médecins généralistes français. Médecine et Maladies Infectieuses (2011) DOI : 10.1016/j.medmal.2011.07.002

53 Cohen R, Denis F, Gaudelus J et al. Couverture vaccinale : les ados en danger... Le point à l'occasion de la semaine de la vaccination. Med. Mal. Infect 2012;42(4):139-140.

54 InVS, Sneg, ANRS, CNR VIH et CNR hépatites B et C. Enquête PREVAGAY : Premiers résultats d'une enquête de séroprévalence VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/resultats_enquete_prevagay_171109/resultats_prevagay.pdf

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

valeurs de type « *baseline* » (pré-plan). Quant à la deuxième enquête, Coquelicot 2011 (la première avait été réalisée en 2004), ses résultats sont actuellement en cours d'analyse.

L'enquête 2004 avait mis en évidence un taux déclaré de couverture vaccinale contre l'hépatite B (au moins une dose) de 43%⁵⁶. Il n'existait aucune donnée sur la séroprévalence du VHB. Une estimation de l'évolution de la couverture vaccinale pour le VHB (par comparaison des résultats de l'enquête 2011 avec ceux de l'enquête 2004) sera disponible avec la publication des données 2011. Avec les données quantitatives pour l'instant disponibles, il n'est pas possible d'apprécier cette évolution, ni bien sûr d'avoir une idée précise de la proportion des personnes ayant été exposées au virus VHB chez les UD, toutes données nécessaires si l'on veut apprécier l'impact réel du Plan. On peut penser, toutefois, que les patients UD n'ont pas plus de chance d'être mieux vaccinés que le reste de la population, hormis peut-être ceux qui sont suivis dans les CSAPA.

Il est probable qu'un délai supplémentaire (3-4 ans) permettra d'apprécier l'impact du Plan. Des données sur la couverture vaccinale des patients de la file active des CSAPA (pré- et post-plan) permettraient d'analyser l'évolution des pratiques des personnels soignants des CSAPA. Les responsables des CSAPA remplissent chaque année une fiche décrivant leur activité, qui devrait permettre de connaître l'activité de vaccination contre l'hépatite B, mais les rapports ne sont pas disponibles.

Proposition de la vaccination chez les personnes originaires de zones de moyenne et de forte endémie (action I-2-5)

Plus de 9 médecins sur 10 (94%) se disent favorables à la vaccination des adultes à risque (UD et migrants originaires des zones d'endémie). Néanmoins, la vaccination contre l'hépatite B n'est pas liée au niveau d'endémicité VHB du pays de naissance, ce qui montre que l'accès à la vaccination de ces populations n'est pas encore optimum à ce jour, du fait d'une stratégie vaccinale pas suffisamment précise ou connue des médecins⁵⁷.

Amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé (action I -2-6)

La grande majorité des MG interrogés (88,3%) déclarent être vaccinés contre l'hépatite B⁵⁸. Une autre enquête auprès des MG⁵⁹ citée plus haut fait état de taux similaires (vaccination personnelle du médecin : 3 injections 89%, 1-2 injections 4,5%), lesquels confirment un taux de couverture vaccinale élevé chez les médecins.

En ce qui concerne les autres professionnels de santé, l'enquête VAXISOIN offre une première estimation, même si, une fois encore, cette enquête a été réalisée trop tôt pour pouvoir apprécier un quelconque impact du Plan hépatites 2009-2012⁶⁰.

Considérant qu'il s'agit là d'une vaccination obligatoire, ces données montrent en tout cas que la couverture vaccinale reste suboptimale chez les sages-femmes et chez les médecins (91%) car 100% auraient dû être vaccinés. Des actions spécifiques ciblant ces groupes devraient donc être menées en complément des recommandations du calendrier vaccinal.

56 Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, Razafandratsima N, Emmanuelli J, Guibert G, Barin F, Desenclos JC. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious Diseases 2009; 9: 113-124.

57 Gautier & Jestin : Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009 General practitioners' opinions and practices on hepatitis B vaccination, France, 2009 BEH 10 juillet 2012 / n° 29-30 Numéro thématique – Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France

58 Id.

59 Vaccination anti-hépatite B par les médecins généralistes français M. François a,*, F. Alla b, C. Rabaud c, F. Raphaëla s "Médecine et Maladies Infectieuses (2011) DOI : 10.1016/j.medmal.2011.07.002

60 J-P Guthmann, L. Fonteneau, C. Ciotti, E. Bouvet, G. Pellissier, D. Lévy-Bruh, D. Abiteboul. Couverture vaccinale chez les soignants des établissements de soins de France Enquête VAXISOIN, 2009. XXIIème Congrès National de la SF2H, Lyon, 9-10 juin 2011

4.1.3 Objectif 3 : Renforcer la réduction des risques de transmission chez les UD

Les données les plus récentes sont celles des trois enquêtes ENa-CAARUD de l'OFDT, réalisées avec une méthodologie identique en 2006, 2008 et 2010, qui montrent une tendance à la diminution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VHC chez l'ensemble des usagers : passage de 35% en 2006 à 27% en 2010 et chez les usagers injecteurs : passage de 47% en 2006 à 36% en 2010⁶¹.

L'enquête Coquelicot 2011 apportera des données de prévalence et également des données d'incidence par l'identification des contaminations récentes. Mais les résultats définitifs ne sont pas encore disponibles. L'analyse sur les données redressées est en cours. Les données brutes montrent une tendance à la baisse de la prévalence du VHC, mais l'InVS n'a pas souhaité communiquer de chiffres provisoires.

Tableau 9 : Données de séroprévalence VHC chez les usagers de drogues

Indicateur	Sources	Date / période couverte / périodicité	Territoire	Valeur
Estimation de la séroprévalence du VHC chez les usagers de drogues en France	InVS - Enquête Coquelicot 2004	2004	France métropolitaine/ 5 sites Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille	59,8 % [IC95 % : 50,7-68,3] 28% chez les moins de 30 ans 27% croyaient être négatifs à tort
Prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne	OFDT - Enquête PRELUD 2006 rapportée dans le rapport TREND 2006 paru en 2008 et dans le rapport 2007-2009 paru en 2010 ⁶²	2006	France métropolitaine/ 5 sites Dijon, Lyon, Metz, rennes, Toulouse	32% de l'ensemble de l'échantillon 42% chez les injecteurs
Prévalence des sérologies déclarées positives pour l'hépatite C dans les structures de premières lignes	OFDT - Enquête première ligne 2003, PRELUD 2006, ENa-CAARUD 2006 et 2008, rapportée dans le rapport TREND 2007-2009 paru en 2010	2003 2006 2008	France métropolitaine/ 5 sites Dijon, Lyon, Metz, rennes, Toulouse	Première ligne 2003 : 43,4% PRELUD 2006 : 34,0% ENa-CAARUD 2006 : 35,1% ENa-CAARUD 2008 : 29,0% (26,3% après standardisation sur la structure d'âge de 2006)
Prévalence des sérologies déclarées positives pour l'hépatite C chez les usagers des CAARUD	OFDT - Enquête ENa-CAARUD 2010	2006-2010	France	2006 : 35,1% 2008 : 29% 2010 : 26,6%
Prévalence des sérologies déclarées positives pour l'hépatite C chez les usagers <u>injecteurs</u> des CAARUD	OFDT - Enquête ENa-CAARUD 2010	2006-2010	France	2006 : 47,2% 2008 : 40% 2010 : 36,4%

La France a mis en place une politique de réduction de risque avec un retard considérable par rapport à d'autres pays, exception faite de l'autorisation précoce de la vente de seringues en pharmacies aux UD. Le modèle de prévention combinée basé sur l'accès aux programmes d'échange de seringues, l'accès élargi aux traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine et méthadone) et aux traitements antirétroviraux pour le VIH a permis de contrôler l'épidémie de VIH. Par contre, le taux de prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues était trop élevé pour que les moyens déployés arrivent à juguler l'épidémie. Des

61 Agnès Cadet-Tairou. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, septembre 2012. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacs9.pdf>

62 Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 p

modélisations britanniques⁶³ ont montré qu'un accès plus important aux méthodes de réduction des risques est nécessaire si l'on veut maîtriser l'épidémie de VHC. Elles ont montré l'impact potentiel du traitement antiviral VHC pour la prévention primaire. Par la diminution de la population « réservoir » du VHC, le traitement antiviral pourrait en effet contribuer à réduire le nombre de nouveaux cas d'hépatite C. Cet impact sera d'autant plus important que des traitements plus efficaces et avec moins d'effets secondaires seront disponibles à l'avenir.

Nouveaux injecteurs

Cependant, la situation épidémiologique a évolué, avec l'apparition d'injecteurs dont le profil est nouveau (public plus jeune fréquentant les festivals). Le phénomène des nouveaux injecteurs a été mis en évidence depuis environ cinq ans (via le dispositif TREND de l'OFDT incluant à la fois des aspects qualitatifs et quantitatifs). S'ajoutant aux usagers habituels plus âgés, une nouvelle population, plus jeune, souvent issue de classe moyenne, sans culture toxicomane et ne sachant pas s'injecter s'adresse aux CAARUD⁶⁴. Or, la contamination par le VHC est très précoce, deux ou trois injections suffisent. En prison également, on observe des primo-injections et des primo-consommations d'opiacés, même si le phénomène est moins important qu'en CAARUD, et un travail de prévention sur la primo-injection serait également utile dans ce cadre. Il convient de s'adapter à ces diverses évolutions, travailler en amont, ne pas s'intéresser seulement aux injecteurs (les gros injecteurs sont déjà contaminés ou déjà informés). Il convient de réfléchir à des actions de prévention du passage à l'injection. L'intérêt de ces actions est justement d'aller au-devant de publics ne consultant pas dans les CAARUD.

Amélioration des pratiques de RDR chez les UD en ce qui concerne la consommation associée d'alcool (action I-3-1)

Ce point soulève le problème du co-usage ou de la co-dépendance à l'alcool et aux drogues. La prise en charge de l'alcool chez des personnes utilisant des opiacés ou des traitements de substitution (opioïdes) est un problème complexe. En effet, les traitements disponibles à l'heure actuelle pour traiter la dépendance à l'alcool sont de type antagoniste aux opiacés, ce qui est incompatible avec la prise de traitements de substitution. Deux approches sont envisageables chez les UD : la consommation contrôlée consistant à éduquer le patient à consommer des quantités modérées (et contrôlées) d'alcool et/ou des traitements pharmacologiques (le naltrexone ou le baclofène, qui sont en cours d'évaluation). Le baclofène est un traitement myorelaxant que l'ANSM a récemment accepté pour la prise en charge de la dépendance/abus d'alcool en association à une prise en charge globale. Précisons toutefois que la consommation d'alcool est plutôt associée à une prise de risque sexuel⁶⁵. Cela devrait inciter à une meilleure prise en compte du risque d'hépatite B chez les buveurs excessifs⁶⁶.

Les indicateurs d'efficacité pourraient être ici : une diminution de la consommation de drogues suite à la prise en charge de la dépendance à l'alcool et, pour les aspects liés à la prévention, moins de rapports sexuels non protégés, suite à la prise en charge de la dépendance à l'alcool.

63 Vickerman P, Martin N, Hickman M: Can Hepatitis C virus treatment be used as a prevention strategy? Additional model projections for Australia and elsewhere. *Drug Alcohol Depend* 2011, 113(2-3):83-85; discussion 86-87.

64 Agnès Cadet-Taïrou. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, septembre 2012. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacs9.pdf>

65 Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA: Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction* 2012, 107(1):51-59.

66 Cook et al. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005, 32(3):156-164.

L'essai randomisé Bacloville (Baclofène vs placebo) permettra peut-être d'apporter une réponse sur l'efficacité de ce traitement sur la réduction de la consommation d'alcool mais probablement aucune réponse sur la prise de risques.

En conclusion, les données qui permettraient d'évaluer l'efficacité de cette proposition du Plan ne sont pas encore disponibles.

Etude de faisabilité d'une stratégie de prévention de la première injection (action I-3-2)

Puisque les UD se contaminent par le VHC souvent pendant la première injection, l'Inpes a mis en place une enquête de faisabilité sur la prévention de la première injection afin d'étudier les caractéristiques des personnes et du contexte au moment de la primo-injection.

Le Plan a incontestablement favorisé la mise en place de l'étude Prim'Inject dans le cadre de cette action. Réalisée par le biais d'Internet en s'appuyant sur les forums associatifs, Prim'Inject a permis de décrire les conditions dans lesquelles s'est effectuée la première injection chez 456 répondants (il y a eu beaucoup plus de répondants que prévu) s'étant déjà injectés au moins une fois, en apportant des informations à la fois concrètes et techniques que n'auraient pas forcément recueilli un enquêteur ou un professionnel du soin. Pour la première fois, des usagers de drogues ont été interrogés via Internet, une enquête mieux reçue sans doute grâce à cette méthode.

L'étude de faisabilité est à présent achevée, mais il s'est avéré nécessaire de prolonger cette première étude par une seconde d'un autre type pour produire des données concernant l'efficacité de la prévention de la première injection. C'est l'étude que mène l'Inpes à partir de l'adaptation faite en 2011 du programme britannique « *Break the cycle* », qui vise à faire prendre conscience du risque qu'il y a à encourager le passage à l'injection chez les jeunes et incite à l'arrêt de l'injection (programme ERLI).

Education aux risques liés à l'injection chez les UD injecteurs en vue de réduire les risques de transmission virale (ERLI) (action I-3-3)

Actuellement, il y a deux programmes en cours :

- le programme d'intervention ERLI de Médecins du monde ;
- le projet de recherche ANRS AERLI (en collaboration avec Aides et MDM), projet visant à évaluer la réduction des comportements à risque de transmission du VHC à la suite d'interventions de santé publique.

Seule cette dernière recherche apportera des résultats concernant l'efficacité de ce type d'intervention de santé publique pour la prévention du VHC. Ces résultats ne seront disponibles qu'en 2013-2014.

Suivi de la mise sur le marché de la forme sèche de la méthadone (action I-3-4)

Telle qu'elle est formulée (objectif d'agir sur les risques d'overdose), cette action semble hors sujet dans un plan de lutte contre les hépatites. Bien que la littérature ait montré que l'accès à la méthadone et aux programmes d'échange de seringues réduise de moitié le risque de séroconversion VHC⁶⁷, la population concernée par la forme sèche bénéficie déjà d'une substitution par la méthadone en sirop et elle n'est plus vraiment concernée par les pratiques d'injection associées à la transmission du VHB et du VHC.

67 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M: Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007, 102(9):1454-1462.

Agir dans les lieux festifs (action I-3-5)

Cette action consistait principalement en l'attribution de subventions aux associations pour qu'elles diffusent des messages de prévention dans les lieux festifs tels que bars, discothèques, soirées étudiantes, festivals, soirées techno, etc. L'Inpes met des documents à la disposition des associations. Seuls des indicateurs de processus (nombre de kits d'injection et *sniffing* distribués avant/après la mise en œuvre du Plan hépatites) pourraient faire l'objet d'un suivi, mais aucune donnée n'est disponible actuellement.

Mobiliser les pharmaciens d'officine ?

Dans certains CSAPA, on ne distribue pas de seringues. Certaines structures qui dispensent des traitements de substitution ne souhaitent pas distribuer des kits d'injection et de prévention en parallèle. Il faudrait sans doute plus de distributeurs automatiques de kits. Ceux qui fonctionnent le mieux sont, semble-t-il, ceux qui sont gérés par des pharmaciens. Or ils sont rares. L'idéal serait qu'ils soient situés dans des lieux à mi-chemin entre les CSAPA et les pharmacies.

Le Plan avait prévu d'évaluer le rôle et l'impact des pharmaciens d'officine dans la mise en place des stratégies de RDR (Ceci concerne plutôt l'axe 5 : action V-2-10). Le volet quantitatif de l'évaluation a été finalisé en juin 2011 (Afssaps/Inserm U1027). Le volet qualitatif était, lui, encore en attente.

La place des pharmaciens d'officine dans la substitution des seringues et la délivrance des produits de substitution est importante. Même si une officine sur trois ne délivre pas de matériel ni de traitement de substitution, ce sont elles néanmoins qui fournissent en seringues la majorité des usagers de drogues. Les pharmaciens sont donc potentiellement au contact de l'ensemble des usagers. Ils voient en particulier des UD qui désirent ne pas avoir de contact avec les structures de prise en charge, lesquelles à leurs yeux apparaissent comme trop stigmatisantes. Les personnes moins précaires, celles qui ont les moyens de s'acheter des produits, cherchent grâce au pharmacien à échapper à la visibilité (ainsi elles ne se font pas rembourser le Skénan® qu'elles achètent). Avec les pharmaciens, il y a de plus un rapport d'immédiateté : on y vient sans rendez-vous, on y revient si nécessaire. Mais la question de leur rémunération pour cette activité de santé publique n'est pas réglée. Il serait bon aussi de développer leur formation à ce sujet, formation continue et surtout formation initiale. La MILDT a essayé de mettre en place des formations de ce genre.

Le rôle que pourraient jouer d'autres professionnels de santé (addictologues, psychiatres, infirmières de certaines microstructures) afin d'améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination n'a pas été évalué à l'issue du Plan « hépatites », les enquêtes réalisées ciblant essentiellement les médecins généralistes.

Les lacunes du plan s'agissant de la prise en charge des usagers de drogues:

- **La prise en compte des risques spécifiques des femmes et des migrants en fonction de leur pays d'origine**

L'enquête Coquelicot 2004 montrait déjà que les femmes encourent un risque de contamination deux fois plus élevé que les hommes⁶⁸. Elles entrent fréquemment en contact avec les produits injectables lors de la formation d'un couple avec un homme UD, donc potentiellement contaminé. L'écart entre hommes et femmes quant aux pratiques de RDR est constant : elles sont plus jeunes que les hommes (moins expérimentées) et

⁶⁸ Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et coll. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH, N°33, 5 septembre 2006

confrontées à des pratiques sexuelles à risque. Or, le Plan n'abordait pas la situation particulière des femmes, au contraire des plans « Addiction » (MILT) ou VIH (DGS).

D'après l'InVS, certaines populations nouvellement migrantes présentent des risques spécifiques liés à l'usage de drogues, en particulier les migrants UD venant d'Europe orientale qui représentent un risque potentiel de reprise de la transmission du VIH chez les autres UD par le partage des seringues et autres matériels. On peut également citer la population comorienne de Marseille avec sa très forte prévalence VHB, la population chinoise et les travailleuses du sexe asiatiques.

- **Une amélioration de l'accès aux seringues et kit d'injection et *sniffing* (automates, CSAPA, pharmacies)**

La littérature scientifique montre que seule la prévention combinée peut être efficace pour contrôler la propagation du VHB et VHC, en particulier dans les populations à risque ; l'accès aux seringues pour les injecteurs peut être problématique, notamment pour ceux qui suivent un traitement de substitution (approximativement 80% dans l'enquête Coquelicot). En effet, certains soignants ont encore tendance à considérer que le traitement doit conduire à un arrêt complet immédiat des pratiques d'injection, mais l'arrêt de l'injection reste un processus lent, à partir de la mise sous traitement de substitution et il est encore nécessaire de faciliter l'accès de ces patients aux kits d'injection dans les CSAPA, les pharmacies ou via des automates.

4.1.4 Objectif 4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risques

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

Il s'agit d'une mesure générale qui concerne surtout le VIH, car pour les hépatites, un traitement antiviral d'urgence (Prophylaxie post-exposition) n'est pas encore recommandé. Pour l'instant, le HCSP a rendu des avis et rapport sur la prévention de la transmission soignant-soigné des virus des hépatites virales B et C et du VIH⁶⁹. Dans ce rapport, le HCSP se prononce pour : (i) éviter la contamination des patients par le respect des précautions standard et la vaccination systématique des soignants contre le VHB ; (ii) identifier les soignants infectés par un diagnostic précoce ; (iii) mesurer et réduire la charge virale des soignants infectés ; (iv) enfin proposer une démarche responsable aux soignants infectés. Il défend également la mise en place d'une commission nationale d'évaluation du risque de contamination soignant-soigné, afin que les quelques cas de professionnels de santé susceptibles de transmettre l'un de ces virus (porteurs chroniques) puissent être informés de ce risque, des moyens de prévention et qu'une décision éventuelle de restriction d'activité soit proposée sur la base d'une évaluation spécifique.

Réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée (action I-4-2)

Cette mesure a été surtout réglementaire, mais on ignore la façon dont la réglementation est appliquée sur le terrain. De plus, on manque de données concernant les pratiques de tatouage et piercing avant/après le Plan hépatites 2009-2012, qui permettraient d'apprécier l'observance des recommandations et d'évaluer l'efficacité de la mesure.

⁶⁹ HCSP. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHB, VHC, VIH. Juin 2011. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/hcspr20110614_trstsevirusHEMA.pdf

Sensibilisation au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations homosexuelles à risque (action I-4-3)

Les dernières données de la cohorte Suisse rapportent une augmentation du taux d'incidence annuel chez les HSH entre 1998 et 2011⁷⁰. En France, on observe une augmentation de l'incidence VHC chez les HSH déjà infectés par le VIH, mais pas une véritable augmentation du VHC chez les HSH séronégatifs pour le VIH. Ces études sont antérieures à la publication du Plan. L'enquête presse gay 2004 a montré que parmi les HSH connaissant leur statut, 2,6 % (n=93) ont un résultat positif au test VHC. Malheureusement, les données 2011 ne sont pas encore disponibles.

En 2009, une autre enquête ciblant les HSH, Prévagay⁷¹, estimait la prévalence des hépatites B et C à, respectivement, 1,37% [IC95%: 0,60-2,14] et 1,02% [IC95% : 0,34-1,66] chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay à Paris. Dans cette population où la prévalence du VIH est élevée (17,7%), on observe que les taux de prévalence des hépatites B et C ne diffèrent pas des estimations de prévalence réalisées chez les hommes en population générale qui étaient, en 2004, de 1,10% pour l'hépatite B et de 0,66% pour l'hépatite C.

4.1.5 Les effets du Plan sur la mobilisation des acteurs de la prévention et de la réduction des risques

Initialement, au niveau de l'ANITEA⁷² et des hépatologues, l'accueil du plan a été mitigé du fait du manque de soutien financier.

Par rapport aux addictions, le plan a été mobilisateur car il a permis de développer des actions intégrées dans les CSAPA et les CAARUD grâce aux dotations médico-sociales des ARS. Il a donc permis le développement d'actions, qui ont accéléré la structuration de partenariats de terrain entre des CAARUD et des services d'hépatologie de CHU. Il a permis une meilleure connaissance des compétences de chacun, au niveau national et régional et a donc facilité les contacts entre les services d'addictologie et les services universitaires, ce qui est très positif.

Cependant, le milieu associatif exprime un certain scepticisme et un certain décalage avec le Plan, même au sein du comité de suivi. Sans doute reconnaît-on que beaucoup d'efforts ont été faits. Ce Plan comporte néanmoins des manques, en particulier en matière de prise en charge communautaire, qui apparaît pourtant nécessaire dans un contexte où la RDR s'est de plus en plus institutionnalisée. Les représentants associatifs de la RDR insistent sur cet aspect et précisent que des usagers-relais sont mieux placés que des acteurs institutionnels pour rejoindre les populations les plus marginalisées et les plus éloignées des systèmes de prise en charge, pour comprendre les pratiques des UD et fournir des explications compréhensibles et adaptées aux pratiques. Si le Plan n'est pas spécialement connu des acteurs de terrain et ne semble pas avoir eu d'effet mobilisateur particulier dans le champ de la toxicomanie, on le doit sûrement à ce genre de lacune.

Concernant l'implication de l'Inpes, le Plan a surtout consisté en une poursuite des programmes existants et en l'actualisation des documents existants, notamment concernant le VHC et la population générale, et qui auraient probablement été actualisés même sans le plan. L'Inpes s'était engagé dans la politique contre les

70 Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Gunthard HF, Clerc O, Calmy A, Stockle M, Bernasconi E, Furrer H, Rauch A: Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. Clin Infect Dis 2012, 55(10):1408-1416.

71 http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/resultats_enquete_prevagay_171109/resultats_prevagay.pdf

72. La Fédération addictions (fusion de l'ANITEA et AFAA), dont Jean-Michel Delile est le vice-président, fédère 80% des structures de soins en addictologie en France.

hépatites dès le premier Plan et prévoyait avant tout de prolonger et renforcer les actions entreprises (dans le champ de la transmission sexuelle, des migrants, des usagers de drogues). L'actualisation avait d'ailleurs débuté dès 2007, mais le Plan a porté des activités à un niveau de priorité supérieur, sans qu'il soit possible de retrouver une étape de hiérarchisation des priorités. L'Inpes n'était pas complètement en phase avec certaines commandes du Plan 2009-2012 libellées de manière trop précise (on demandait par exemple de viser tel média en particulier). Des études ont été imposées à l'Inpes, en dépit parfois de son désaccord. Certaines actions ont par ailleurs généré des coûts très élevés ; Prim'Inject, par exemple, avec le recrutement de répondants et le coût dû au monitoring de l'enquête (une personne à temps plein pendant un an). Ces coûts ont été entièrement supportés par le budget de l'Inpes.

Synthèse de l'axe I

Points forts / atouts du Plan

La couverture vaccinale contre l'hépatite B augmente chez les nourrissons, sans doute plus du fait du remboursement, quelques années après la mise sur le marché du vaccin hexavalent, que grâce aux actions prévues dans le Plan.

Le Plan a pris en compte la nécessité de tenir compte des spécificités de la transmission du VHC dans la réduction des risques chez les usagers de drogues et chez les hommes ayant des relations avec des hommes.

Points faibles / limites du Plan

Les actions d'information et de communication sont nombreuses et s'intègrent dans les programmes généraux de l'Inpes. Il est difficile de faire la part de ce qui revient au Plan et de ce qui aurait été fait en l'absence de Plan. Il est également difficile d'évaluer les effets de ces actions.

Le Plan n'a pas suffisamment promu l'information des usagers de drogues par les pairs en particulier auprès des usagers les plus marginalisés. L'évolution des pratiques d'usage de drogues et des profils des usagers rend nécessaire l'adaptation des mesures de prévention et des modalités spécifiques d'approche de certains sous-groupes de populations à risque.

Il y a peu de données récentes sur la vaccination des adolescents, mais les quelques données disponibles montre qu'elle reste insuffisante, constat confirmé par les personnes auditionnées qui considèrent qu'il s'agit d'une lacune importante de la prévention de l'hépatite B.

Les modalités de mise en œuvre des mesures de prévention et d'application de la réglementation régissant les pratiques de tatouage et de *piercing* avec effraction cutanée ne sont pas connues.

Perspectives

Il serait nécessaire de recueillir des indicateurs d'incidence et de prévalence pour analyser l'impact des mesures de prévention primaire.

Il est également nécessaire de réaliser plus d'études d'évaluations des actions d'information et de communication. Cela suppose une meilleure coordination et une programmation temporelle cohérente entre le lancement des campagnes et les études/enquêtes à des fins d'évaluation.

Au-delà de la poursuite de l'effort de vaccination des nourrissons dans le cadre du calendrier vaccinal, il apparaît indispensable de mettre en place des actions pour augmenter le taux de couverture vaccinale chez les adolescents.

La vaccination des adultes requiert la connaissance préalable du statut sérologique et nécessite en conséquence une clarification des recommandations en matière de pratique de dépistage. Une information et une formation des médecins est nécessaire pour améliorer le suivi des vaccinations des adolescents et des adultes et la prescription des tests de dépistage avant vaccination des sujets séronégatifs.

Chez les usagers de drogues :

- ▶ Il apparaît nécessaire de poursuivre la promotion d'une **prévention combinée**, mettant à disposition des usagers de drogues l'ensemble des moyens de réduction des risques reconnus (faciliter l'accès aux seringues et kits d'injection dans tous les CSAPA, les pharmacies ou par des automates, expérimenter les moyens innovants tels que les traitements injectables, les salles de consommation à moindre risque), renforcer la mobilisation et la formation des pharmaciens d'officine, améliorer le travail en réseau et le développement de dispositifs mobiles pour toucher les populations non rejointes à l'heure actuelle (« populations cachées »).
- ▶ Il est nécessaire de prendre en compte la situation particulière de certains sous-groupes particulièrement à risques, notamment les femmes, ou les usagers originaires d'Europe de l'Est.
- ▶ L'amélioration de l'accès au traitement de substitution dans les zones géographiques non desservies par les CSAPA à travers la médecine de ville permettrait de réduire les pratiques à risque de transmission du VHC. D'autre part, l'accès aux traitements antiviraux de l'hépatite C pour les usagers de drogues pourrait aussi contribuer à la réduction du risque de transmission du virus.
- ▶ Il est nécessaire de développer des recherches sur des nouveaux moyens de prévention, pour pouvoir adapter en permanence la politique de réduction des risques à l'évolution des pratiques et des risques, notamment en ne considérant pas uniquement les risques liés à l'injection.

4.2 Axe II - Renforcement du dépistage des hépatites B et C

Cet axe comportait 2 objectifs et 6 actions, dont 1 est terminée, 4 sont engagées et 1 action non engagée a été abandonnée assez rapidement au début du plan, selon les tableaux de bord fournis par la DGS fin 2012.

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
Objectif 1 : Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque			
II-1-1 Incitation au dépistage		X	
II-1-2 Etude de faisabilité de recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie	X		
II-1-3 Incitation des usagers de drogues au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat			X
II-1-4 Développement de l'information et de l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie		X	
Objectif 2 : Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats			
II-2-1 Validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par le virus B et C et mise en œuvre		X	
II-2-2 Amélioration des modalités de rendu des résultats des analyses biologiques		X	

4.2.1 Objectif 1 : Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des personnes à risque

En population générale

Il s'agit d'un ensemble d'actions d'information et d'incitation au dépistage, majoritairement portées par l'Inpes, qui ciblent la patientèle des professionnels de santé, les médecins et les jeunes. Ces actions ont été conduites sur l'ensemble de la période du plan. Pour les documents imprimés, un plan de diffusion est élaboré, comprenant l'envoi de courriers indiquant la parution et les modalités de commande des documents. Cette démarche permet à l'Inpes de disposer d'indicateurs de diffusion de ces documents.

L'étude de faisabilité de la recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie a été abandonnée dès le début du Plan, en 2010, car le comité de suivi a finalement considéré que ce n'était pas à proprement parler dans la mission des anesthésistes d'assurer le dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie⁷³. La possibilité d'impliquer d'autres médecins : généralistes, médecins du travail, médecins scolaires, gynécologues-obstétriciens, a été envisagée, mais cette orientation ne s'est pas traduite par une action concrète.

Auprès des usagers de drogues

L'action « incitation des usagers de drogues au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat » a été conduite par la DGS qui a rédigé une circulaire invitant les CAARUD à passer des conventions avec les CDAG, CIDDIST et centres de vaccination. Un questionnaire relatif au suivi de la mesure figure en annexe de la circulaire, mais les données ne sont pas disponibles.

⁷³ Rapport d'activité 2010 du comité de suivi et de prospective.

Auprès des migrants

Le développement de l'information et de l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne ou forte endémie a été également portée par l'Inpes dans le cadre d'une approche pluri thématique incluant en particulier le VIH et les IST.

Une approche de type « santé globale » a été retenue pour mieux correspondre aux attentes de ces populations. L'Inpes diffuse des publications périodiques et des Cd-rom à destination de migrants, conçus par le pôle Population et cycles de vie :

- Et la santé, on dit quoi ? journal diffusé à 350 000 exemplaires, par le biais des commerces d'alimentation spécialisés, de salons de coiffure afro et par les associations africaines, surtout en Ile-de- France ;
- Toi-même tu sais : série télé diffusée sur des chaînes de télévision communautaires et Cd-rom utilisé pour des actions de prévention ;
- Emissions de radio financées par l'Inpes sur Africa N°1 et sur RFI, avec 1 ou 2 experts et des questions des auditeurs. En 2012, il y en a eu 2 sur l'hépatite B et 2 sur l'hépatite C.

Des études de notoriété de ces outils d'information ont été réalisées par l'Inpes, montrant des résultats encourageants : la revue est connue, lue et attendue. Le Cd-rom aussi est bien reçu et atteint le public visé, mais on n'a pas mesuré l'impact en termes d'incitation au dépistage. En général, il semble qu'une campagne soit suivie d'une vague d'augmentation du nombre de tests de dépistage, mais l'évaluation précise reste limitée.

Plusieurs études montrent que les migrants sont mieux informés et dépistés que la population générale, car ils ont souvent une personne atteinte dans l'entourage. On ne sait pas s'ils sont mieux vaccinés, car c'est difficile à mesurer, mais il semblerait que le taux de vaccination soit comparable à celui de la population générale. Les médecins généralistes ne pensent pas systématiquement à vacciner les migrants. Ils y pensent davantage face aux usagers de drogues.

Certains documents sont traduits en plusieurs langues, en partenariat avec le Comede. Il existe ainsi des livrets bilingues (disponibles pour 22 langues), comprenant des pages sur les hépatites B et C. Le Comède a également rédigé un volumineux guide à destination des professionnels de santé, qui comporte un chapitre sur les hépatites.

La formation de personnes relais est également portée par l'Inpes et le Comède, avec un financement par l'Inpes dans le cadre d'un appel à projet jusqu'en 2011 relayé depuis par un dispositif de contractualisation avec des associations sur une base triennale.

Dans ce cadre, la DGS a également financé des services d'interprétariat dans les CDAG (convention avec Interservice Migrants).

4.2.2 Objectif 2: Améliorer les pratiques de dépistage et de rendu des résultats

L'amélioration des pratiques de prescription des marqueurs de l'hépatite B dans un but de dépistage : une procédure longue actuellement non finalisée

La HAS a mis en ligne en mars 2011 une étude médico-économique comparant 6 stratégies de dépistage pour l'hépatite B et recommandant 3 stratégies (2 stratégies à 2 marqueurs, 1 stratégie à 3 marqueurs). Pour réduire la variabilité importante des pratiques dans le choix des marqueurs VHB dosés au cours de l'acte de dépistage, il est nécessaire de dégager un consensus sur les marqueurs utiles et d'inscrire un acte de dépistage à la

nomenclature. Cette démarche est encore en cours d'examen par l'UNCAM et représente un pré-requis pour les autres actions d'amélioration des pratiques de dépistage de l'hépatite B. Pour l'instant, les recommandations sont ressenties comme insuffisamment claires et précises, notamment par les médecins généralistes. La lenteur du processus est en partie liée aux difficultés que rencontre l'UNCAM pour réunir la commission de hiérarchisation des actes de biologie car les biologistes bloquent le système par mesure de protestation.

En matière de dépistage, la meilleure stratégie serait d'associer systématiquement trois marqueurs : AgHBs, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc, pour ne pas se limiter uniquement à la recherche de l'AgHBs sans se préoccuper de savoir si la personne est protégée contre le VHB (Anticorps anti-HBs) ou si elle a rencontré le VHB et a donc été ou est aussi exposée à des facteurs de risque (Anticorps anti-HBc). Cela peut être aussi un inconvénient des TROD VHB, en cas d'utilisation du seul TROD AgHBs. Actuellement, la sérologie a minima (AgHBs seulement) n'est recommandée que chez les femmes enceintes.

La prise en charge à 100% du dépistage de l'hépatite B par la sécurité sociale, qui était inscrite dans le Plan, ne semble plus à l'ordre du jour, dans le contexte actuel de limitation des dépenses de santé et dans l'attente d'une décision de l'UNCAM sur l'inscription à la nomenclature d'un test de dépistage. L'amélioration des modalités de rendu des résultats des analyses biologiques est soumise à cet arbitrage préalable sur le choix des tests à effectuer. En l'absence de décision, l'Inpes a reporté l'élaboration de nouveaux documents d'information à destination des professionnels de santé. Compte tenu de leur méconnaissance fréquente des marqueurs à prescrire, les prescripteurs ont besoin de messages et de recommandations claires sur les modalités du dépistage et le rendu de l'information. Ce besoin concerne notamment le dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes, pour lesquelles les prescriptions restent très hétérogènes.

Les tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD)

Le dépistage pourrait être facilité par la mise sur le marché et le remboursement des TROD. Le développement et l'évaluation des TROD faisaient partie de l'axe V. Pour l'instant, ceux-ci sont toujours en cours d'évaluation et la procédure est longue. Ils sont donc utilisés dans le cadre d'expérimentations conduites en particulier par Médecins du Monde et de SOS Hépatites, avec une mise à disposition de tests par les fabricants. SOS Hépatites utilise également ces tests à l'étranger, dans le cadre de missions d'information, de prévention et de dépistage.

Pour l'hépatite C, trois TROD ont le marquage CE, l'ANSM a effectué un contrôle de marché et seulement 2 tests ont été gardés, le troisième ayant trop de risque d'erreurs. La HAS est en attente de l'étude CNR-Henri Mondor. Les résultats finaux devraient être disponibles en avril 2013. Ensuite, il sera nécessaire d'évaluer la place des TROD dans la stratégie de dépistage de l'infection VHC.

Pour l'hépatite B, un TROD a obtenu le marquage CE en 2012, et l'ANSM a été saisie pour statuer sur la performance des tests. La HAS s'auto-saisira dans la suite sur ce sujet. L'étude Optiscreen B a évalué la performance des TROD VHB ; pour trois TROD AgHBs, les performances ont été jugées bonnes et pour un TROD anti-HBs, les performances ne sont pas optimales⁷⁴.

Médecins du Monde, qui utilise largement les TROD dans le cadre du dépistage du VIH, a développé un guide d'utilisation à l'usage des intervenants dans ses centres.

⁷⁴ Bottero J, Boyd A, Gozlan J, et al. Performance of rapid tests for detection of HBsAg and anti-HBsAb in a large cohort, France. J Hépatol (in press).

Dépistage de l'hépatite C

Le nombre de tests de dépistage de l'hépatite C a nettement augmenté, mais les recommandations concernant les populations à cibler sont ressenties comme partiellement obsolètes et devant être mises à jour.

Les données épidémiologiques, notamment de mortalité montrent un impact encore important des expositions anciennes notamment chez les 45-54 ans.

Aux Etats-Unis, la stratégie de dépistage systématique des baby-boomers (nés entre 1946 et 1970) vient d'être considérée comme pouvant réduire de façon importante l'incidence des complications hépatiques et des décès liés au VHC et ; à ce titre, elle a été jugée possiblement coût-efficace⁷⁵. Cette stratégie vient de faire l'objet d'une recommandation du CDC⁷⁶.

4.2.3 Pertinence de l'organisation mise en place dans les territoires, notamment en région

Les actions de communication prévues dans l'axe II relevaient de l'échelon national (Inpes). L'Inpes a envoyé des courriers d'information sur la parution de nouveaux documents : routage à partir de fichiers loués de médecins généralistes, infectiologues, pédiatres ou e-mailing. Ces courriers étaient accompagnés de bons de commande ou d'une information sur les modalités de commande par Internet. Ainsi, les professionnels pouvaient se procurer les documents qui les intéressaient en fonction de leurs besoins. Les CDAG étaient généralement informés. Les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) étaient destinataires des documents développés par l'Inpes, mais il n'y avait généralement pas de plan de diffusion en région élaboré avec les IREPS.

L'action destinée à mobiliser les services (CAARUD-CDAG) en faveur du dépistage des personnes à risque a été conduite par voie réglementaire (circulaire DGS/MC2/2009/349), circulaire antérieure à la mise en place des ARS.

D'après les résultats des monographies régionales, le renforcement du dépistage des hépatites a été pris en compte en région de façon variable par les ARS :

- En Ile-de-France, le dépistage des hépatites est intégré dans le Schéma Régional de Prévention (SRP) sous l'objectif « Faciliter l'accès, sensibiliser les publics prioritaires et les professionnels au dépistage du VIH, des IST et des hépatites et renforcer le lien dépistage soins ». L'incitation au dépistage des usagers de drogues apparaît comme une priorité dans l'action régionale, dans le cadre de l'action « Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages » du SROMS. L'ARS d'Ile-de-France encourage les CAARUD et CSAPA à passer des conventions avec les CDAG. Les structures médico-sociales de la ville de Saint-Denis apparaissent très mobilisées pour l'orientation au dépistage des personnes à risques. Pour les professionnels interrogés, la barrière de la langue représente la principale difficulté pour l'annonce et l'organisation de la prise en charge. L'accès à des solutions d'interprétariat est une problématique centrale pour les soignants intervenant dans le dépistage ou l'accompagnement à la prise en charge. Plusieurs services et ONG indiquent utiliser également le service d'interprétariat par téléphone mobilisable dans le cadre de la convention passée entre l'association ISM interprétariat et la DGS. Les différentes structures rencontrées tendent à proposer un dépistage systématique à leurs publics. Ainsi, le CDAG du Centre hospitalier de Saint-Denis encourage les patients venus pour d'autres pathologies que les

⁷⁵ McGarry LJ, Pawar VS, Panchmatia HR et al. Economic Model of a Birth Cohort Screening Program for Hepatitis C Virus. *Hepatology* 2012;55:1344-1355

⁷⁶ Centers for Diseases Control and Prevention. Recommendations for the Identification of Chronic Hepatitis C Virus Infection Among Persons Born During 1945–1965. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports* 2012;61(4). <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/r6104.pdf>

- hépatites à réaliser également les sérologies VHB et VHC. La PASS du Centre hospitalier de Saint-Denis propose systématiquement la réalisation de dépistages aux patients venus pour l'ouverture de droits.
- En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), il existait un programme dédié dans le PRSP 2005-2009 (objectif « Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge globale des hépatites B et C »). Dans cette région, le PRAPS comporte un objectif de « renforcement de l'accessibilité aux soins et d'action avec et pour les populations démunies » qui mentionne spécifiquement la question des hépatites. Le Schéma Régional de Prévention (SRP) mentionne une action « dépistage et santé sexuelle » dans le plan d'action « population générale ». Les acteurs de terrain déclarent encourager fortement le dépistage pour les populations à risque, notamment en orientant vers les CDAG. En milieu carcéral, le dépistage est systématiquement proposé lors de la visite d'entrée. Selon les acteurs rencontrés, les actions menées pour la prévention et l'incitation au dépistage du VIH ont intégré la problématique « hépatite », en particulier le VHC. Ils rapportent une augmentation des dépistages réalisés pour le VHC (multiplié par 2 en 10 ans), alors que le nombre de dépistages du VHB serait resté stable.
 - En Auvergne, où la prévalence des hépatites est plus faible, le dépistage des hépatites n'est pas mentionné explicitement dans le PRS. Les hépatites sont mentionnées dans le plan addictions, notamment le renforcement des liens entre CAARUD/CSAPA et CDAG. La lutte contre les hépatites apparaît comme une véritable priorité pour les acteurs intervenant auprès des usagers de drogues, qui semblent particulièrement mobilisés sur la question du dépistage.

De plus, selon la responsable de l'axe 2 au Comité de suivi et de prospective, il existe des campagnes auprès de communautés spécifiques faites par des sociétés savantes ou des associations, par exemple :

- L'AFEF (Association française pour l'étude du foie) a proposé des actions de dépistage auprès de la population khmère en région lyonnaise, auprès des personnes en situation précaire à Orléans ;
- La PASS et la consultation de Médecins du Monde à Créteil ont proposé le dépistage aux personnes migrantes ;
- Il y a également quelques initiatives portées par des médecins spécialistes dans leurs régions.

La mobilisation des acteurs en région

L'axe 2 du plan a ciblé plusieurs types d'acteurs : les professionnels et les associations, en particulier ceux intervenant auprès des jeunes et des migrants. Les acteurs professionnels et associations travaillant auprès des groupes à risque (UD, migrants, détenus) apparaissent mobilisés pour le dépistage. Malgré l'absence de données objectives, il semble que le plan actuel ait permis de conforter une mobilisation préexistante. Selon les monographies régionales, la mobilisation des médecins généralistes semble plus hétérogène, avec pour certains un manque d'information.

Effet du plan sur les publics les plus exposés et/ou en situation de précarité, en termes de dépistage, accès aux soins et prévention

Il n'est pas possible de faire un lien de causalité entre les mesures du plan et diverses catégories d'effets énumérés ci-dessous. Différents indicateurs sont disponibles pour quantifier l'activité de dépistage des hépatites B et C : nombre de tests pratiqués et pourcentage de tests positifs, prévalence du dépistage dans diverses populations, pratiques de dépistage dans les CSAPA.

Nombre de tests pratiqués et pourcentage de tests positifs

Les différentes sources de données sur le dépistage des anticorps anti-VHC et de l'AgHBs indiquent depuis le début des années 2000⁷⁷ :

- une augmentation régulière de l'activité de dépistage des anticorps anti-VHC et de l'AgHBs. Le nombre de tests remboursés par la CNAMTS en France métropolitaine est ainsi passé, entre 2000 et 2010, de 960 000 à 1,86 millions pour les anticorps anti-VHC et de 1,19 millions à 1,96 millions pour l'AgHBs⁷⁸. Par ailleurs, les données de l'étude LaboHep 2010 rapportent une estimation nationale en 2010 de plus de 3 millions de tests hépatite C (avec 0,91% de tests positifs) et environ 3 millions de tests hépatite B (avec 0,68% de tests positifs)⁷⁹. Ces tests comprennent le dépistage obligatoire chez la femme enceinte, ce qui représenterait environ 800 000 tests en France chaque année. D'une manière générale, l'InVS rapporte une augmentation de l'activité de dépistage au sein des différentes sources de suivi : réseau rénaVHB/VHC, base de données Biolam SNIIRAM, réseau des CDAG, dont une part croissante fournit des données depuis 2000 sur le dépistage du VIH, du VHB et du VHC. Dans les CDAG, la prise en compte de l'hépatite B a également augmenté au fil du temps.
- une diminution de la proportion de tests positifs parmi les tests réalisés en Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit⁸⁰ (de 2,2% à 0,5% pour les anticorps anti-VHC et de 2,1% à 0,6% pour l'AgHBs entre 2001 et 2009), ainsi que dans les laboratoires publics et privés du réseau RenaVHC/B. Ces tendances peuvent témoigner à la fois d'un dépistage élargi et donc moins ciblé sur les populations à risque, telles que les personnes en situation de précarité ou les migrants originaires d'Asie, d'Afrique ou du Moyen Orient, et d'une diminution globale de la prévalence car, au final, le nombre de tests positifs chaque année est en baisse. L'interprétation est difficile en l'absence de renouvellement de l'enquête de prévalence.

Prévalence du dépistage dans diverses populations

En population générale, dans l'enquête KABP 2010, la prévalence déclarée du dépistage VHB au cours de la vie en population générale était de 27,4%, elle était plus élevée chez les personnes nées dans un pays de moyenne et de forte endémie (respectivement 30,1% et 45,1%) et chez les personnes déclarant avoir consommé des drogues par voie intraveineuse (45,6%).

Chez les usagers de drogue, d'après l'étude Coquelicot 2004, 91% des sujets avaient été dépistés. Parmi les usagers fréquentant les CAARUD en 2010, 88,2% déclaraient avoir réalisé un test de dépistage pour le VHC (81% en 2006 avec une ancienneté moyenne du test à 11,5 mois), 21,4% déclaraient ne pas connaître leur statut vis-à-vis du VHB⁸¹.

⁷⁷ BEH 29-30 / 10 juillet 2012.

⁷⁸ Assurance Maladie. Données Biolam : les actes de biologie remboursés par l'Assurance Maladie. Disponibles à : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2008-2010.php>.

⁷⁹ Source InVS. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Enquete-nationale-LaboHep-sur-l-activite-de-depistage-des-hepatites-B-et-C-en-France-2010.-Depistage-de-l-Antigene-HBs/Enquete-nationale-sur-l-activite-de-depistage-des-hepatites-B-et-C-LaboHep-France-2010>.

⁸⁰ Brouard C, Pioche C, Le Vu S, Delarocque-Astagneau E, Semaille C, Larsen C. Dépistage de l'Ag Hbs en France à améliorer. Communication affichée (CA-41), 69e journées scientifiques de l'Association pour l'étude du foie, Paris, septembre 2011.

⁸¹ Agnès Cadet-Taïrou. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, septembre 2012. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacs9.pdf>

Pratiques de dépistage dans les CSAPA

Dans une enquête menée en 2011 auprès des CSAPA de France métropolitaine, concernant entre autres la prescription du dépistage, les CSAPA ont déclaré proposer le dépistage VHC : toujours (17% des cas), habituellement (41%), quelquefois (18%), rarement (1%), jamais (22% des cas). La fréquence déclarée de proposition du dépistage du VIH était pratiquement identique⁸².

Synthèse de l'axe II

Points forts / atouts du Plan

Le nombre de tests de dépistage des hépatites B et C continue à augmenter en population générale et chez les usagers de drogues. Il s'agit souvent d'un dépistage couplé avec celui du VIH et des IST.

Les taux et les nombres absolus de tests positifs diminuent au fil des années, ce qui pourrait signifier que le réservoir de patients, et probablement aussi la part des personnes ignorant leur statut, sont en diminution, bien qu'on ne puisse l'affirmer en l'absence de renouvellement d'une enquête nationale de prévalence.

Points faibles / limites du Plan

Au cours du Plan, il n'a pas été possible de finaliser la procédure d'amélioration des pratiques de dépistage de l'hépatite B, en identifiant clairement les tests à prescrire et en les remboursant à 100%, comme cela était prévu. Les modalités de dépistage de l'hépatite B ne sont pas totalement clarifiées à l'heure actuelle, dans l'attente de la décision de l'UNCAM concernant le choix des tests remboursés (inscription à la nomenclature d'un test de dépistage). Lorsque l'UNCAM aura arrêté ses choix, il faudra organiser une information des professionnels sur la nouvelle nomenclature, les indications et les modalités de prescription et d'interprétation, accompagnée de recommandations pour l'orientation des séropositifs vers le système de soins et la vaccination des séronégatifs.

En raison de l'absence de renouvellement d'une étude de prévalence, il n'est pas possible de mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés par le plan pour cet axe, ce qui est d'autant plus dommageable que la connaissance du nombre de personnes porteuses d'anticorps anti VHC ou d'antigène HBs ignorant leur statut serait particulièrement utile pour définir les stratégies de dépistage.

Perspectives

Le renouvellement de l'enquête nationale de prévalence semble indispensable si l'on veut avoir une estimation du réservoir de personnes infectées ignorant leur statut et faire la part entre une diminution effective de ce réservoir ou un défaut d'accès pour les populations à prévalence élevée.

Les TROD VHB et VHC encore en cours d'évaluation devraient prochainement permettre de renforcer le dépistage dans certaines populations à risque, en particulier chez les usagers de drogues réticents aux prélèvements sanguins et chez les migrants, pour qui la connaissance immédiate du résultat des tests faciliterait une orientation et une prise en charge rapides.

82 P. Mélin et al. Les hépatites virales et les CSPA en 2012. Poster 71è journées de l'AFEF, 2012

Il paraît urgent de finaliser le travail permettant d'améliorer les pratiques de dépistage de l'hépatite B : choix de la stratégie, inscription au remboursement, recommandations en termes d'indications du dépistage et d'interprétation des résultats.

Pour l'hépatite C, il convient de mettre à jour les recommandations concernant la population devant être dépistée. Une stratégie plus large que celle d'un dépistage ciblant les seuls groupes à risque, comme les usagers de drogues et les détenus, devrait être discutée à l'aune des données épidémiologiques récentes, en particulier compte tenu de la récente décision aux Etats-Unis de dépister systématiquement cette infection dans la tranche d'âge des baby-boomers.

Les nouvelles recommandations de dépistage des hépatites B et C devront également préciser la place des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD), en cours d'évaluation.

4.3 Axe 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

Cet axe comportait 4 objectifs et 11 actions, dont 1 est terminée, 10 sont engagées, selon les tableaux de bord fournis par la DGS fin 2012. Il est difficile d'apprécier concrètement les effets de ces actions, d'autant plus que les traitements de l'hépatite C n'ont cessé d'évoluer au cours du Plan et ont conduit à modifier les orientations prises au départ.

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
Objectif 1 : Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C			
III-1-1 Actualisation du « guide médecin de prise en charge de l'hépatite chronique C »		X	
III-1-2 Organisation des soins et rôle des différents acteurs dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C		X	
III-1-3 Amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C avant, pendant et après traitement		X	
III-1-4 Amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés et addictions et services de prise en charge des hépatites		X	
Objectif 2: Favoriser l'éducation thérapeutique du patient			
III-2-1 Promotion auprès des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique des patients traités pour une hépatite chronique		X	
Objectif 3: Soutenir des actions hors soins des pôles de référence "hépatites C" et les partenariats avec les associations de patients, d'usagers et de professionnels			
III-3-1 Evaluer l'adéquation entre les missions et les moyens des pôles de référence hépatites pour les activités hors soins		X	
III-3-2 Développement de partenariats avec les associations d'usagers et patients		X	
III-3-3 Développement de partenariats avec des professionnels en réponse à des besoins spécifiques d'interprétariat pour les migrants		X	
Objectif 4: Améliorer la formation des professionnels de santé			
III-4-1 Inscrire les hépatites B et C comme thème prioritaire dans la formation médicale continue			X
III-4-2 Favoriser l'information et la formation sur les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose, leur intérêt, leurs limites et leur place dans la prise en charge		X	
III-4-3 Formation à l'addictologie des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des hépatites virales chroniques		X	

4.3.1 Organisation de la prise en charge

Il est difficile d'évaluer si les objectifs du plan sont atteints, dans la mesure où il n'existe pas vraiment d'indicateurs pour les mesurer. Il faudrait alors une situation de départ et des objectifs quantifiés, ce qui n'était pas le cas. Les réalisations repérables sont les inscriptions dans les programmes de formation continue, l'inscription des actes à la nomenclature ou la mise à disposition de budgets pour les traducteurs, ces derniers ayant été jugés souvent insuffisants au regard des besoins. On peut dire de plus, en s'appuyant sur les monographies régionales⁸³, que les acteurs de terrain assurent les prises en charge sans réel sentiment que le plan ait changé quelque chose à leur routine ou à leurs projets.

⁸³ Évaluation du Plan Hépatites 2009-2012. Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisée par Planète Publique pour le HCSP. Mars 2013

Les préoccupations des pilotes du plan sont apparues très hospitalo-centrées, notamment pour ce qui concerne le traitement des patients.

Toutes les actions impliquant les médecins généralistes qui avaient été envisagées au début du plan ont été annulées avec la mise sur le marché des trithérapies qui a conduit à minimiser les possibilités d'intervention des médecins généralistes, compte tenu de la lourdeur des traitements et des effets indésirables.

Cependant, ce raisonnement ne prend pas en compte le fait que les médecins généralistes sont en première ligne pour le dépistage et le suivi des patients, notamment de ceux qui ne relèvent pas de la trithérapie, ainsi que pour la prise en charge de l'hépatite B. Les monographies régionales font ressortir la place relativement marginale des médecins généralistes dans la prise en charge⁸⁴.

Organisation des soins : faut-il développer la coopération ville-hôpital

Les mesures qui peuvent être mises en œuvre au niveau des instances centrales : mise à jour des recommandations, des circulaires, inscription dans les programmes de formation ne soulèvent généralement aucune difficulté. La difficulté de maîtriser le déploiement du Plan au niveau régional depuis la mise en place des ARS est particulièrement sensible pour le volet de l'organisation des soins. A ce niveau, il y a très peu de consignes au niveau national, ni d'articulation entre les SROS. L'objectif 1 concernant l'optimisation des pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge de l'hépatite C rejoint des questions d'organisation sanitaire plus générale dont il n'est pas certain qu'il soit à l'avenir pertinent qu'elles soient développées au sein d'un plan de santé publique national mono-thématique.

Cependant, le faible niveau de financements dans le cadre de ce Plan ne doit pas être oublié, et si l'hospitalo-centrisme des réflexions conduites sur la prise en charge des patients peut apparaître excessivement prédominante, notamment en éducation thérapeutique, c'est peut-être aussi qu'il est plus facile de développer des dispositifs nouveaux comme celui-ci dans le cadre d'une structure déjà existante et pouvant avoir accès à des financements (publics ou aides des laboratoires pharmaceutiques) que lorsque l'on en a pas. Or la structure des financements (enveloppe concernée ou modalités de calcul), relève encore souvent de l'échelon national.

On comprend que les centres experts, dotés d'une expertise technique de haut niveau restent les structures de référence pour des maladies qui nécessitent un plateau de compétences très spécialisées et dont le traitement est en pleine évolution. Toutefois, la même analyse n'est pas forcément valable pour l'accompagnement qui suit et entoure les prescriptions. Les micro-structures en Alsace, la maison des hépatites à Lyon (qui ne fait que de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement et n'a pas de consultation médicale) et probablement d'autres expériences locales dans certaines régions que nous n'avons pas explorées permettent de faciliter l'accès aux traitements d'une part et le bon déroulement de ces derniers d'autre part. Il conviendrait d'analyser ces expériences pour s'assurer qu'elles permettent la même qualité de prise en charge, qu'elles articulent correctement le travail des différents acteurs du soin et qu'elles répondent aux besoins là où elles sont implantées. Elles pourraient constituer un portefeuille d'alternatives adaptables aux différentes situations locales.

La prise en charge hospitalière des pathologies dont les traitements se révèlent un peu lourds à administrer ou à surveiller constitue encore un « modèle unique », largement prédominant sur les autres options. L'arrivée sur le marché des trithérapies pour le traitement de l'hépatite C a justifié le report des évolutions de l'organisation

⁸⁴ Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisée par Planète Publique pour le HCSP. Mars 2013

des soins et de la redéfinition des rôles des différents acteurs du soin entre l'hôpital et la ville (qui figuraient dans l'objectif III-1-2.), au motif de la lourdeur des traitements, de la complexité des effets secondaires à surveiller et d'une présumée absence de volonté des médecins généralistes.

Cela a cependant conduit à délaisser la question de la prise en charge de l'hépatite B, qui n'a pas été abordée dans cet axe. Il est difficile de distinguer si la raison était que sa prise en charge ne devait pas poser de problème, ou si la lutte contre l'hépatite B était plutôt ciblée sur la vaccination.

Cette interruption des réflexions sur le partage des rôles pourrait être dommageable pour le reste de la coopération avec la médecine générale concernant la prise en charge.

L'augmentation du recours aux soins pour hépatite C suite à l'obtention de l'AMM pour les trithérapies, n'a finalement pas eu lieu dans les proportions attendues. Cette moindre augmentation par rapport aux projections du nombre d'instaurations de traitements antiviraux pour hépatite C s'explique de plusieurs manières qu'il est difficile de hiérarchiser :

- Les filières d'amont pour l'orientation des patients vers les pôles de référence n'ont pas été mobilisées ;
- Les traitements sont lourds et très coûteux et il n'existe pas pour l'instant de recommandations officielles précisant clairement quels sont les patients devant bénéficier rapidement d'un traitement, compte tenu de l'évolution de leur hépatopathie : des recommandations professionnelles sont nécessaires pour savoir qui traiter, comment gérer les effets indésirables et les échecs thérapeutiques éventuels, quelles mesures d'accompagnement des malades sous traitements prendre et quelle prise en charge est utile après obtention de l'éradication du VHC. Toutes ces questions ne sont pas réglées à ce jour. Elles impliquent les médecins de soins primaires autant que les spécialistes. En conséquence, lorsque l'état du patient le permet, les cliniciens ont tendance pour certains malades à attendre les nouvelles générations de traitements annoncées comme offrant des schémas thérapeutiques plus simples et mieux tolérés (traitements sans interféron) ;
- L'entrée dans un programme d'éducation thérapeutique paraît indispensable au moment de la décision du traitement par trithérapie. L'ETP est en effet une mesure qui augmente l'efficacité des traitements par trithérapie, qui sont très coûteux pour la collectivité et très contraignants pour le patient. Elle permet d'optimiser l'observance du patient et réduit les risques d'abandon de traitement induits par les effets secondaires. Cependant, les équipes hospitalières n'ont pas été renforcées et il n'a pas été possible de prendre en charge plus de patients.

Sur le dernier facteur limitant, certains cliniciens interrogés ont précisé que le facteur limitant n'était pas tant le nombre de médecins que le nombre d'infirmières capables de faire de l'ETP. Etant donnée la lourdeur des traitements, certains centres retardent la mise sous traitement de certains patients lorsqu'ils ne peuvent pas les inscrire dans le programme d'ETP faute d'infirmière (par exemple, pendant un congé de maternité non remplacé).

On peut s'interroger sur les capacités de l'hôpital à prendre en charge à lui seul une population aussi diversifiée (et qui en partie passe par d'autres structures, en particulier les usagers de drogues...). La réflexion sur la place de la ville ou de structures de soins primaires (médecins généralistes, hépatologues libéraux, possibilité d'implanter l'ETP en dehors des centres experts) a plusieurs inconvénients majeurs :

- Cela a limité la réflexion à propos du dépistage en population générale, sur la gradation des prises en charge et l'identification des patients éligibles pour une trithérapie, sur la coopération entre les différents acteurs de soins. Or il a été rapporté dans les auditions que les patients éligibles à la trithérapie n'étaient

- pas toujours adressés aux centres experts. Ces réflexions sur l'organisation des soins et le partage des rôles auraient dû aborder également la question des parcours des patients;
- Cette démarche laisse de côté les populations pour qui la première priorité serait de les faire accéder aux soins primaires ;
 - Cela a créé un sentiment de défiance vis-à-vis des généralistes impliqués dans les prises en charge et un manque de constance des efforts pour créer du lien ;
 - Cela limite la prise en charge d'aval (après le traitement antiviral) car le traitement principalement hospitalier ne favorise pas le lien médecin-patient au-delà du traitement de l'hépatite elle-même, alors qu'un suivi est nécessaire au-delà du traitement antiviral (il existe d'ailleurs sur le terrain, après l'arrêt des traitements, qu'ils aient été efficaces ou non). Une étude écossaise a montré que même après guérison de l'hépatite C, les patients continuent à avoir une surmortalité même en l'absence de cirrhose, d'une part parce qu'ils continuent à avoir des conduites à risques (usage de drogues, alcool) et, d'autre part, parce qu'ils ne sont plus suivis⁸⁵ ;
 - Cela a conduit à accorder dans la mise en œuvre du Plan peu d'attention aux patients qui ne sont pas concernés par le VHC et la trithérapie, sans qu'on ne puisse dire si des problèmes de prise en charge se posent pour ces patients ou pas. Il semble pourtant que le suivi des patients AgHBs+ porteurs d'hépatite chronique est complexe, ce qui a conduit l'EASL (European association for the study of the liver) à produire au niveau européen des recommandations de prise en charge en 2012⁸⁶.

Le rôle des médecins généralistes

Parmi les acteurs interrogés, beaucoup s'accordent à dire que les médecins généralistes sont un groupe hétérogène, avec des médecins qui voient peu de patients atteints d'hépatites et d'autres qui, du fait de leur implication, notamment dans la prise en charge des usagers de drogues avec les expériences de microstructures ou de mini-réseaux de proximité, voient plus de patients atteints d'hépatites, sont plus sensibilisés au problème et capables de prendre en charge certains traitements. Cependant, il faut rappeler que tous les médecins généralistes doivent participer à la vaccination et au dépistage.

Les médecins généralistes ne contestent pas la légitimité de la prise en charge de l'hépatite C en milieu hospitalier, compte tenu de l'importance des effets secondaires des traitements à gérer. Mais, il est important, afin d'assurer la couverture d'une population par définition plus marginale vis-à-vis du système de santé, avec des modes d'entrée hétérogènes dans ce système, de favoriser la diversité des prises en charge en ne concentrant pas la réflexion exclusivement sur l'hôpital.

Une organisation avec des relais pour la prise en charge sociale résoudrait également une partie du problème de la lourdeur des patients concernés. Les médecins, généralistes ou spécialistes, sont formés et rémunérés pour faire le diagnostic de la maladie, favoriser la prévention et le dépistage, et orienter les patients en situation difficile sur le plan social et psychologique vers les personnels compétents. S'ils doivent tenir compte de fait des problèmes sociaux de leurs patients pour s'assurer que leur prise en charge sera efficace, ils ne peuvent toutefois se substituer aux travailleurs sociaux.

⁸⁵ Innes HA, Hutchinson SJ, Allen S, et al. Excess Liver-Related Morbidity of Chronic Hepatitis C Patients, Who Achieve a Sustained Viral Response, and Are Discharged From Care. *Hepatology* 2011;54:1547-1558

⁸⁶ http://www.easl.eu/_clinical-practice-guideline/issue-8-april-2012-revised-clinical-practice-guidelines-on-the-management-of-chronic-hepatitis-b

Les expériences citées ci-avant de micro-structures⁸⁷ ou mini-réseau ou de la maison du patient à Lyon, suggèrent l'intérêt de structures légères, mobiles, permettant la prise en charge des problèmes médico-sociaux et une articulation des soins de ville avec les centres experts, avec des coûts tout à fait acceptables⁸⁸, mais qui mériteraient encore des évaluations plus détaillées quant à leur coût et au service rendu au patient.

Coordination de la prise en charge (soins, prise en charge sociale)

Le besoin d'accompagnement des personnes concernées par les hépatites montre d'une part la nécessité d'une prise en charge qui ne se limite pas à la question « technique » du traitement et à l'accompagnement du traitement dans le cadre de l'ETP. Les études conduites montrent qu'être guéri d'une hépatite, au sens clinique - défini comme la disparition de la charge virale -, ne suffit pas à réduire la surmortalité de ces populations⁸⁹, qui continuent à avoir des conduites à risque et qui peuvent perdre un suivi médical continu par la médecine de ville à cause d'une « appropriation » excessive par l'hôpital durant une phase de traitement relativement longue comme le traitement par trithérapie.

Des expériences intéressantes de prise en charge se dessinent à la frontière des prises en charge sanitaires et sociales. Les CSAPA, CAARUD, microstructures ou mini réseaux constituent autant de portes d'entrée diversifiées permettant l'accès à la prévention, au dispositif de dépistage et à l'entrée dans le processus de soins et au suivi à long terme lorsque persistent des conduites à risque. Une meilleure articulation entre des structures plus légères, et donc plus faciles d'accès, et l'hôpital est nécessaire, mais les réseaux hépatites ou plus largement VIH/IST n'ont pas été encouragés dans le cadre du Plan, ni en dehors ; au contraire, certains sont même en train de disparaître, en l'absence de soutien et de financement institutionnel. Dans ce contexte, l'idée de concentrer l'ETP liée au traitement dans les centres hospitaliers ne paraît pas de nature à faciliter la continuité de la prise en charge pour ce type de population.

L'expérience de la maison des hépatites à Lyon (officiellement la maison du patient), est construite sur l'idée de procurer un accompagnement complet à la prise en charge médicale, assurée par ailleurs essentiellement par le centre expert. Les patients sont adressés à la structure par le médecin qui prescrit le traitement et qui peut être un hépatologue hospitalier (majoritairement), un hépato-gastroentérologue libéral ou un médecin généraliste. La prise en charge concerne l'ensemble de l'accompagnement du traitement. Sur 18 mois environ, les patients sont accueillis pour l'éducation thérapeutique (bi ou trithérapie), le suivi du traitement et la gestion des effets secondaires. Une permanence téléphonique est assurée pour permettre l'accès aux patients éloignés géographiquement. Les infirmières ré-orientent le patient vers l'hôpital lorsqu'elles constatent un problème nécessitant l'intervention du médecin. Des consultations de soutien sont assurées par des psychologues pour des aides avant, pendant et après le traitement. Une assistante sociale peut les accueillir pour les aspects sociaux. Plusieurs dispositifs collectifs permettent également aux patients d'échanger : atelier d'écriture, protolangage, et rendent le dialogue avec les patients plus facile parce que moins « personnalisé », pour des personnes qui se sentent un peu gênés de se trouver au centre de l'attention. Les associations de patients, en particulier SOS hépatites, ont leur siège dans cette maison et organisent des permanences qui complètent le

⁸⁷ Di Nino F, Imbs JL, Mélenotte GH, et al. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. BEH 6 octobre 2009 / no 37.

⁸⁸ Selon l'enquête DEQUASUD de l'OFDT, Les patients suivis en RMS ont un coût total mensuel inférieur de 103 € à ceux suivis en cabinet conventionnel. Lionel RIOU FRANÇA, Livia VELPRY, Daniel BENAMOUZIG, Robert LAUNOIS. Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues. DEQUASUD. OFDT, REES, juillet 2008. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxlr08.pdf>

⁸⁹ Innes HA, Hutchinson SJ, Allen S, et al. Excess Liver-Related Morbidity of Chronic Hepatitis C Patients, Who Achieve a Sustained Viral Response, and Are Discharged From Care. *Hepatology* 2011;54:1547-1558

dispositif d'accompagnement. Cette construction ville-hôpital semble tout à fait intéressante pour faciliter la continuité des prises en charge et la sortie de la maladie.

Prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients traités pour une hépatite C

L'action III-1.3 visait à l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients atteints d'hépatite C avant pendant et après traitement. Cette action consistait en l'élaboration et la diffusion de recommandations par l'AFSSAPS, ce qui a été fait dès 2008. Le bilan 2011 du comité de suivi indique que ces recommandations doivent être intégrées dans les futurs documents de la HAS sur les maladies chroniques. Mais cela n'a pas été le cas et l'impact de cette action considérée comme engagée est probablement assez faible.

4.3.2 Education thérapeutique

L'intérêt de l'ETP pour améliorer à la fois l'observance au traitement et son efficacité a été démontré⁹⁰.

L'observance au traitement reste une dimension difficile à appréhender avec précision par les cliniciens. Mais on sait qu'elle est fréquemment insuffisante et devrait être mieux évaluée avec des outils adaptés dans le cadre de l'ETP pour l'hépatite C⁹¹. Pour l'hépatite B, un auto-questionnaire a été validé en français⁹², permettant d'évaluer l'observance au traitement par analogues nucléosidiques.

Le Plan a favorisé la labellisation d'actions d'ETP dans le domaine des hépatites. Selon une enquête réalisée fin novembre 2012 auprès des pôles et réseaux hépatites, 17 projets d'ETP portés par des pôles ont été labellisés par les ARS et 4 projets portés par des CHG (mais ceux-ci sont peut-être sous-estimés s'ils ne sont pas connus des pôles). Il n'y a eu qu'un refus de labellisation d'un projet d'ETP porté par un pôle (pour défaut de formation en ETP d'un des acteurs clés). De plus, il y a eu quelques agréments pour des actions d'ETP réalisées en dehors des pôles et de l'hôpital : un réseau régional de médecin libéraux (qui a eu un financement de 100 000 €) et la maison des hépatites à Lyon, pour faire de l'ETP avec des infirmières, des logisticiens, des psychologues et des acteurs sociaux (et qui a obtenu un financement, en dehors du Plan).

D'une manière générale, il n'y a pas eu de financement spécifique pour les projets portés par les pôles (seulement une labellisation). Certaines ARS, comme celle du Languedoc-Roussillon, ont même sollicité des demandes de labellisations d'actions dans ce champ⁹³. De plus, il y a des expérimentations sur des délégations de prise en charge à Créteil et à Montélimar.

Mais les ARS ont tendance à favoriser les projets d'ETP transversaux, avec le risque que les hépatites soient perdues au milieu de pathologies beaucoup plus fréquentes comme le diabète ou les pathologies respiratoires. Aucune étude ne permet aujourd'hui de dire si l'ETP serait mieux ou moins bien prise en charge dans des structures généralistes ou spécialisées.

Si la prise en charge spécialisée a du sens sur le plan médical, on ne comprend pas la centralisation de l'ETP à l'hôpital, hormis quelques exemples en dehors et les obstacles à son élargissement vers la ville ou vers des

⁹⁰ Larrey D. Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peginterferon alpha2 – ribavirine dans l'hépatite C chronique : protocole PEGOBS. BEH 29-30 / 10 juillet 2012

⁹¹ Marcellin P, Chousterman M, Fontanges T, Ouzan D, Rotily M, Varastet M, Lang JP, Melin P, Cacoub P; CheObs Study Group. Adherence to treatment and quality of life during hepatitis C therapy: a prospective, real-life, observational study. Liver Int. 2011 Apr;31(4):516-24

⁹² Sogni P, Carrieri MP, Fontaine H, Mallet V, Vallet-Pichard A, Trabut JB, Méritet JF, Pol S. The role of adherence in virological suppression in patients receiving anti-HBV analogues. Antivir Ther 2012;17(2):395-400.

⁹³ Pour Nîmes, avec demande d'aide au Pr Larrey pour monter un projet.

structures de prise en charge des usagers de drogues ne semblent pas recevables, au-delà de l'idée de conserver, encore un temps, le pré-carré des hépatologues.

Certaines expériences citées ci-dessus témoignent de la possibilité de pratiquer l'ETP en ville, à la condition de se donner les moyens de l'organiser et de la financer. L'un des atouts possibles semble être une plus grande disponibilité sur une période plus longue, par rapport au dispositif hospitalier qui apparaît souvent saturé, avec des relais avec d'autres partenaires pour un suivi après la guérison dans les populations les plus à risque.

La maison du patient à Lyon, déjà citée ci-avant, est issue d'un projet de réseau Ville-Hôpital datant de 2007, appuyé par les médecins du pôle de référence, confrontés aux difficultés à organiser l'activité d'ETP.. La structure a bénéficié du financement DRDR, des financements liés à l'ETP, un peu de financements pour une prise en charge psychologique.

Actuellement, cette structure assure une prise en charge des patients sur le plan de l'ETP incluant, comme nous l'avons décrit ci-avant, l'accompagnement des traitements et une aide psychologique.

Les infirmières qui suivent les patients pendant leur traitement ont également un rôle d'assistance dans le lien avec les médecins, pour organiser les retours vers les consultations médicales le cas échéant. Elles se comportent donc en quelque sorte comme des « case-managers » et accompagnent la prise des traitements durant toute la durée de ces derniers. Elles disposent comme décrit ci-avant, d'accompagnants non médicaux pour faire face aux problèmes psychologiques et sociaux des patients.

La prise en charge dure en moyenne 18 mois. La file active a été de 131 malades en 2012, dont 31 en bithérapie hépatite C, 52 en trithérapie hépatite C. Les patients semblent satisfaits, mais les dernières données d'enquête de satisfaction datent de 2009.

Actuellement, l'ARS demande une diversification de l'activité vers l'addictologie et le VIH, mais en même temps, il n'est pas sûr que les financements soient pérennes comme toutes les organisations estampillées réseau. Cette expérience fait partie des pistes intéressantes qu'il conviendrait d'évaluer de façon approfondie.

L'hypothèse, soutenue par certains responsables du comité de suivi du Plan, selon laquelle la dotation de quelques postes supplémentaires d'infirmières en ETP à l'hôpital serait à même de régler le problème de la prise en charge de l'hépatite C, paraît discutable⁹⁴. Si l'ETP semble fondamentale dans la prise en charge de l'hépatite, les caractéristiques propres à une partie des populations concernées mériteraient d'être prises en compte à la fois pour l'ETP et l'accompagnement social, et il n'est pas certain que l'hôpital soit le meilleur lieu pour l'organiser.

Parmi les freins au développement de l'ETP, certains interlocuteurs ont souligné la lourdeur et la complexité des dossiers de demande d'agrément pour l'ETP, particulièrement pour l'action en UCSA, alors même que la labellisation ne s'accompagne pas nécessairement de subventions. L'AFSEP⁹⁵ demande qu'il y ait des simplifications pour ces dossiers. Les ARS étudient les dossiers, mais les financements éventuels ne sont pas attendus avant deux ans.

⁹⁴ Réunion du Comité de suivi et de prospective du 13 décembre 2013

⁹⁵ APSEP : Association des professionnels de santé exerçant en prison.

4.3.3 Formation

Les hépatites B et C font partie des axes en cours de déploiement dans la lettre circulaire N°DGOS/RH4/2010/284 du 22 juillet 2010 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel.

Un bilan des formations nationales d'avril 2009 à février 2011 fait état de 72 personnes formées par un organisme de formation (70% d'infirmières, 16% d'aides-soignantes, 11% des cadres de santé et 3% d'agents administratifs)⁹⁶.

Il semble également que les formations menées auprès des professionnels de santé sur l'hépatite B ne recueillaient pas beaucoup de candidats parmi les médecins généralistes.

4.3.4 La question de la qualité de vie

Etant donné les caractéristiques des populations les plus touchées, la qualité de vie de beaucoup des personnes atteintes d'hépatites est déjà altérée avant la découverte de la maladie. Améliorer cette qualité de vie pour des migrants, dont certains sont en situation irrégulière, pour les usagers de drogues ou pour les consommateurs excessifs d'alcool, relève d'une toute autre démarche que celle qui peut être mise en place par le seul secteur sanitaire. Il n'est pas non plus acquis que leur qualité de vie s'améliore après le traitement.

En effet, des études ont montré que la qualité de vie, souvent mauvaise avant traitement, se dégrade encore pendant le traitement de l'hépatite C dans toutes ses dimensions. De plus, il y a un lien entre une diminution de la qualité de vie et une mauvaise observance au traitement. Après le traitement, la qualité de vie revient à son niveau initial⁹⁷.

Il apparaît nécessaire de prendre particulièrement en compte la qualité de vie des patients au moment de la mise sous traitement et pendant le traitement pour éviter les ruptures de traitement, les patients ayant une mauvaise qualité de vie semblant plus susceptibles d'être moins observants^{97,98}. L'ETP, la prise en compte de la dépression et le soutien à la reprise d'une activité physique encadrée sont des mesures permettant d'améliorer à la fois la qualité de vie et l'observance^{98,99}. Ces éléments plaident en faveur d'un modèle d'éducation et d'accompagnement non hospitalier.

Une des composantes de cette altération importante de la qualité de vie est la fatigue, qui peut être associée à une dépression. Une étude chez des patients co-infectés VIH-VHC a montré l'intérêt de traiter la dépression pour obtenir une diminution de la fatigue¹⁰⁰.

L'amélioration de la qualité de vie des patients figurait dans le titre de cet axe, mais cela ne s'est pas traduit de façon très précise dans la mise en œuvre du Plan, en dehors de l'intégration maintenant admise d'une évaluation de la qualité de vie dans l'ETP et de l'action en cours visant à améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C avant, pendant et après traitement.

⁹⁶ Données fournies par la DGOS

⁹⁷ Marcellin P, Chousterman M, Fontanges T, Ouzan D, Rotily M, Varastet M, Lang JP, Melin P, Cacoub P; CheObs Study Group. Adherence to treatment and quality of life during hepatitis C therapy: a prospective, real-life, observational study. *Liver Int.* 2011 Apr;31(4):516-24

⁹⁸ Wartelle-Bladou C, Rosenthal E, Ratziu V, De Lédinghen V, Lang JP, Poinard T. [Adherence to pegylated combination therapy in patients with chronic hepatitis C. Importance of the hepatologist, general practitioner, and nurse]. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008 Mar;32(3 Pt 2):S96-S108

⁹⁹ Payen JL, Pillard F, Mascarell V, Rivière D, Couzigou P, Kharlov N. Is physical activity possible and beneficial for patients with hepatitis C receiving pegylated interferon and ribavirin therapy? *Gastroenterol Clin Biol.* 2009 Jan;33(1 Pt 1):8-14

¹⁰⁰ Michel L, Villes V, Dabis F, Spire B, Winnock M, Loko MA, Poizot-Martin I, Valantin MA, Bonnard P, Salmon-Céron D, Carrieri MP; ANRS Co13 HEPAVIH Study Group. Role of treatment for depressive symptoms in relieving the impact of fatigue in HIV-HCV co-infected patients: ANRS Co13 Hepaviv, France, 2006-2008. *J Viral Hepat.* 2010 Sep;17(9):650-60

Les questions relatives à la qualité de vie n'ont ainsi quasiment pas été prises en considération dans le Plan, au-delà du titre de l'Axe III, et ont été reportées sur la mise en œuvre du plan « Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » dont l'évaluation par le HCSP est en cours (rapport à paraître au premier semestre 2013).

Synthèse de l'axe III

Points forts / atouts du Plan

Le Plan a favorisé le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le domaine des hépatites, alors que celle-ci aurait sans doute risqué d'être réservée aux maladies à prévalence plus élevée comme le diabète ou les maladies respiratoires.

Points faibles / limites du Plan

A l'issue de ce Plan, on constate une absence de recommandations de la HAS pour le traitement antiviral des hépatites.

La coordination entre les différents acteurs et notamment le partage des tâches avec les médecins généralistes (principaux prescripteurs de traitements de substitution), ou hépatologues libéraux pour la partie médicale, ou avec d'autres structures de prises en charge de proximité, aurait mérité d'être discutée, expérimentée et évaluée, au moins à partir des expériences existantes.

La prise en compte de la qualité de vie et l'articulation avec les acteurs associatifs ne semblent pas s'être traduite par des actions concrètes allant au-delà de ce qui se faisait déjà dans les régions. En l'absence de données, hormis quelques éléments tirés d'expériences locales telles que les réseaux encore expérimentaux de microstructures et la maison des hépatites à Lyon, on ne sait toujours pas si les actions ont une efficacité sur les populations très marginalisées.

Perspectives

Il nous semble important de reprendre les réflexions sur le partage des tâches et les coopérations ville-hôpital, et de s'assurer que les coordinations qui avaient pu se mettre en place dans les expériences de réseau thématiques soient prises en relais dans le système de soins et ne disparaissent pas avec ces derniers.

La réflexion sur la coordination des prises en charge doit inclure, d'une part, la coordination médicale concernant le partage de l'expertise médicale et, d'autre part, la coordination de la mise en œuvre des traitements avec l'éducation thérapeutique et l'ensemble de l'accompagnement. Cela pourrait permettre de ne pas systématiquement confondre la structure de rattachement du médecin avec le lieu où doit se dérouler l'éducation thérapeutique. Or ces coordinations peuvent être assurées de façon satisfaisante dans des structures qui sont différentes d'un territoire à l'autre.

L'accès aux informations médicales par les médecins généralistes : recommandations, informations pratiques, aide à la décision devrait faire l'objet d'une réflexion tant sur le fond que sur la forme (diversité, rapidité d'accès à l'information, aux échanges) afin d'assurer un meilleur accès en « temps réel ».

Les expériences de mini-réseaux, micro-structures ou de la maison des hépatites justifieraient une évaluation approfondie, notamment sur leur capacité à assurer cette coordination du point de vue du patient et du point de vue médical, pour dégager les conditions d'une reproductibilité dans d'autres régions.

4.4 Axe IV - Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

Cet axe n'avait pas d'objectif formulé. Il comportait 5 actions dont 2 sont terminées et 3 engagées, selon les tableaux de bord fournis par la DGS fin 2012.

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
IV-1 Amélioration de la proposition systématique du dépistage des hépatites B et C lors de la visite "entrant" et renouvellement éventuel de la proposition		X	
IV-2 Soutien des personnes détenues atteintes d'hépatites virales chroniques B et C		X	
IV-3 Réalisation d'une enquête sur la prévalence de l'hépatite virale C de l'infection VIH et des traitements de substitution en milieu carcéral			X
IV-4 Elaboration d'une circulaire relative à l'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge des infections à VHB, VHC et VIH			X
IV-5 Evaluation de l'application des recommandations de la politique de RDR infectieux en milieu carcéral		X	

Si, en France, la population générale bénéficie actuellement d'un accès à la prévention et aux soins pour les hépatites jugé plus que satisfaisant par rapport à d'autres pays européens¹⁰¹, la population carcérale souffre depuis des décennies de plusieurs déficits de prise en charge et en particulier d'un déficit d'accès à la prévention pour le VIH et les hépatites. A l'égard des hépatites virales, le principe d'égalité d'accès à la prévention et aux soins pour la population carcérale par rapport à la population générale (OMS), n'apparaît pas respecté à l'heure actuelle et le défaut d'accès aux moyens de prévention reconnus comme efficaces fait que des détenus peuvent se contaminer dans des établissements gérés par l'Etat, ce qui est un risque difficilement acceptable du point de vue éthique.

En France, la population carcérale a augmenté de 30% au cours des dix dernières années¹⁰². Concentrant une population précarisée et souvent marquée par des addictions multiples (drogues et alcool), les prisons françaises sont devenues un lieu à haut risque en ce qui concerne l'infection par le VHB ou le VHC. La prévalence du VIH, du VHB et du VHC demeure bien plus élevée en prison qu'à l'extérieur de l'univers carcéral. Une méta-analyse¹⁰³ rassemblant 30 études sur la prévalence du VHC en milieu pénitentiaire a montré que les injecteurs de drogue ont un risque 24 fois plus élevé que les non-injecteurs d'être séropositifs pour le VHC. Les usagers de drogues sont également concernés par le problème des réincarcérations fréquentes rendant plus facile la transmission du VHC du milieu pénitentiaire vers le milieu libre.

Plusieurs études de pays où l'accès à la prévention est comparable aux conditions qui prévalent en France, ont mis en évidence que le risque d'être contaminé par le VHC dépend de la durée des incarcérations et des

101 Euro Hepatitis Index 2012 Report. <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-HepI-HCP-121104-2-w-Cover.pdf>

102 Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, Carrieri PM: Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 2011, 11:400.

103 Vescio MF, Longo B, Babudieri S, Starnini G, Carbonara S, Rezza G, Monarca R: Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health 2008, 62(4):305-313.

pratiques d'injection^{104,105}. Aux États-Unis, où l'accès à la prévention est encore moins bon qu'en France en raison de l'absence de traitements de substitution aux opiacés, le risque de séroconversion VHC est évalué à 1,1 % par année de détention¹⁰⁶.

Les prisons françaises sont elles aussi un endroit à risque de contamination par les hépatites B et C. La prison est reconnue comme un des facteurs associés à la positivité de la sérologie de l'hépatite B chez des usagers de drogues déjà contaminés par le VIH¹⁰⁷. Cependant, la vaccination n'a pas été intégrée en tant qu'action dans le cadre de cet axe du Plan dédié aux détenus.

4.4.1 Les avancées

Les actions retenues dans l'axe IV ont reflété de vraies priorités. En effet, la population détenue est souvent loin du dispositif classique de repérage des hépatites (y compris des CAARUD). Il est essentiel que cette population puisse bénéficier d'un repérage, d'autant plus que le contexte de la détention est favorable pour engager un début de suivi. Il était donc important que le Plan comporte un axe dédié aux détenus.

Une meilleure connaissance du terrain

Le Plan « hépatites » a permis en effet de mieux cadrer les objectifs explorés lors du plan précédent. Le contexte est à présent connu avec plus de précision et les recommandations ont été diffusées. Mais il est vrai que l'on partait de loin et que le travail en milieu pénitentiaire est complexe. Le Plan a été bien conduit et a toujours incité à la réflexion sur la manière de transposer conclusions et observations sur le terrain. Et certes, pour se concrétiser, les évolutions sanitaires et les changements de politique prennent toujours un temps considérable. Dans le cas de la santé des personnes détenues, on se situe qui plus est à la croisée des politiques (Plan VIH, Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, etc.). Le Plan « hépatites » ne pouvait de toute façon répondre à tous les problèmes. Le Plan a donné un cadre, en particulier pour l'organisation du travail en réseau, ce qui est primordial dans le contexte de la prison.

Elaboration d'une circulaire relative à l'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge des infections à VHB, VHC et VIH (action IV-4)

Ce cadre est développé dans le guide méthodologique, qui est sorti le 9 novembre 2012, mais qui n'est pas à proprement parler une réalisation du Plan. Cela permet en effet d'améliorer la prise en charge pendant l'incarcération et de préparer la sortie.

Les auditions ont confirmé que les principaux thèmes du Plan ont été développés dans le nouveau guide méthodologique qui comporte diverses fiches précisant les conditions de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi de cette population : éducation et promotion de la santé, réduction des risques, dépistage et prise en charge des maladies infectieuses, continuité des soins à la sortie.

Cette inscription dans une circulaire est importante si l'on veut augmenter les chances de réussite à la sortie de la détention.

¹⁰⁴ Burattini M, Massad E, Rozman M, Azevedo R, Carvalho H: Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica* 2000, 34(5):431-436.

¹⁰⁵ Champion JK, Taylor A, Hutchinson S, Cameron S, McMenemy J, Mitchell A, Goldberg D: Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004, 159(5):514-519.

¹⁰⁶ Reindollar RW: Hepatitis C and the correctional population. *Am J Med* 1999, 107(6B):1005-1035.

¹⁰⁷ Carrieri MP, Rey D, Michel L: Universal hepatitis B virus vaccination in French prisons: breaking down the last barriers. *Addiction* 2010, 105(7):1311-1312.

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 (action IV-3)

Deux enquêtes récentes : PREVACAR et PRI²DE (ANRS) permettent de répondre en partie aux questions soulevées par l'évaluation du Plan. Il faut souligner que la mise en place d'enquêtes en milieu pénitentiaire représente un travail long, complexe et pas toujours gratifiant, alors que c'est un domaine où les besoins de connaissance et d'intervention ciblée sont les plus urgents.

Pilotée par la DGS, en partenariat avec l'InVS, dans les unités de consultations et soins ambulatoires (UCSA) en 2010, l'enquête « PREVACAR » (volets prévalence et offre de soins) est centrée sur l'hépatite C et le VIH, ainsi que sur l'accès à des outils de prévention tels que les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

L'enquête PREVACAR a cherché à estimer la prévalence du VHC dans un échantillon représentatif des dossiers médicaux de détenus. Pour les dossiers complets (70% des dossiers), la prévalence du VHC s'établissait à 4,8% [95%IC : 3,53 – 6,50], soit environ 3 000 personnes. Près de la moitié (46%) étaient virémiques pour le VHC (95%IC : 27,3 – 66,5), soit environ 1 500 personnes. Le délai de détection de l'hépatite C était de 6,8 ans (95% IC : 3,8 – 9,8). L'usage de drogues est le mode de transmission prédominant (70%) ; la détection de l'hépatite C a lieu dans un cas sur cinq au cours de l'incarcération. Près de la moitié des détenus séropositifs pour le VHC étaient traités pour l'hépatite C.

En ce qui concerne les TSO, la proportion des patients traités en détention est estimée à 7,9% [IC95% : 6,49-9,79], soit environ 5 000 personnes. Contrairement aux pays étrangers, le traitement de substitution le plus utilisé est la buprénorphine (68,5%), suivi par la méthadone (31,5%), soit des proportions identiques à celles observées en population générale. Un tiers (31%) des TSO ont été prescrits pour la première fois pendant la détention (40% pour la BHD et 13% pour la méthadone). Ces résultats sont plutôt concordants avec ceux de l'enquête PRI²DE.

Ainsi, l'axe IV du Plan a permis des avancées notables de la connaissance du terrain. On avait très peu de données épidémiologiques sur la prévalence des hépatites, sur leur prévention et sur leur prise en charge. Grâce aux enquêtes PREVACAR (la seule action de l'axe 4 terminée actuellement) et PRI²DE, on possède maintenant des données fiables et pertinentes qui permettront de lancer des actions sur le terrain dans les années à venir. L'enquête PREVACAR a rencontré un bon taux de participation (84% des UCSA) et permet de disposer d'indicateurs relatifs à la mise en pratique sur le terrain des mesures réglementaires permettant de mieux cerner les points de blocage, culturels ou financiers. Il sera indispensable de suivre l'évolution des données, et cela pose le problème du retard de l'informatisation des UCSA. A l'heure actuelle, 28 sur les 176 UCSA ne sont pas reliées à leur hôpital de rattachement (lequel peut être éloigné de 40 ou même 70 kms). 10 UCSA n'ont pas encore d'ordinateur (toutefois les choses progressent : en 2011, il y en avait 16 ; 30 en 2010).

La pratique de l'usage de drogues en prison demeure un « serpent de mer ». On connaît un peu ces pratiques, en maison d'arrêt où les détenus incarcérés pour des durées brèves continuent leurs pratiques sans tenir compte des risques inhérents à la prison, en centrale et dans les établissements hautement sécurisés, où la toxicomanie est aussi répandue. Le Plan « hépatites » a justement permis de mettre en place, d'accompagner des mesures d'observation de la situation épidémiologique ainsi que des prises en charge des hépatites en milieu carcéral, grâce aux enquêtes PREVACAR (dans le cadre du plan) et PRI²DE (en-dehors du Plan, mais en articulation avec le Plan). Parallèlement à PRI²DE, l'administration pénitentiaire a réalisé une enquête sur les pratiques à risque en détention, enquête qui n'a jamais été diffusée. Un groupe de travail recueille des

données sur les caractéristiques des détenus. Mais on ne dépasse guère le niveau des données transversales, d'autant plus que les services de santé en milieu pénitentiaire sont encore à un faible degré d'informatisation, et avec des systèmes souvent différents d'une UCSA à l'autre. Il n'y a pas d'enregistrement systématique permettant de suivre certains phénomènes et donc pas, ou fort peu, de données « évolutives ». Un recueil régulier de données serait nécessaire, comme cela se fait dans d'autres pays européens, avec des dispositifs variables suivant les pays, selon que le projet est porté par les services de la Justice ou par ceux de la Santé. Il serait intéressant d'explorer davantage l'initiation aux pratiques à risque pendant la détention.

L'enquête PREVACAR fournit des données intéressantes. Elle montre des prévalences plus importantes qu'en population générale mais plus faibles que parmi les toxicomanes vus en ville. La pérennisation de cette enquête ne paraît pas, néanmoins, prioritaire.

Amélioration de la proposition systématique du dépistage des hépatites lors de la visite « entrant » et renouvellement éventuel de la proposition (action IV-1)

Cette proposition figure dans le nouveau guide méthodologique de prise en charge sanitaire des détenus publié en 2012. L'ancien guide méthodologique, qui datait de 2005, vient d'être mis à jour. La première version datait de 1994. Il y avait eu des actualisations en 2000 et 2004. L'actualisation était attendue depuis 2008. Il s'agit là d'une avancée importante puisque jusqu'à présent les personnels de santé ne disposaient d'aucune recommandation précise dans ce domaine. Le comité de suivi souligne que la mesure 6.1 du Plan d'action stratégique 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes sous main de justice » (PMJ) du ministère de la Justice renforce cet axe d'intervention ; cette mesure s'accompagne de crédits destinés aux UCSA (PLFSS 2011 : 1 570 000 € pour les tests de dépistage et la vaccination contre le VHB).

L'enquête PREVACAR¹⁰⁸, inscrite dans le plan et réalisée en 2010 a mis en évidence que la quasi-totalité des établissements propose un dépistage des trois virus VIH, VHC et VHB à l'entrée, mais que seule la moitié d'entre eux renouvelle la proposition en cas de refus initial. Les auditions ont cependant souligné que, le plus souvent, la visite « entrant » n'est pas le meilleur moment pour proposer une visite médicale, les détenus étant alors davantage préoccupés par leur incarcération que par leur santé.

Concernant la proposition de dépistage lors de la visite « entrant » du détenu, la situation semble s'être fortement améliorée depuis, si l'on en croit certaines données recueillies dans le grand Sud-Ouest, confirmées d'ailleurs par les recueils réalisés par l'ENAP (Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, basée à Agen) au niveau national. L'action IV-1 est donc intéressante car elle permet d'accroître le dépistage.

Sur le taux de dépistage lors de la visite « entrant », des données sont fournies par les services pénitentiaires, mais il n'existe pas de recensement national. Un contrôle à la sortie serait également utile de façon à évaluer les séroconversions intra-muros, mais l'administration pénitentiaire y est opposée. Le plan santé pour les personnes sous-main de justice reprend du reste le dépistage systématique recommandé par l'action 1 du Plan « hépatites ».

Il conviendrait que la proposition soit renouvelée de façon systématique après la visite « entrant » si l'on veut obtenir un taux d'acceptation plus élevé pour le dépistage mais aussi pour la vaccination contre l'hépatite B.

108 <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-10-11-2012>

4.4.2 Les obstacles et les limites

Lorsqu'on fait un état des lieux des réalisations, on voit que le Plan a multiplié les constats, mais assez peu les actions. On en est resté à un niveau d'état des lieux. Plusieurs plans intègrent des actions sur les hépatites ou plus largement les infections transmises par voie sanguine ou sexuelle, en milieu carcéral : plan MILDT, plan santé justice, plan addiction, plan VIH. Cela rend les choses un peu opaques et ne traduit pas nécessairement une volonté politique d'aller plus loin, d'autant plus qu'il y a des problèmes de moyens. Les détenus forment une population marginale à laquelle bien peu s'intéressent. En outre, les divers intervenants (DAP, DGOS, MILDT) ne sont pas tous d'accord entre eux. Une paralysante tension médiatique flottait autour des salles de consommation et des programmes d'échanges de seringues en prison.

Un partenariat difficile entre la santé et l'administration pénitentiaire

La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a été associée au suivi du plan, une de ses représentantes faisant partie du groupe restreint d'animation du Plan, et le bureau PMJ2 (politiques de santé, Justice) participant aux travaux du groupe de travail n°2 du comité de suivi du Plan « hépatites ». Pour la DAP, cette participation au comité de suivi du Plan hépatites avait pour objectif de faire en sorte que la population carcérale soit effectivement prise en compte par le Plan. Mais la DAP se garde bien d'apparaître comme un promoteur, un pilote, un usager ou un acteur du Plan. La DAP n'est pas acteur en ce qui concerne la santé en milieu pénitentiaire, tout au plus un « facilitateur », par exemple pour l'entrée des médecins dans les établissements pénitentiaires ou en aidant à la gestion des consultations.

Il y a environ 66 000 détenus en France. L'administration pénitentiaire suit en outre 155 000 personnes en milieu ouvert, qui relèvent du droit commun pour les questions de santé. C'est là une population fragile (antécédents, parcours, dépendances, violences souvent subies, etc.) et un peu été oubliée par les mesures de politique générale.

Une faible synergie entre le Plan « hépatites » et le plan « santé-justice » 2010-2014

En théorie, le Plan hépatites s'articule avec le plan « santé-justice 2010-2014 ». En pratique, toutefois, il y a eu peu d'actions. Le plan santé-justice comporte des recommandations, mais ne dit pas comment les mener à bien. Le Plan « hépatites » était plus précis, mais comportait peu d'actions concrètes.

Le Plan « hépatites » 2009-2012 s'articule avec le plan d'action stratégique « santé-justice ». Le premier, postérieur au Plan hépatites, reprend certaines des mesures du second. Le plan « santé-justice » soulève des problèmes sérieux d'évaluation. Très volontariste, avec des objectifs d'amélioration mais peu d'indicateurs pour prendre la mesure des évolutions¹⁰⁹, c'est un plan difficile à évaluer. Une des mesures du plan « santé-justice » est la mise en place d'un observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD). Cet outil (qui n'est pas un effet du Plan « hépatites ») semble à présent fonctionner ; ce pourrait être un vecteur possible pour le suivi de certaines mesures des plans. La DAP déplore en effet une absence de retour d'informations sur l'état de santé de la population détenue vers l'administration pénitentiaire. Ce retour pourrait se faire via les commissions santé dans les établissements pénitentiaires, ou via la commission annuelle d'évaluation entre les établissements. Depuis 2008-2009, le rapport d'activité des UCSA s'établit selon un cadre commun, mais ce cadre ne comporte aucune information spécifique concernant les hépatites. Dans le volet « informatisation des établissements pénitentiaires », un onglet sanitaire ne comporte que des

¹⁰⁹ Le HCSP a d'ailleurs publié récemment des propositions pour l'évaluation de ce plan : Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice », septembre 2012. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=289>

informations dites « opérationnelles » (aux fins d'amélioration de la gestion de la personne et de limitation des risques en cas de dangerosité potentielle) à l'exclusion de toutes informations personnelles relatives à la santé des détenus qui restent soumises au secret médical.

Une insuffisance de prise en compte de l'accès à la vaccination contre l'hépatite B

Le Plan ne dit rien sur la nécessité d'améliorer la vaccination contre l'hépatite B des patients détenus et on n'est pas en mesure d'estimer l'impact du plan sur la couverture vaccinale.

Les dernières données dont on dispose datent de 2003 et montrent que, malgré la diminution de la vaccination dans les années 1990, la couverture vaccinale contre l'hépatite B des détenus est passée de 13,7% en 1997 à 31,3% en 2003, d'après une revue de littérature publiée en 2008¹¹⁰.

Le plan d'action stratégique 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice » renforce cependant cet axe d'intervention en même temps que le dépistage, avec des crédits destinés aux UCSA (PLFSS 2011 : 1,5 M d'euros pour les tests de dépistage et la vaccination).

Encore des progrès à faire en matière de dépistage et de continuité des soins

Un examen de santé doit être réalisé dans les 24 heures suivant l'entrée en détention ; mais ce n'est pas toujours le bon moment pour proposer un dépistage. Le dépistage doit être reproposé plus tard. L'enquête PREVACAR a permis de décrire de manière qualitative certains aspects de la prévention et notamment le fait de proposer systématiquement ou non un dépistage à l'entrée en prison. La DAP souhaiterait plus d'indicateurs quantitatifs : « quelle proportion de détenus dépistés ? »

Acceptable dans certains établissements, le dépistage ne parvient pas à détecter toutes les personnes ayant besoin d'une prise en charge. Or, un dépistage insuffisant invalide par là-même la prise en charge thérapeutique qui devrait en découler.

En effet, on sait maintenant par l'enquête PREVACAR¹¹¹ que la proposition de dépistage est bien faite à l'entrée en détention (94%), mais qu'elle est peu renouvelée en cours de détention (51%) et avec une grande disparité entre les différents établissements.

Un contrôle à la sortie serait également utile de façon à évaluer les séroconversions intra-muros, mais l'administration pénitentiaire y est opposée (grande souffrance des surveillants, appréhension du milieu vis-à-vis des seringues perçues comme une arme potentielle).

Le plan d'action stratégique 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice » renforce cependant cet axe d'intervention.

Les TROD VHC (+/- VHB) sont très attendus par les professionnels du soin pour améliorer le dépistage. Toutefois, la question n'a pas été tranchée au cours du Plan 2009-2012, la validation prenant beaucoup de temps.

Au nombre des dysfonctionnements existant entre la santé et l'administration pénitentiaire, figure la question de la continuité des soins pendant la détention et lors de la sortie de prison. En cours de détention, les patients

110 Carrieri MP, Rey D, Michel L. Universal hepatitis B virus vaccination in French prisons: breaking down the last barriers. *Addiction* 2010 ; 105(7):1311-1312.

111 Enquête PREVACAR. Volet Offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport DGS octobre 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf

détenus prennent eux-mêmes les rendez-vous médicaux au moyen de bornes informatiques situées dans les prisons, mais il y a d'inévitables reports, liés en particulier à des convocations intercurrentes chez le juge, à des possibilités de parler qui viennent en priorité. La sortie pose des problèmes du fait des sorties souvent non prévues à l'avance, surtout pour les détenus en préventive, ce qui complique l'organisation d'un relais pour des soins lorsqu'il y en a, alors que pour les condamnés, il y a une visite de sortie qui permet en théorie de préparer la suite du traitement. Les UCSA ne peuvent donner qu'un jour de traitement, ce qui pose problème pour l'organisation de la suite et conduit inévitablement à des interruptions de traitement, en particulier si la sortie se fait un vendredi.

Un autre point de friction : les programmes d'échanges de seringues

Bien que certains détenus possèdent des seringues indispensables à certains traitements (diabétiques), les programmes d'échanges de seringues rencontrent des réticences de l'administration pénitentiaire et du milieu des surveillants ; le sniff paraissant plus acceptable, bien que non dénué de risques, les programmes d'échanges de seringues et les salles de consommations en prison restent néanmoins très attendus. La décision est désormais politique.

4.4.3 La mobilisation des acteurs

Soutien des personnes détenues atteintes d'hépatite virale chronique B ou C (action IV-2)

Paradoxe apparent, la prison peut devenir un environnement favorable à la prise en charge thérapeutique des hépatites virales B et C. Des traitements de durée inégale (le traitement VHC a une durée limitée et peut guérir le patient, tandis que le traitement pour le VHB est un traitement « à vie ») imposent une approche différente. Pour l'hépatite B, en effet, la consultation à l'hôpital avec un hépatologue/infectiologue après la sortie de prison est nécessaire. Comme l'indique l'enquête PREVACAR, les établissements accueillant plus de 500 détenus disposent plus fréquemment d'une consultation spécialisée d'infectiologie ou d'hépatologie que ceux de plus petite capacité. La même enquête montre par ailleurs qu'une hépatite C chronique active n'est recherchée que dans la moitié des cas de sérologies positives et que l'accessibilité aux tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique (Fibroscan®) est assez inégale.

En ce qui concerne le suivi de la fibrose hépatique, 90% des UCSA déclarent avoir accès à « au moins » une méthode d'évaluation de la fibrose, invasive ou non. Aucune association n'a été repérée entre le type ou la taille de l'établissement et la méthode d'évaluation de la fibrose utilisée.

Le comité de suivi du Plan insiste à juste titre sur les projets d'éducation thérapeutique dont le rôle est des plus importants dans un contexte où les visites chez le médecin sont organisées à date fixe et relativement éloignées et non à la demande des détenus. Grâce à l'éducation thérapeutique, le milieu associatif pourrait d'ailleurs jouer un rôle pour le suivi et l'aide à l'observance des traitements (les associations sont-elles ou non impliquées ici, la chose n'est pas claire). Grâce à l'enquête PREVACAR, on sait désormais qu'« *Une permanence associative d'usagers du système de santé dans le champ du VIH et des hépatites est présente dans 1/4 des établissements. Cette proportion augmente significativement avec la taille de l'établissement (13% des établissements de capacité inférieure à 150 personnes détenues versus 38% lorsque la capacité est supérieure à 500), mais les disparités géographiques sont importantes* ».

La mobilisation du côté des UCSA est néanmoins encourageante. La difficulté consiste à mettre du lien entre les UCSA (gérant les problèmes somatiques) et les SMPR (services médico-psychologiques régionaux, axés sur les aspects psychiatriques et les addictions), les relations entre ces services étant parfois délicates. Il est essentiel

d'améliorer cette relation pour avoir un bon lien entre les addictions et la prise en charge des dommages liées aux hépatites, comme cela est fait à l'extérieur.

A noter une expérience positive dans ce domaine avec la création d'un CSAPA référent pour aider à cette coordination intramuros. Cette expérience est indépendante du Plan hépatites, mais ce dernier a cependant permis que les acteurs impliqués se connaissent mieux.

Evaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral (action IV-5)

L'enquête ANRS PRI²DE : Actuellement l'accès aux outils de prévention du VIH et des hépatites en milieu pénitentiaire est encadré par deux documents édités par le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé : une circulaire de 1996 et un guide méthodologique qui vient juste d'être actualisé (novembre 2012). Au niveau international, le principe de l'égalité de soins et de prévention entre milieu de détention et milieu libre a favorisé la publication de recommandations de la part de l'OMS au sujet des outils nécessaires pour réduire le risque infectieux¹¹².

L'enquête PRI²DE (Projet de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus) réalisée sous l'égide de l'ANRS s'est donné pour objectif de mesurer le niveau de risque de transmission des hépatites par une évaluation de l'accessibilité aux mesures de réduction de risques. Un questionnaire a été adressé en novembre 2009 à tous les responsables d'unité médicale dans l'ensemble des prisons françaises.

Cette enquête a calculé deux scores mesurant l'observance aux recommandations, nationales et internationales (OMS), en matière de prévention. Indicateurs indirects du niveau de risque infectieux en fonction de l'environnement pénitentiaire, ces deux scores varient respectivement de 0 à 10 et de 0 à 9 (10 étant le niveau d'observance maximale). Parmi les 66% des établissements qui ont répondu à l'enquête, représentant 74% de la population carcérale, PRI²DE montre qu'il existe un niveau alarmant de non observance aux recommandations nationales et internationales.

Tableau 10 : Proportion d'établissements observants aux recommandations françaises et internationales (OMS) (n=103 établissements pénitentiaires). Etude ANRS-PRI²DE, France, 2009

	France	OMS
Eau de javel	14%	6%
Préservatifs + lubrifiants	9%	12%
Traitements de substitution aux opiacés (TSO)	27%	27%
Dépistage	64%	0%
Vaccination hépatite B	83%	NA**
Information, éducation, communication	66%	0%
Traitements post-exposition VIH (TPE)	23%	23%
Dispositions coiffage	33%	NA**
Programme d'échange de seringues (PES)	NA**	0%***

NA : Non applicable

*Une condition de simultanéité de mise à disposition des préservatifs et des PES avec le dépistage et l'information-éducation-communication est invoquée dans le document de référence de l'OMS : « prisoners must be provided with the prevention measures that enable them to act upon the information they receive, such as condoms and clean injecting equipment ».

**Aucun dispositif spécifique n'est prévu pour la vaccination contre l'hépatite B ou le coiffage dans le document de référence de l'OMS.

Source : Michel L et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. BEH 39 / 25 octobre 2011.

¹¹² WHO. Evidence for action technical papers. Geneva: WHO-UNODC-UNAIDS; 2007. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons.

L'enquête PRI²DE a été réalisée en 2009. L'accès à la prévention en milieu carcéral n'a enregistré que peu de changements depuis. Du moins est-ce ce que nos auditions nous ont confirmé. La situation des établissements observée dans l'étude ANRS-PRI²DE à ce sujet demeure aujourd'hui aussi hétérogène qu'elle pouvait l'être au moment de l'enquête.

Pour conclure, l'accès aux moyens de prévention des hépatites en prison demeure limité. Situation anormale pour un pays comme la France qui se place par ailleurs en tête de classement en ce qui concerne la prise en charge et la prévention des hépatites en milieu libre. Il suffirait pourtant que les moyens nécessaires soient débloqués, qu'une meilleure répartition des missions entre institutions et organismes en charge de la santé des détenus soit organisée pour que l'égalité entre prison et milieu libre en ce qui concerne l'accès à la prévention soit assurée.

Traitements de substitution en milieu carcéral

Plusieurs études montrent qu'une grande proportion des personnes sous traitement de substitution continuent à s'injecter (Subutex, notamment). Le Plan « hépatites » a eu à ce propos de manière indirecte un effet positif en rappelant l'importance qu'il y a à interroger les personnes sous traitement de substitution au sujet de leurs pratiques d'injection.

Il y a eu des efforts en France et en Europe pour faciliter l'accès aux traitements de substitution, qui ont fait la preuve de leur efficacité, en tant qu'outils de réduction des risques. Cependant, il n'y a pas actuellement d'égalité d'accès à ces traitements entre le milieu libre et le milieu carcéral.

Lorsque le traitement de substitution a été autorisé en 1996, il l'a été pour le milieu libre et pour le milieu fermé. Mais en milieu libre, des acteurs militants se sont chargés de ce travail, alors qu'en milieu carcéral, des personnes non formées (personnels de santé en milieu carcéral) et pas forcément motivées ont dû s'y mettre. Ils avaient peur des produits et des risques d'overdose sous traitement de substitution. La loi de 1994, qui a transféré les soins aux détenus au ministère de la santé, a eu un effet pervers : les personnels pénitentiaires se sont trouvés soudain privés de la fonction soignante qui pouvait être gratifiante pour eux. Cela dit, les personnels pénitentiaires ont bien repéré que l'autorisation des traitements de substitution a simplifié leur tâche par rapport au sevrage brutal. Une enquête de 2001 a montré qu'ils souhaitaient mieux comprendre les traitements de substitution, mais manquaient de formation sur le sujet. L'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire dispense quelques cours sur l'usage des drogues en général.

A côté de cela, le personnel soignant en milieu carcéral demeure coincé entre le marteau et l'enclume, ne sachant pas toujours s'il doit en référer à l'hôpital ou au directeur de la prison. La voix du directeur de la prison est souvent prépondérante. Le fonctionnement qui doit harmoniser l'action de trois administrations : justice, pénitentiaire et santé, demeure au reste fort complexe. Les SMPR avaient théoriquement la responsabilité du traitement des détenus usagers de drogue, bien qu'il y ait de grandes disparités. Petit à petit, cette activité bascule des SMPR vers les UCSA, ce qui se justifie assez.

4.4.4 Formation des personnels pénitentiaires

La RDR en prison en est encore aujourd'hui à un niveau très au-dessous du médiocre. Elle relève de la circulaire de 1996 sur la prévention du VIH. Si le cadre en était très avancé à l'époque, il est aujourd'hui bien trop limité. L'outil existe, c'est entendu, mais une véritable politique pour le mettre en œuvre se fait toujours attendre. Le problème tient entre autres à un besoin de formation chez les professionnels de santé et l'administration pénitentiaire.

Le personnel, dit-on à la DAP, est formé à la prévention et aux outils de prévention. La formation initiale des personnels comporte une demi-journée consacrée à la prise en charge médicale des personnes détenues. Cette demi-journée est suivie par tous les personnels (surveillants, gradés, directeurs, personnels d'insertion et de probation). La formation continue est également assez suivie et complétée par des formations en partenariat avec les hôpitaux dans un cadre pluridisciplinaire. La formation est d'autant plus indispensable que la DAP est préoccupée par la protection du personnel des établissements : des accidents d'exposition au sang interviennent tous les jours et les risques infectieux vont au-delà des hépatites.

La formation continue des personnels de l'administration pénitentiaire devrait être faite sur place. En région parisienne, cela soulève la question du renouvellement permanent des personnels (les agents commencent leur carrière en région parisienne puis cherchent à être mutés dès que possible en province, où le travail est un peu moins difficile, les prisons étant de taille plus petite). Le travail est très difficile. Il y a d'un côté une solidarité importante entre les agents de l'administration pénitentiaire, et de l'autre un clivage entre les agents et la population carcérale dont ils s'occupent. Il semble nécessaire qu'il y ait une formation initiale plus importante sur l'usage des drogues, mais aussi sur les maladies chroniques et la santé mentale, et que les personnels soient beaucoup plus sensibilisés à ces problèmes.

Mais la formation manque également à certains professionnels sanitaires. Il faudrait des formations interdisciplinaires. Les besoins sont immenses. Ainsi beaucoup de professionnels ignoraient-ils que l'eau de javel distribuée en prison était destinée à réduire les risques liés aux injections. L'eau de javel pose en outre des problèmes d'intoxication ou de brûlures, aussi certains établissements ont-ils décidé d'utiliser des dilutions inférieures aux recommandations, insuffisamment efficaces en RDR. De même, la prophylaxie post-exposition chez les détenus est complètement méconnue. Les détenus, quant à eux, ne savent pas que cela existe, ils n'en réclament pas et les professionnels ne la proposent pas. De toute façon, tout cela est assez compliqué à mettre en œuvre, intoxications et brûlures nécessitant une intervention en urgence à l'UCSA. La prophylaxie est faite uniquement en cas d'exposition des personnels.

Il serait vraiment utile de reconduire la formation des nouveaux surveillants en mobilisant certains acteurs de l'addictologie, utile aussi d'inscrire ces actions dans la durée via l'intégration dans un plan national. Il existe ainsi un module « addictions » à l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaires, qui permet d'aborder la réduction des risques auprès de futurs surveillants. Ce type d'enseignement permet de sensibiliser les futurs professionnels des établissements pénitentiaires aux problèmes sanitaires du milieu carcéral et de faire évoluer progressivement leurs représentations.

Effets du Plan sur les publics concernés

Une information des détenus encore insuffisante

Le traitement de l'hépatite permet de soutenir la prévention et la réduction des risques. Mais le risque de contamination en prison reste élevé (dans l'enquête PRI²DE, 18% des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées au cours des 12 derniers mois, laissant supposer l'existence de pratiques d'injection en détention¹¹³). La prévention s'est développée, les kits d'eau de javel sont distribués, mais ceux-ci ne sont pas efficaces contre le VHC et cela ne suffit pas, il est nécessaire de continuer à informer sur les risques. L'information est encore insuffisante.

¹¹³ Michel L et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. BEH 39 / 25 octobre 2011

Prise en charge des infections par le VHB ou par le VHC en prison

Pour la DAP, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est une priorité. L'objectif est que les détenus ne soient pas laissés de côté et qu'il n'y ait pas de ruptures dans la prise en charge médicale. Evidemment, les priorités ne vont pas toujours aux projets de soins. Lorsqu'une ALD est nécessaire, la demande devrait être faite le plus souvent possible au cours de l'incarcération, car c'est plus difficile ensuite, après la sortie. Pour le suivi médical, les patients détenus prennent eux-mêmes rendez-vous au moyen de bornes informatiques situées dans les prisons. Des consultations sont souvent annulées, lorsque la personne détenue est convoquée chez le juge, par exemple, le jour d'un rendez-vous avec le médecin ou lorsqu'un créneau de parloir est accordé au même moment.

En milieu carcéral, la prise en charge demeure insuffisante. Des extractions médicales sont ainsi reportées, parfois deux fois de suite, conduisant à des retards de traitement et une perte de chance. On peut perdre jusqu'à six mois. Les besoins sont très loin d'être vraiment pris en compte. Il y a des problèmes d'articulation avec des structures extérieures comme les CSAPA (alors que 60% des UD font de la prison à un moment ou à un autre) et avec l'hôpital, notamment les services de psychiatrie, lesquels sont débordés et réticents à admettre des personnes incarcérées ou sortant de prison. Il en résulte une errance pour beaucoup de patients psychiatriques. Des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) existent, qui sont des services de psychiatrie à sécurité pénitentiaire hors établissement carcéral. Cela ne règle pas tous les problèmes.

Idéalement, la prise en charge dans les UCSA devrait être pluridisciplinaire, médicale et paramédicale, avec une prise en compte des atteintes somatiques et psychiatriques et des actions d'éducation thérapeutique. Le volet psychiatrique est très important. Des outils sont indispensables pour la mise en œuvre au niveau local, notamment dans le SROS santé-détenus. Il persiste toutefois un besoin de recommandations pour la prise en charge des hépatites en milieu carcéral, à l'image de ce qui s'est déjà fait pour les addictions, d'autant plus que les traitements antiviraux évoluent régulièrement.

Des problèmes de couverture sociale ou d'accès aux droits persistent. Certains patients se retrouvent sans couverture sociale. Ils ont théoriquement droit à la CMU, mais les services de probation ne s'occupent pas de l'ouverture des droits. Il y a une convention entre l'administration pénitentiaire et l'Assurance Maladie. Jusqu'à présent, la prise en charge des soins en prison reposait sur une enveloppe MIGAC, mais celle-ci est amenée à diminuer pour ne couvrir que de la prévention et des compléments de prise en charge, la prise en charge de base revenant aux CPAM. Cela pose la question de la prise en charge du traitement des hépatites. Actuellement, les médicaments sont financés sur l'enveloppe MIGAC, mais ils devraient relever de la même législation que les autres médicaments utilisés ou prescrits dans d'autres services de l'hôpital.

Synthèse de l'axe IV

Points forts / atouts du Plan

Le principal atout de ce Plan est d'avoir permis d'améliorer les connaissances sur l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des hépatites en milieu carcéral.

En matière de prise en charge des patients détenus, l'accès aux traitements antiviraux pour hépatite C est considéré comme bon, puisque près de la moitié des détenus séropositifs pour le VHC sont traités.

Points faibles / limites du Plan

En revanche, l'accès à la prévention (réduction des risques) et au dépistage est encore insuffisant et ne respecte pas suffisamment le principe d'égalité entre la population carcérale et la population générale.

Bien que 90% des UCSA déclarent avoir accès à une méthode d'évaluation de la fibrose hépatique, la recherche d'une hépatite C chronique active semble encore insuffisante (seulement la moitié des cas de sérologies positives).

Le Plan a précédé l'élaboration du plan « santé des personnes sous main de justice » 2010-2014. Si, en pratique, le Plan hépatites a donné lieu à peu d'actions concrètes en vue de la mise à niveau du dispositif de prévention et de réduction des risques en prison, il a toutefois permis d'inscrire des mesures en rapport dans ce plan d'actions stratégiques. En prison, il y a de vrais problèmes de santé publique qui doivent tous être appréhendés dans un contexte et une réalité spécifique au milieu carcéral, sans toutefois disperser les efforts. Il y a de grandes priorités : la santé mentale, les maladies chroniques, les addictions et donc les hépatites, la délinquance sexuelle. La majorité des usagers de drogues ou des populations à risque ne passent que peu de temps en prison. Il est donc important de ne pas déconnecter la prise en charge des détenus du reste de l'environnement social et médical (hôpital et CSAPA notamment) ; à cet égard il y a eu des progrès avec des interventions de CSAPA en prison la mise en place de CSAPA référents et l'intervention d'hépatologues qui se déplacent dans certains sites, mais cela reste encore à développer.

Perspectives

Une incitation nationale, qui pourrait être un nouveau plan, reste nécessaire si l'on souhaite passer à une étape ultérieure de mise en œuvre sur le terrain et pouvoir évaluer et analyser la transformation des besoins. Ce plan servirait de levier pour :

- ▶ Remettre le patient au centre des préoccupations, l'informer et lui garantir une prise en charge adaptée à sa situation ;
- ▶ Exiger l'équivalence d'accès aux soins entre le milieu ouvert et le milieu carcéral (comme inscrit dans la loi, dans les textes de l'OMS et de l'ONU, etc.) ;
- ▶ Améliorer les partenariats avec les CSAPA et les hépatologues ;
- ▶ Lutter contre la stigmatisation persistante des patients atteints d'hépatite par les autres détenus et par les personnels pénitentiaires, ce qui conduit à des transferts et à des ruptures ou à des retards de prise en charge ;
- ▶ Améliorer la formation des personnels pénitentiaires (promouvoir le guide méthodologique publié en 2012) ;

- ▶ Mettre à disposition des acteurs du système carcéral des outils : être en mesure de proposer l'ensemble des outils déjà disponibles en milieu ouvert ;
- ▶ Développer la recherche en milieu pénitentiaire ;
- ▶ Proposer une enquête PREVACAR/PRI²DE 2 afin d'évaluer l'application du guide méthodologique.

4.5 Axe V - Surveillance et connaissance épidémiologique – Evaluation – Recherche et prospective

Cet axe comportait 4 objectifs et 16 actions. 5 sont terminées, 7 sont en cours et 4 n'ont pas été engagées, selon les tableaux de bord fournis par la DGS fin 2012.

INTITULE DE L'ACTION	Non réalisé	En cours	Réalisé
Objectif 1 : Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques			
V-1-1 Surveillance régulière de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues et suivi d'indicateurs indirects de l'incidence		X	
Objectif 2 : Renforcer l'évaluation			
V-2-1 Etude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C			X
V-2-2 Evaluation médico-économique comparant la prise en charge des usagers de drogues en "microstructure médicale" à celle réalisée dans les CSAPA	X		
V-2-3 Mesure de la répartition de la primo prescription de traitement antiviral de l'hépatite C entre la ville et l'hôpital		X	
V-2-4 Evaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C	X		
V-2-5 Intérêt en santé publique de la primo prescription conditionnelle du traitement antiviral de l'hépatite C par des médecins généralistes	X		
V-2-6 Enquête de pratiques sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation des fibroses en ville dans l'hépatite C	X		
V-2-7 Evaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et de sérovaccination des nouveau-nés de mère séropositive		X	
V-2-8 Evaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour UD		X	
V-2-9 Expérimentation des outils de RDR pour UD hors injection		X	
V-2-10 Evaluation du rôle et de l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officine dans la mise en place des politiques de RDR			X
Objectif 3 : Développer la recherche et la prospective			
V-3-1 Evaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux		X	
V-3-2 Etude de faisabilité de la primo-prescription conditionnelle de méthadone par des médecins généralistes			X
V-3-3 Expertise sur les greffes de foie pour hépatites virales B et C			X
V-3-4 Modélisation de la morbimortalité des hépatites B chroniques en fonction des scénarii thérapeutiques		X	
Objectif 4 : Suivre et évaluer l'impact du Plan national			
V-4-1 Mise en place d'un comité de suivi et de prospective			X

Il existe une relative confusion dans la sous segmentation de l'axe V en différents objectifs. Par exemple, la surveillance des prévalences des hépatites parmi les greffés est listée dans l'objectif « recherche » alors qu'il s'agit de surveillance.

Certaines actions (ex : 5.2.2, 5.2.8 ; 5.2.9, 5.3.2) ne sont pas spécifiques des hépatites mais des comportements à risque d'infection (et pourraient trouver leur place dans un plan addiction par exemple).

Le financement de la recherche (y compris recherche-action) sur les hépatites n'a été que marginalement soutenu par le Plan mais le Plan a pu contribuer indirectement à l'acceptation d'un certain nombre de projets dans le domaine des hépatites.

Surveillance et connaissance épidémiologique

Cet objectif concerne uniquement la surveillance de la prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues et le suivi d'indicateurs indirects de l'incidence, par le biais du renouvellement, en 2011, de l'enquête Coquelicot qui avait été réalisée en 2004, action encore en cours puisque les résultats ne sont pas encore disponibles au moment de cette évaluation.

Cette enquête a été planifiée dans le cadre du Plan hépatites, mais également du Plan VIH.

La seule réalisation de cette étude est très insuffisante pour l'atteinte des objectifs visés par cet axe, i.e. « développer des outils de suivi des évolutions dans ces populations à risque visées par le plan ». Quelles sont les tendances aujourd'hui en termes d'incidence chez les UD ? Il n'y a pas eu d'autres indicateurs épidémiologiques développés dans la population des UD que ceux fournis par cette enquête quinquennale. On ne peut considérer que le suivi de l'incidence chez ces sujets à risque élevés d'infection soit opérationnel – au mieux il s'agit d'une estimation de la tendance tous les 5 ans. Elle ne permet pas beaucoup de réactivité par rapport à des problèmes émergents dans ces populations.

Concernant les usagers de drogues, la connaissance porte surtout sur les usagers vus dans les structures spécialisées, qui sont une minorité des usagers de drogues, les mieux insérés étant plus souvent suivis en médecine de ville et les plus marginalisés échappant à ces dispositifs, alors que leurs conditions en termes d'accès à la réduction des risques, de vaccination, de présence de complications (notamment les hépatites) sont vraisemblablement bien plus défavorables que celles des usagers vus dans les structures spécialisées.

Cependant, c'est grâce à l'existence d'un plan que le programme de surveillance des hépatites virales B et C se structure et se pérennise à l'InVS, avec un dispositif de surveillance épidémiologique assez complet, qui permet un bon suivi de la thématique.

Cette surveillance est très complète en ce qui concerne l'activité de dépistage, et les études en cours sur les usagers de drogues. Il était important de centrer le recueil de données sur les populations à risque, mais les usagers de drogues ne sont pas les seules populations à risque et les autres restent mal connues. Et surtout, il y a encore des données manquantes parmi les indicateurs de suivi du plan et des indicateurs non mis à jour récemment et dont la mise à jour n'est pas prévue, comme :

- Le suivi de la prévalence et de l'incidence en population générale : Deux enquêtes de prévalence en population générale ont été réalisées, en 1994 et en 2004. Le projet de renouveler cette enquête de prévalence des marqueurs des hépatites B et C en 2014, comme annoncé dans le plan, semble avoir été abandonné. En effet, l'InVS a indiqué que cette étude n'était pas programmée, car c'est un travail très lourd et il apparaît comme prioritaire de mieux documenter la prévalence dans certaines populations ou

dans les DOM plutôt que de refaire une étude en population générale. Il n'y a pas d'indicateur épidémiologique de surveillance de l'incidence en population générale, autre que les données des déclarations obligatoires sur les hépatites B aiguës, qui ne semblent pas pouvoir servir de proxy fiable. Il y a encore moins de données sur l'incidence de l'hépatite C ;

- La proportion de la population accédant au dépistage et l'estimation des nombres de personnes ignorant encore leur séropositivité : Malgré la masse de données disponibles sur le dépistage, on ne peut pas disposer d'un indicateur fiable de la proportion de la population dépistée ;
- Le suivi de la mortalité : Aujourd'hui l'analyse fine de la mortalité repose sur une étude réalisée en 2001 (publiée en 2008), qu'il n'est pas prévu de répéter dans sa forme. Les tendances observables sur les statistiques de mortalité en causes multiples montrent un ralentissement de la progression depuis 2010, mais la persistance d'une progression chez les sujets 45-54 ans ;
- La consommation de soins et les modes de prise en charge de la population dépistée. La problématique des populations infectées mais ignorant leur statut OU non prises en charge devrait être un objectif majeur de la surveillance.

Une telle surveillance est bien sûr encouragée dans le cadre d'un plan et risquerait d'être diminuée au profit d'autres thématiques, si les hépatites ne faisaient plus l'objet d'un plan ou d'une inscription en tant que thématique prioritaire au sein de la politique nationale de santé publique. Le plan est important pour pouvoir maintenir un suivi épidémiologique.

4.5.1 Evaluation

Peu d'implication de la médecine de ville dans les actions proposées

Etude médico-économique du parcours coordonné de soins de l'hépatite C (action V -2-1)

L'objectif défini par le plan était d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients infectés par le VHC, notamment renforcer leur prise en charge en médecine de ville. Cette action est considérée comme terminée par le comité de suivi. L'étude a été faite, et le rapport final remis à la DGS.

Cependant, l'arrivée des nouveaux traitements antiviraux (trithérapie) en 2011 a profondément modifié la prise en charge thérapeutique des patients atteints d'hépatite chronique C. L'impact de cette étude médico-économique n'a donc pu être que rétrospectif et ne peut pas servir de base de décision pour les actions à conduire afin d'améliorer les conditions d'accès aux soins et la qualité de la prise en charge, ou d'optimiser les dépenses de santé affectées à ces prises en charge dans le contexte d'aujourd'hui (et a fortiori, celui de demain). On note d'ailleurs que les résultats ont été relativement confidentiels et peu ou non utilisés. Par ailleurs, un encadrement médical spécialisé est invoqué (au motif des trithérapies) pour écarter la médecine de ville de la prise en charge de ces patients. Pourtant la médecine de ville a un rôle important à jouer en matière de prévention secondaire ou d'éducation thérapeutique chez les patients infectés, et un rôle majeur à jouer en matière de prévention. Elle ne doit pas être écartée.

Evaluation médico-économique comparant la prise en charge des usagers en microstructure médicale à celle réalisée dans les CSAPA (action V -2-2)

L'objectif était d'identifier la stratégie de prise en charge la plus efficiente. Cet objectif n'a pas été initié au motif de la nécessité de spécialiser la prise en charge en raison de l'arrivée des trithérapies.

Le développement des microstructures est resté très confidentiel, à la faveur de la motivation de certaines équipes dans trois régions et du soutien de leurs ARS. On peut considérer qu'on est encore dans un cadre expérimental. Les microstructures s'adressent à la population des usagers de drogues et principalement en relation à la problématique de la prévention primaire (vaccination, seringues, éducation en santé, etc.) et il n'était pas question d'en faire des lieux de prise en charge des hépatites, mais de conseil d'encadrement des usagers de drogues. Dans ces conditions, la non réalisation de l'objectif au motif de la mise sur le marché des trithérapies évoquée dans le rapport du comité de suivi du plan paraît inappropriée.

Mesure de la répartition de la primo-prescription du traitement antiviral de l'hépatite C entre la ville et l'hôpital (action V -2-3)

Cet objectif a été réalisé conformément au Plan, par une analyse des données de la CNAMTS des primo-prescriptions d'antiviraux dans l'hépatite C sur 2010 et 2011, montrant 25% de prescriptions en ville, 5 à 6% par les généralistes.

Mais l'impact de cette analyse est très limité, surtout avec seulement 2 ans de recul et dans la mesure où la primo-prescription par les médecins généralistes n'a pas été encouragée, voire découragée pendant le Plan.

Evaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C (action V -2-4). Action non réalisée

L'action visée consistait à faire inscrire à la HAS une évaluation quantitative et qualitative de la prise en compte des recommandations par les médecins dans leur pratique. Cette inscription a fait l'objet d'une demande en 2009, mais cette demande a été considérée comme trop précoce.

L'arrivée des trithérapies et demain des thérapies sans interféron impose à terme de pratiquer cette évaluation. Qui traiter ? Comment gérer les effets adverses, et l'échec thérapeutique ? Quelles mesures d'accompagnements des traitements ? Quelle prise en charge après éradication virale C ? Toutes ces questions ne sont pas réglées à ce jour. Elles impliquent les médecins de soins primaires autant que les spécialistes.

Intérêt en santé publique de la primo-prescription conditionnelle du traitement antiviral de l'hépatite C par les généralistes (action V -2-5)

Cette action n'a pas été initiée en raison de l'arrivée des trithérapies. Mais il aurait fallu une prise en compte plus globale de l'implication des généralistes, notamment un renforcement de la pratique de dépistage qui ne semble pas avoir été envisagé.

Enquête de pratiques sur l'utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique en ville dans l'hépatite C (action V -2-6)

Cette action n'a pas été réalisée, en raison de l'inscription tardive à la nomenclature des tests non invasifs, mais le sujet reste d'actualité et non limité à l'hépatite C.

Evaluation des pratiques de dépistage de l'hépatite B par la recherche de l'antigène HBs chez les femmes enceintes et de sérovaccination des nouveau-nés de mère infectée par le VHB (action V -2-7)

L'objectif visé était celui de l'évaluation de la proportion de femmes enceintes dépistées et la couverture vaccinale des nouveau-nés de mères porteuses. Cette action est engagée dans le cadre de la cohorte ELFE (Enquête Longitudinale Française depuis l'Enfance) mise en place en 2011 et suivie en 2012.

De plus, des informations sur la pratique du dépistage sont disponibles à travers des résultats des baromètres santé.

Evaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour usagers de drogues (action V -2-8) et Expérimentation des outils de réduction des risques pour usagers de drogues hors injection (action V -2-9)

L'objectif du Plan visait à recueillir des informations pour améliorer les pratiques des intervenants dans la prise en charge des usagers de drogues et pouvoir proposer une évolution des matériels adaptés aux impératifs de prévention. Les actions consistaient en la réalisation de différentes enquêtes. L'action est engagée, car plusieurs enquêtes ont été conduites (Coquelicot, Crack) dont les résultats seront rendus en 2013.

Le plan a permis de lancer des études de type recherche-action, avec évaluation d'une intervention (enquête Crack explorant les risques d'hépatite C chez les fumeurs de Crack et l'efficacité du kit adapté (pipe à Crack) pour réduire le risque de transmission du virus). Les résultats ne sont pas encore définitifs, mais sont prometteurs en ce qui concerne l'efficacité du kit proposé et démontre la possibilité de proposition de manière rapide des mesures de réduction des risques efficaces en réponse à un risque nouveau identifié sur le terrain.

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 (action V -2-10)

L'objectif était d'estimer la disponibilité géographique du matériel d'injection et des traitements de substitution chez les pharmaciens, d'évaluer la nature et la portée de l'intervention des pharmaciens de ville dans la prévention des risques infectieux, de connaître le niveau et la qualité de la gestion des déchets à risques infectieux. L'objectif est considéré comme atteint par le comité de suivi, reposant sur une enquête transversale déclarative réalisée chez des pharmaciens d'officines (34% de participation) et auprès d'usagers de drogues (3% de participation). La partie d'enquête chez les usagers de drogues ne peut être exploitée. Par ailleurs, aucun renseignement qualitatif sérieux ne peut être déduit de l'enquête chez les pharmaciens d'officines, uniquement une interprétation qualitative montrant qu'une majorité de pharmaciens ne sont pas impliqués dans les programmes de réduction des risques et ne connaissent pas ces programmes.

4.5.2 Recherche et prospective

Au moment de l'élaboration du Plan, l'ANRS a contribué à la définition des objectifs en matière de recherche. Depuis que l'ANRS s'intéresse aux hépatites en plus du VIH, le budget de recherche dédié aux hépatites n'a pas cessé d'augmenter. Il atteint 23% du budget de l'ANRS. Cette augmentation se fait à moyens constants pour ce qui concerne la participation de l'Etat et l'ANRS fait donc appel à d'autres sources de financements, notamment internationales ou privées.

La plupart de ces recherches se seraient faites sans le Plan, d'autant que celui-ci a apporté extrêmement peu de financements. Mais le Plan a tout de même eu un certain impact sur l'activité de recherche de l'ANRS en favorisant des recherches avec le milieu ambulatoire, ce qui sortait un peu du cadre habituel, en assurant une coordination générale avec les autres intervenants (agences, pôles de référence).

Enfin, la cohorte prospective Hépathér¹¹⁴, dont on peut considérer que la mise en place a été favorisée par le Plan, même si elle n'était pas prévue au moment de l'écriture du Plan, va permettre de répondre à de

¹¹⁴ <http://www.anrs.fr/Hepatitis-virales-B-et-C/Clinique/Repertoire-des-etudes-cliniques> et Delfraissy JF. [Hope for the eradication of HCV worldwide](#). *Liver Int.* 2013 Feb;33 (Suppl 1):198-9

nombreuses questions de recherche, puisqu'il est prévu d'inclure 25 000 patients infectés par le VHB ou le VHC et indemnes du VIH.

Evaluation de la qualité des tests de dépistage des hépatites à partir de prélèvements non veineux (action V - 3-1).

Il s'agissait d'évaluer les performances diagnostiques des tests de dépistage en termes de sensibilité et spécificité. Plusieurs études ont été réalisées dans ce domaine. La HAS est saisie depuis février 2011 afin de définir les stratégies d'utilisation des TROD pour le dépistage de l'hépatite C. La procédure va pouvoir être enclenchée également pour les TROD pour le dépistage de l'hépatite B, puisque deux tests ont obtenu un marquage CE. Mais la procédure HAS est longue et indépendante du plan.

Etude de la faisabilité de la primo-prescription conditionnelle de méthadone par des médecins généralistes (action V – 3-2)

L'ANRS a été chargée de la mise en place de l'étude « Méthaville » – et a reçu pour cette étude un financement spécifique de la DGS. Cette étude est terminée, mais les résultats ne sont pas encore publiés. Comme d'autres objectifs, celui-ci n'est pas spécifique des hépatites mais plus d'un mode de contamination parentérale.

Expertise sur les greffes de foie pour hépatites virales B (B+D) et C (action V -3-3)

Il s'agissait de mesurer la proportion des infections virales B et C parmi les greffes de foie. L'objectif est considéré comme réalisé par l'agence de biomédecine, mais le rapport fourni par l'agence de biomédecine indique que l'on ne connaît pas très précisément le pourcentage de greffes liées à des hépatites virales¹¹⁵. Il serait pourtant important de pouvoir suivre cet indicateur.

Modélisation de la morbi-mortalité des hépatites B chroniques en fonction des scénarii thérapeutiques (action V -3-4)

Il s'agit finalement d'un enquête exploratoire visant à croiser les données du PMSI sur les patients hospitalisés pour hépatite B ou C et les données INSERM sur les causes de décès, afin d'estimer la létalité et la survie. Ce projet rentre dans le cadre du projet Amphi, qui doit permettre d'étudier la mortalité hospitalière et post-hospitalière, jusqu'à 1 an après la sortie de l'hôpital. Cette démarche fait partie de l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital et est pilotée par la DREES et la CNAMTS.

4.5.3 Suivi et évaluation du Plan national

Le plan a fait l'objet d'un suivi rapproché et actif, par le comité de suivi et de prospective et le groupe restreint d'animation. Un rapport d'activité annuel a été produit dès l'année 2010 (En 2009, il s'est agi d'un compte-rendu de la réunion du comité de suivi plénier).

Comme cela a déjà été indiqué dans le chapitre sur les indicateurs, les indicateurs nécessaires à l'évaluation ne sont pas tous disponibles :

- le recueil de données nécessaire n'a pas été organisé pour tous les indicateurs prévus dans le Plan ;
- d'autres indicateurs auraient été utiles, mais non prévus dans le Plan et non recueillis à l'heure actuelle (notamment, l'actualisation des données de prévalence en population générale, l'analyse continue des données de mortalité dans le cadre du système de surveillance) ;

¹¹⁵ <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/05-foie/synthese.htm>

- pour d'autres indicateurs, les recueils de données ont été réalisés ou sont prévus, mais les résultats ne sont pas encore disponibles (Enquête Coquelicot 2011 et son volet pénitentiaire, deuxième partie de l'enquête Crack).

Certains effets ne sont d'ailleurs pas mesurables immédiatement à la fin du Plan, mais nécessitent d'avoir un peu de recul pour tenir compte de la latence importante des hépatites et des effets à long terme de certaines actions.

Synthèse de l'axe V

Points forts / atouts du Plan

Le Plan a permis de conserver au niveau de l'InVS un programme de surveillance des hépatites.

En matière de recherche, le Plan a favorisé certaines recherches dans un cadre ambulatoire, bien qu'un certain nombre de projets prévus au départ aient été abandonnés.

La recherche dans le domaine des hépatites est extrêmement dynamique et variée, mais ce n'est pas *stricto sensu* le fait du Plan. On peut cependant dire que le Plan participe à une mise en cohérence de la recherche avec les orientations retenues dans la thématique et à plus d'échanges entre les acteurs concernés par la recherche et la mise en œuvre du Plan.

Points faibles / limites du Plan

Le programme de surveillance des hépatites, bien que déjà très lourd, ne permet pas d'avoir tous les indicateurs nécessaires à l'évaluation de ce Plan et notamment tous les indicateurs qui avaient été prévus lors de l'élaboration du Plan et également au niveau régional. Certains seront disponibles ultérieurement, mais pour d'autres, il n'y a pas d'études prévues à l'heure actuelle ce qui rend difficile l'évaluation de l'impact du Plan et la réflexion sur les priorités d'actions futures notamment pour le dépistage.

Perspectives

Compte tenu du contexte évolutif dans le domaine des hépatites (populations exposées, innovations technologiques en matière de dépistage et de traitement, modes de prise en charge coordonnée, etc.), des hypothèses énoncées par certains concernant une possible éradication de l'hépatite C et de la marge de progression en matière de réduction de la transmission de l'hépatite B, il est important de maintenir un programme de surveillance permettant d'accéder aux indicateurs nécessaires au suivi de la politique de lutte contre les hépatites.

La recherche sur les hépatites s'est largement développée au niveau de l'ANRS au cours des dernières années et il n'y a pas de recommandation particulière au-delà de thématiques proposées pour des évaluations d'interventions auprès de sous-groupes bien spécifiques, comme par exemple l'évaluation d'intervention de prévention primaire chez les HSH.

5 REFERENCES

- Agence de biomédecine. Dossier en ligne greffes hépatiques. Disponible à : <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/05-foie/synthese.htm>
- Alla F, Rabaud C, Raphaël F. Vaccination anti-hépatite B par les médecins généralistes français. *Médecine et Maladies Infectieuses* (2011) DOI : 10.1016/j.medmal.2011.07.002
- Assurance Maladie. Données Biolam : les actes de biologie remboursés par l'Assurance Maladie. Disponibles à : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/biologie/biolam-2008-2010.php>.
- BEH 29-30 / 10 juillet 2012. Numéro thématique – Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France.
- Bottero J, Boyd A, Gozlan J, et al. Performance of rapid tests for detection of HBsAg and anti-HBsAb in a large cohort, France. *J Hépatol* (in press).
- Braillon A, Nguyen-Khac E, Merlin J, Dubois G, Gondry J, Capron D. [HBsAg screening during pregnancy in the French province Picardy]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2010 Jan;38(1):13-7.
- Brouard C, Pioche C, Le Vu S, Delarocque-Astagneau E, Semaille C, Larsen C. Dépistage de l'Ag Hbs en France à améliorer. Communication affichée (CA-41), 69e journées scientifiques de l'Association pour l'étude du foie, Paris, septembre 2011.
- Brouard C., Gautier A., Saboni L., Jestin C., Semaille C., Beltzer N. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. *BEH 29-30 / 10 juillet 2012*: 333-8.
- Burattini M, Massad E, Rozman M, Azevedo R, Carvalho H: Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica* 2000, 34(5):431-436..
- Cadet-Taïrou A. Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, septembre 2012. Disponible à : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacs9.pdf>
- Carrieri MP, Rey D, Michel L: Universal hepatitis B virus vaccination in French prisons: breaking down the last barriers. *Addiction* 2010, 105(7):1311-1312.
- Centers for Diseases Control and Prevention. Recommendations for the Identification of Chronic Hepatitis C Virus Infection Among Persons Born During 1945–1965. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports* 2012;61(4). <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6104.pdf>
- Champion JK, Taylor A, Hutchinson S, Cameron S, McMenamin J, Mitchell A, Goldberg D: Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004, 159(5):514-519.
- Chemlal K et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. *Enquête Prévacar*, 2010. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-10-11-2012>

Cohen R, Denis F, Gaudelus J et al. Couverture vaccinale : les ados en danger... Le point à l'occasion de la semaine de la vaccination. *Med. Mal. Infect* 2012;42(4):139-140.

Cook et al. Is There an Association Between Alcohol Consumption and Sexually Transmitted Diseases? A Systematic Review; *Sexually Transmitted Diseases*, 2005, 32(3):156-164.

Cour des Comptes.. La politique vaccinale de la France. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Octobre 2012

Delfraissy JF. Hope for the eradication of HCV worldwide. *Liver Int.* 2013 Feb;33 (Suppl 1):198-9

Di Nino F, Imbs JL, Mélenotte GH, et al. Dépistage et traitement des hépatites C par le réseau des microstructures médicales chez les usagers de drogues en Alsace, France, 2006-2007. *BEH* 6 octobre 2009 / no 37.

Direction générale de la santé. Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Rapport d'activité 2010.

DREES. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011.

Enquête PREVACAR. Volet Offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport DGS octobre 2011.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf

Euro Hepatitis Index 2012 Report. <http://www.healthpowerhouse.com/files/euro-hepatitis-index-2012/Report-HepI-HCP-121104-2-w-Cover.pdf>

European association for the study of the liver. Revised Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Hepatitis B. *J hepatol.* 2012, 8. http://www.easl.eu/_clinical-practice-guideline/issue-8-april-2012-revised-clinical-practice-guidelines-on-the-management-of-chronic-hepatitis-b

FNORS. Les maladies transmissibles dans les régions de France. Octobre 2009.

Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : 252p.

Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p. Dépistage des hépatites virales en médecine générale.

Gautier A., Jestin C. Opinions et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B, France, 2009. *BEH* 29-30 / 10 juillet 2012 : 339-42

Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012. 98 p.

J-P Guthmann, L. Fonteneau, C. Ciotti, E. Bouvet, G. Pellissier, D. Lévy-Bruh, D. Abiteboul. Couverture vaccinale chez les soignants des établissements de soins de France Enquête VAXISOIN, 2009. XXIIème Congrès National de la SF2H, Lyon, 9-10 juin 2011

HCSP. Collection Avis et Rapports. Objectifs de santé publique Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Avril 2010.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf

HCSP. Collection Avis et Rapports. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHB, VHC, VIH. Juin 2011.

http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/hcspr20110614_trstsevirushema.pdf

Innes HA, Hutchinson SJ, Allen S, et al. Excess Liver-Related Morbidity of Chronic Hepatitis C Patients, Who Achieve a Sustained Viral Response, and Are Discharged From Care. *Hepatology* 2011;54:1547-1558

Inpes. Guide des vaccinations. Édition 2012.

<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/telechargements.asp>

INSERM. Expertise collective sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Les Editions INSERM, 2010. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Institut de veille sanitaire. Dossier thématique hépatites virales. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales>

Institut de veille sanitaire. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Rapport InVS. Saint Maurice. InVS, mars 2007, 113p.

InVS, Sneg, ANRS, CNR VIH et CNR hépatites B et C. Enquête PREVAGAY : Premiers résultats d'une enquête de séroprévalence VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/resultats_enquete_prevagay_171109/resultats_prevagay.pdf

Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y 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*, N°33, 5 septembre 2006

Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, Razafandratsima N, Emmanuelli J, Guibert G, Barin F, Desclos JC. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious Diseases* 2009; 9: 113-124.

Larrey D. Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peginterferon alpha2 – ribavirine dans l'hépatite C chronique : protocole PEGOBS. *BEH* 29-30 / 10 juillet 2012

Lerat A, Braillon A, Capron D, Tiberghien JP, Dubois G. La prévention de la transmission de l'hépatite B au cours de l'accouchement doit être améliorée : analyse de 145 dossiers dans les maternités de Picardie (2006). *Presse médicale* 2010; 39(9):e182-e187

Marcellin P, Chousterman M, Fontanges T, Ouzan D, Rotily M, Varastet M, Lang JP, Melin P, Cacoub P; CheObs Study Group. Adherence to treatment and quality of life during hepatitis C therapy: a prospective, real-life, observational study. *Liver Int.* 2011 Apr;31(4):516-24

McGarry LJ, Pawar VS, Panchmatia HR et al. Economic Model of a Birth Cohort Screening Program for Hepatitis C Virus. *Hepatology* 2012;55:1344-1355

Mélin P et al. Les hépatites virales et les CSAPA en 2012. Poster 71^e journées de l'AFEF, 2012

Michel L et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. BEH 39 / 25 octobre 2011

Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, Carrieri PM: Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 2011, 11:400.

Michel L, Villes V, Dabis F, Spire B, Winnock M, Loko MA, Poizot-Martin I, Valantin MA, Bonnard P, Salmon-Céron D, Carrieri MP; ANRS Co13 HEPAVIH Study Group. Role of treatment for depressive symptoms in relieving the impact of fatigue in HIV-HCV co-infected patients: ANRS Co13 Hepavih, France, 2006-2008. J Viral Hepat. 2010 Sep;17(9):650-60

OFDT. Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 p

Payen JL, Pillard F, Mascarell V, Rivière D, Couzigou P, Kharlov N. Is physical activity possible and beneficial for patients with hepatitis C receiving pegylated interferon and ribavirin therapy? Gastroenterol Clin Biol. 2009 Jan;33(1 Pt 1):8-14

Péquignot F, Hillon P, Antona D, 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 n°27- 1^{er} juillet 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3124

Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA: Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. Addiction 2012, 107(1):51-59.

Reindollar RW: Hepatitis C and the correctional population. Am J Med 1999, 107(6B):100S-103S.

Riou França L, Velpy L, Benamouzig D, Launois R. Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues. DEQUASUD. OFDT, REES, juillet 2008. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxlro8.pdf>

Sogni P, Carrieri MP, Fontaine H, Mallet V, Vallet-Pichard A, Trabut JB, Méritet JF, Pol S. The role of adherence in virological suppression in patients receiving anti-HBV analogues. Antivir Ther 2012;17(2):395-400.

Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M: Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction 2007, 102(9):1454-1462.

Vescio MF, Longo B, Babudieri S, Starnini G, Carbonara S, Rezza G, Monarca R: Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health 2008, 62(4):305-313.

Vickerman P, Martin N, Hickman M: Can Hepatitis C virus treatment be used as a prevention strategy? Additional model projections for Australia and elsewhere. Drug Alcohol Depend 2011, 113(2-3):83-85; discussion 86-87.

Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Gunthard HF, Clerc O, Calmy A, Stockle M, Bernasconi E, Furrer H, Rauch A: Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. *Clin Infect Dis* 2012, 55(10):1408-1416.

Wartelle-Bladou C, Rosenthal E, Ratzu V, De Lédinghen V, Lang JP, Poynard T. [Adherence to pegylated combination therapy in patients with chronic hepatitis C. Importance of the hepatologist, general practitioner, and nurse]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008 Mar;32(3 Pt 2):S96-S108

WHO. Evidence for action technical papers. Geneva: WHO-UNODC-UNAIDS; 2007. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons.

ANNEXES

- I- Lettre de saisine
- II- Liste des personnes auditionnées
- III- Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisée par Planète Publique pour le HCSP. Mars 2013
- IV- Bilan de l'inscription de la thématique « hépatites » dans les projets régionaux de santé
- V- Déclaration d'intérêt des membres du comité d'évaluation

Annexe 1 - Lettre de saisine



Ministère de l'emploi, du travail et de la santé

3-1 JAN 2012

Direction générale de la Santé
Sous-direction prévention des risques infectieux
Bureau des Infections par le VIH, IST et hépatites
Dossier suivi par : A Colonnier/B Faliu

Le Directeur général de la santé
A
Monsieur le Président du
Haut Conseil de la Santé Publique
18, place des cinq Martyrs du lycée Buffon

Objet : Saisine du Haut conseil de la santé publique pour l'évaluation de la mise en œuvre du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, et des perspectives à venir relatives à ce champ d'intervention et aux modalités de lutte contre ces infections

La lutte contre les hépatites virales B et C est une priorité de la politique de santé publique, dont l'action se poursuit sans discontinuer depuis plus de 10 ans. Les plans de lutte contre les hépatites virales se sont succédés depuis 1999 et le troisième plan de santé publique, qui a été annoncé en février 2009, doit arriver à échéance fin 2012¹.

Ce troisième plan était justifié par la nécessité de renforcer la réduction des risques de transmission des hépatites, de revaloriser la vaccination contre l'hépatite B, de développer le dépistage pour augmenter la proportion de personnes infectées ayant connaissance de leur statut sérologique, d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de vie des patients notamment en optimisant la coordination des différents acteurs et la répartition de la prise en charge entre la ville et l'hôpital. Il s'articule avec d'autres plans de santé publique en cours ; «Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques», «Prévention et prise en charge des addictions», « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies » de la MILDT et plus particulièrement avec le plan national de lutte contre le VIH/Sida/IST.

La mise en œuvre de ce plan a coïncidé avec d'importantes évolutions. Sur le plan institutionnel, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a mis en place les agences régionales de santé (ARS) qui ont du élaborer les nouveaux projets régionaux de santé. Sur le plan technique, des progrès sont intervenus avec notamment l'arrivée de nouvelles molécules thérapeutiques pour l'hépatite C, des tests non invasifs de fibroses et plus récemment l'arrivée des tests rapides d'orientation diagnostique du VHC (TROD-VHC).

¹ http://www.santec.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan a été confié à un comité national de suivi et de prospective présidé par le Pr. Daniel Dhumeaux (hépatologue) et par M Michel Bonjour (Vice président de la fédération SOS hépatites), qui élabore chaque année un rapport sur l'état d'avancement de cette mise en œuvre. Pour ses travaux, le comité national de suivi a constitué un groupe restreint d'animation et 3 groupes de travail « le déploiement du plan en région », « le plan et les différents acteurs » et « études et prospective ».

C'est dans ce contexte que je demande au HCSP :

D'une part :

- de réaliser une évaluation du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, notamment au regard des 11 indicateurs inscrits dans le plan² et des 2 objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique de 2004³ ;
- d'apprécier l'évolution et la situation actuelle des principaux problèmes auxquels ce plan cherchait à répondre, et de déterminer en quoi le plan a concouru à cette évolution, en particulier vis-à-vis des publics les plus exposés ;
- de déterminer si et comment le plan a concouru à la mobilisation des différents acteurs ;
- d'apprécier l'articulation de ce plan avec les autres plans de santé publique précédemment cités et leurs contributions respectives ;
- d'évaluer l'application de ce plan au niveau régional et local compte tenu des évolutions du contexte institutionnel survenues au cours de sa mise en œuvre ;

D'autre part :

- à partir des constats de son évaluation, de l'analyse de la situation actuelle et des évolutions prévisibles, de préciser quelles mesures sont encore nécessaires, sous quelle forme, et de proposer des perspectives d'évolution en termes de périmètre, d'outils ou de programmation afin de continuer à lutter contre les hépatites virales.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire et pour présenter cette saisine lors de son inscription à l'ordre du jour de la commission concernée si vous le jugez nécessaire.

Je vous remercie de bien vouloir conduire cette évaluation afin de disposer des conclusions pour la fin octobre 2012 au plus tard.

Le Directeur Général de la Santé,

Dr Jean-Yves GRALL

² Au niveau du 5^{ème} axe stratégique du plan : V. Objectif 4 : Suivi et évaluation plan national (page 77)

³ - réduire la morbi-mortalité liée aux hépatites chroniques virales B et C (objectif N° 37)

- faire baisser le nombre de nouvelles contaminations par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues (objectif N° 56).

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

Annexe 2 - Liste des personnes auditionnées

Noms / fonction	Organisme
Dr Xavier AKNINE Responsable Axe3	ANGREHC (Association Nationale des médecins généralistes pour la réflexion sur l'hépatite C)
Michel BONJOUR Vice-président du comité de suivi du Plan	SOS Hépatites Fédération
Pr Pierre CZERNICHOV Responsable GT1	CHU de Rouen - Département épidémiologie
Pr Jean-François DELFRAISSY	ANRS INSERM et AVIESAN-IMMI
Dr Jean-Michel DELILE Responsable Axe4	ANITEA (Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie)
Pr Daniel DHUMEAUX Président du comité de suivi du Plan	CHU Henri Mondor
Pr Michel DOFFOEL Responsable Axe3	Hopitaux Universitaires de Strasbourg-Service d'Hépatogastroentérologie
Dr Bernard FALIU et Dr Annette COLONNIER	Ministère de la santé - DGS - Bureau infections par le VIH, IST et hépatites
Dr Pierre GABACH, responsable du département des pathologies lourdes Dr Bruno DELFORGE, médecin conseil, direction des assurés	CNAMTS
Dr Dominique de GALARD et Mr Jean-José LOPEZ	DAP-Ministère de la Justice et de Libertés
Marie JAUFFRET-ROUSTIDE	InVS
Dr Christine JESTIN et Mr Bruno HOUSSEAU	INPES
Dr Eric JOUGLA	INSERM Cépi-dc
Pr Dominique LARREY Responsable GT2	FPRH (Fédération nationale des Pôles de référence et Réseaux hépatites)
Dr Christine LARSEN Responsable Axe5	InVS
Dr Dominique MARTIN	DGOS
Dr Georges-Henri MELENOTTE Responsable GT1	CNRMS (Coordination nationale des réseaux de microstructures)
Dr Laurent MICHEL	Centre de traitement des addictions - Hôpital Emile-Roux (Limeil-Brévannes)
Dr Marie-Dominique PAUTI et Dr Jean-François CORTY	Médecins du Monde
Pr Stanislas POL Responsable Axe 5 et GT3	Hôpital COCHIN St Vincent Paul-Service d'Hépatologie médicale
Fabrice OLIVET Responsable Axe1	ASUD (Association auto support des usagers de drogues)
Pr Stéphane OUSTRIC	CNOM
Dr Pascal REVAULT Responsable Axe2 et GT2	COMEDE - Hôpital Bicêtre
Dr Françoise ROUDOT-THORAVALE Responsable Axe2	Hôpital Henri Mondor
Dr Jean-Patrick SALES Dr Catherine RUMEAU-PICHON, Dr Olivier SCÉMAMA, Dr Grégoire JEANBLANC	HAS - Direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique
Dr Patrick SERRE Responsable Axe4 et Dr Patricia Harcouët	AFSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison)
Pr François TRIVIN	CNPBM (Commission nationale permanente de biologie médicale)

Annexe 3 - Évaluation du Plan Hépatites 2009-2012. Etude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines. Mars 2013

Etude réalisée par le cabinet Planète Publique, pour le HCSP.

Volume séparé

Annexe 4 - Bilan de l'inscription de la thématique « hépatites » dans les projets régionaux de santé

Recensement des objectifs relatifs aux hépatites B et C dans les projets régionaux de santé

Région	Inscription des hépatites dans les différents volets de la programmation régionale
Alsace	<p>PSRS :</p> <p>Objectif spécifique 1.4 : améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à dépistage organisé (vaccination contre l'hépatite B)</p> <p>Priorité 5 : Prévenir les conduites à risque chez les jeunes</p> <p>Objectif stratégique n° 4 : Renforcer la réduction des risques dans la continuité de la prévention des conduites à risque</p> <p>En complément des actions de prévention primaire, il importe de travailler à réduire les risques sanitaires, psychologiques et sociaux que peuvent entraîner certaines conduites (transmission du VIH/sida, hépatites, infections sexuelles, comas éthyliques, accidents liés à la consommation de substances psycho-actives, addictions, marginalisation ...).</p> <p>SRP :</p> <p>Coordonner et dynamiser l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)</p> <p>Lutter contre le VIH/SIDA, les IST et les hépatites : Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B (idéalement avant 13 ans pour toute la population) et sensibiliser les parents, les infirmières d'établissements scolaires, les pédiatres et les médecins généralistes, les gynécologues et les professionnels de la petite enfance</p> <p>SROS :</p> <p>Volet Soins aux détenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des risques de transmission en développant et adaptant des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (VIH Sida hépatites IST) pour les personnes mineures détenues ; - Mieux les prendre en charge en - Soutenant le développement de l'éducation thérapeutique, en assurant la continuité des soins si un traitement était déjà suivi avant l'incarcération ou initier un traitement lorsque le diagnostic est posé en détention, en développant et structurant le parcours de soins pour la prise en charge des hépatites du dépistage au traitement et en renforçant la continuité des soins à la sortie de détention. <p>Volet Organisation des soins en hépato-gastro-entérologie :</p> <p>Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes ayant des conduites addictives, il convient de favoriser l'accès du fibroscan® au sein des CSAPA. L'utilisation d'un appareil portable, mis à disposition de certains CSAPA par roulement à partir du pôle de référence Hépatites Virales situé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, fera l'objet d'une expérimentation, qui sera étendue en fonction des résultats de l'évaluation.</p> <p>Les hépatites aiguës (A, B, C, D, E) relèvent de la médecine de ville pour les formes bénignes, d'un service référent pour les formes sévères, dont les hépatites fulminantes qui peuvent relever de l'indication d'une transplantation hépatique en urgence (Hopitaux Universitaires de Strasbourg).</p> <p>Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont le centre régional de référence pour les hépatites virales.</p> <p>Afin d'améliorer la prise en charge des patients, il est nécessaire de poursuivre le développement de réseaux, pour des affections telles que l'hépatite C (ville-hôpital),...</p> <p>Organisation de la prise en charge des maladies transmissibles (VIH, IST, hépatites) Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B ;</p> <p>Développer et élargir la proposition de dépistage du VIH, des infections sexuellement transmissibles, des hépatites lors de tout recours aux soins, dont l'hospitalisation ;</p> <p>Volet Organiser la gradation des soins médicaux / Missions et ressources au niveau de proximité :</p> <p>Au titre de la prévention, l'amélioration de la couverture vaccinale est une priorité de santé publique : afin de limiter l'incidence de la rougeole et de l'hépatite B, l'ensemble des professionnels impliqués doit s'attacher à promouvoir la vaccination par le ROR, et contre l'hépatite B (idéalement avant 13 ans pour toute la population) (cf. schéma régional prévention).</p>

Aquitaine	<p>SROS : Mise à plat des procédures d'évaluation et d'orientation, charte de fonctionnement. 4.3.2. Favoriser la prise en charge somatique des malades mentaux : organiser les modalités d'accès des patients souffrant de maladie mentale aux campagnes nationales de dépistage du cancer (cancer du sein, cancer du colon) et améliorer la couverture vaccinale de ces malades cf. grippe, ROR (enfants et jeunes adultes), Hépatite B (proposition systématique de dépistage gratuit et vaccination, gratuite si nécessaire, de l'hépatite B en CSAPA, et dans des contextes de consommations de substances injectables). Développer les consultations spécialisées intramuros pour limiter les extractions de détenus Pour les pathologies fréquemment rencontrées en détention, la mise en place de consultations spécialisées au sein de l'UCSA doit être privilégiée. Ces consultations concernent, entre autres, les spécialités de gastroentérologie (suivi des hépatites), médecine interne, infectiologie (suivi des infections à VIH), dermatologie, ophtalmologie (si possibilité d'installer le matériel nécessaire dans les locaux de l'UCSA). Pour les établissements pénitentiaires dotés d'un quartier « femmes », une consultation de gynécologie obstétrique devra être organisée.</p>
Auvergne*	<p>PSRS : Les hépatites ne sont pas mentionnées explicitement Deux objectifs sont liés à ceux du plan hépatites : - Objectif 8 « Assurer un parcours de soins coordonnés intégrant l'éducation thérapeutique ». - Objectif 9 « Prévention des risques infectieux ».</p> <p>SRP : La vaccination contre le VHB est un des sous-objectifs : « Favoriser l'adhésion aux stratégies vaccinales recommandées, en particulier hépatite B et HPV chez les adolescents ».</p> <p>PRAPS : Accès aux soins / Action 3 : « améliorer les articulations entre les soins de premier recours, les services hospitaliers, les établissements médico-sociaux en [...] encourageant l'élaboration de protocoles : protocoles de prise en charge acteurs du premier recours et structures sanitaires ou médico-sociales (entrée et sortie des services hospitaliers, suivi des pathologies lourdes telles que cancer, hépatite, SIDA ..., admission en EHPAD) [...] »</p> <p>Lutte contre les addictions : Les hépatites sont mentionnées (implicitement ou explicitement) dans les différents objectifs. Il est prévu notamment : - Le renforcement des liens CAARUD/CSAPA avec les CDAG CIDDIST et Centre de vaccination. - Des partenariats entre les CSAPA/ CAARUD et le pôle de référence hépatites - Le développement de dispositifs mobiles allant au-devant des populations</p>

Bourgogne	<p>PSRS :</p> <p>Objectif général n° 2 Améliorer la prise en charge et l'accompagnement au long cours des pathologies chroniques et des polyopathologies, et favoriser le recours à l'ambulatoire.</p> <p>Poursuivre la mise en œuvre des plans nationaux existants (cancer, Programme National Nutrition Santé [PNNS], Accident Vasculaire Cérébral [AVC], Virus Immunodéficience Humaine [VIH] et Infections Sexuellement Transmissibles [IST], hépatites B et C, santé mentale, plan national santé environnement...).</p> <p>SRP :</p> <p>Amélioration de la couverture vaccinale : chercher à atteindre un taux de couverture vaccinale de 85 % pour les vaccins retenus dans le calendrier vaccinal.</p> <p>SROS :</p> <p>Soins aux détenus</p> <p>Des actions d'éducation à la santé sont mises en oeuvre par les équipes des UCSA, notamment sur les thématiques suivantes : alimentation, hygiène buccodentaire, alcool, tabac, hépatite...</p> <p>Un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) intervient dans chacune des UCSA. Le dépistage des hépatites B, C, du VIH, de la syphilis est systématiquement proposé lors de la visite entrant. En cas de refus de la personne détenue, l'offre de dépistage est renouvelée dans 3 UCSA (source : rapports d'inspection plan triennal).</p> <p>Les recommandations du rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de la transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral sont appliquées dans 4 UCSA.</p> <p>SROMS :</p> <p>Des dispositifs médico-sociaux permettent d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique ainsi qu'un accompagnement social (Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et des Lits Halte Soins Santé (LHSS)).</p> <p>Les appartements de coordination thérapeutique hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion (article D312-154 du code de l'action sociale et des familles). Initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH, ils sont désormais destinés à accueillir également des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères comme les cancers et les hépatites chroniques évolutives.</p>
-----------	---

Bretagne	<p>PSRS :</p> <p>Priorité 1- Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie</p> <p>Objectif 1.1 : Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie</p> <p>1.1.4 Promouvoir les dépistages des maladies à forte incidence ou fort retentissement psychosocial (cancers, VIH Sida, hépatites, tuberculose)</p> <p>SRP :</p> <p>Lutte contre les hépatites B et C 2011 est une année clé marquée par l'arrivée de nouvelles molécules (anti-protéases) qui vont permettre d'améliorer les résultats déjà obtenus.</p> <p>Toutefois ces progrès ne prendront toute leur dimension que si les personnes infectées peuvent en bénéficier. A cette fin, le plan actuel de lutte contre les hépatites B et C 2009 – 2012 vise à assurer un meilleur accès au dépistage et aux traitements contre le virus de l'hépatite C et à mieux répartir la prise en charge des malades entre les réseaux de soins de ville et hospitaliers.</p> <p>L'amélioration de la prise en charge ne doit pas occulter l'importance du risque de transmission des hépatites B et C. Celle-ci passe d'abord par l'information et l'éducation de la population et en particulier des populations très exposées, parmi lesquelles les usagers de drogues. L'amélioration de la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B reste également un objectif prioritaire.</p> <p>Il faut penser l'accès à la prévention dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée, incluant l'accompagnement et la prise en charge thérapeutique.</p> <p>Usagers de drogues par voie intraveineuse : dépister le VIH et les hépatites de manière répétée et examiner les conditions d'une expérimentation du dépistage rapide du VIH et des hépatites.</p> <p>Réduire la transmission des virus B et C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter - Information et communication sur les hépatites B et C en direction des professionnels de santé et en particulier au niveau du premier recours de la filière de soins : système ambulatoire et médecins généralistes (Plan de diffusion type pour l'ensemble des supports de communication et d'information de l'INPES ; Diffusion des données épidémiologiques régionales) - Diffusion de messages adaptés, plus particulièrement vers les usagers de drogues et les migrants. - Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B - Information des médecins relative à la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons, des enfants (rattrapage pré-ado et adolescents) et des personnes exposées. - Information et communication en direction des HSH et LBT - Proposition de vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues consultant dans les CSAPA et les CAARUD. - Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues - Etudier les stratégies permettant d'atteindre un public de jeunes consommateurs de drogues ne pratiquant pas encore l'injection pour prévenir le passage à l'injection. - Elaborer des programmes légitimés d'éducation à la santé pour les usagers injecteurs. <p>Renforcer le dépistage des hépatites B et C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer une stratégie de communication auprès de la population générale et des publics les plus exposés sur l'intérêt du dépistage, en lien en particulier avec l'apparition des nouvelles molécules pour le traitement de l'VHC (taux de guérison passe de 50 à 80 %). - Proposer systématiquement et régulièrement (tous les 6 mois) aux UD fréquentant les CAARUD et CSAPA, un dépistage du VHC et VHB. - Proposer systématiquement et régulièrement (tous les 6 mois) aux personnes incarcérées un dépistage du VHC et VHB.
Centre	<p>PSRS :</p> <p>Les hépatites ne sont mentionnées que dans le cadre de l'amélioration de la surveillance sanitaire.</p> <p>SRP :</p> <p>Poursuivre le dépistage des IST :</p> <p>Organiser le rapprochement des structures de dépistage et d'information (CDAG et CIDDIST), en optimisant le maillage territorial de ces structures, en couplant les vaccinations au dépistage des IST (notamment en ce qui concerne l'hépatite B).</p> <p>Promouvoir les vaccinations :</p> <p>Promouvoir spécifiquement la vaccination contre les hépatites auprès des adolescents 11 / 15 ans, des populations à risque (précaires, migrants, usagers de drogues,...).</p>

Champagne-Ardenne	<p>SRP :</p> <p>Objectif opérationnel 3.3. Consolider les dispositifs de dépistage existants et améliorer la participation en ciblant les populations qui en sont le plus éloignées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le dépistage des hépatites et des IST, en particulier l'infection à chlamydiae <p>Chapitre 5 : La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). L'ETP se situe dans le champ des maladies chroniques : diabète de type 1 et 2, maladies respiratoires (asthme et broncho pneumopathie chronique obstructive - BPCO), maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance rénale chronique, obésité, VIH/SIDA et hépatites, pathologies occasionnant la pose de stomies. Elle concerne aussi bien les adultes que les enfants.</p> <p>Développer des actions de sensibilisation à la vaccination (ex rappel du calendrier vaccinal) en direction des professionnels de santé et/ou de la population au décours d'épidémies (ex : rougeole, hépatite, méningite).</p> <p>SROS :</p> <p>Santé des détenus :</p> <p>Les bilans d'entrée, comprenant les actions issues des programmes de dépistage (VIH, hépatites, tuberculose, syphilis si nécessaire, addictions...) et de vaccination sont systématisés par les équipes des UCSA et celles des établissements autorisés à la psychiatrie, en lien avec les acteurs des CSAPA et le SMPR, pour ce qui concerne les traitements de substitution.</p>
Corse	<p>Le SRP rappelle les plans nationaux VIH/IST et Hépatites, mais dans les orientations, ce sont plutôt l'hépatite A et l'hépatite E qui sont ciblées.</p>

<p>Franche-Comté</p>	<p>PSRS :</p> <p>Actions à poursuivre : Education thérapeutique du patient, notamment pour les sujets entrés dans des phases chroniques de leur maladie, comme le VIH ou les hépatites.</p> <p>Actions nouvelles :</p> <p>Atteindre de façon plus efficace les sujets vulnérables et à risques, aussi bien en matière de vaccination que de dépistage en ce qui concerne le dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatites, IST, tuberculose), l'objectif est de renforcer les liens avec les professionnels de santé de proximité (dont les laboratoires de biologie médicale (Fiche SROS - Biologie)), les Conseils généraux et les structures de dépistage. Cette prévention secondaire devra cibler, en premier lieu, les personnes les plus à risques (dans l'entourage d'une personne atteinte ou ayant un comportement à risques), notamment les sujets sous main de justice ou détenus (Fiche SROS - Soins aux détenus ; Fiche SRP - Personnes sous main de justice). L'enjeu est de traiter le plus précocement possible les personnes atteintes, afin, d'une part, d'améliorer leurs chances de guérison ou de stabilisation, et d'autre part, de diminuer le risque de transmission à d'autres personnes</p> <p>Actions de prévention diminuant les expositions à certains risques (tabac, alcool, alimentation) mais aussi d'autres facteurs liés à l'environnement (UV, air intérieur) et à certaines maladies infectieuses (vaccinations HPV et hépatite B, prévention de l'hépatite C).</p> <p>SRP :</p> <p>Bilan des actions engagées contre les hépatites</p> <p>Renforcer les informations de prévention des maladies infectieuses chroniques, VIH, hépatites, tuberculose (cf. fiche maladies infectieuses).</p> <p>Orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les risques de transmission du VHB et du VHC - Promouvoir la vaccination contre le VHB auprès des médecins et des personnes les plus à risques - Renforcer le dépistage en lien avec les professionnels de santé de proximité, les CDAG et Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). - Améliorer le parcours de soin des usagers de drogue ayant une hépatite chronique - Diffuser le processus d'éducation thérapeutique à l'ensemble des patients atteints par le VHC (établissements de santé et secteur libéral). - Renforcer les actions de soutien aux patients afin de renforcer leur observance. <p>3 objectifs généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectif n°4 : Diminuer l'incidence des hépatites B et C (réduction des risques de transmission chez UD, lors des tatouages et piercing, chez les professionnels de santé, vaccination) - Objectif n°5 : Diminuer le nombre de personnes ne connaissant pas leur séropositivité (dépistage UD, migrants) - Objectif n°6 : Améliorer la qualité de vie et de prise en charge des malades chroniques VHC+ et VHB+ (parcours de soins UD, ETP, soutien aux associations pour des actions aidant à améliorer l'observance au traitement)
<p>Ile-de-France*</p>	<p>PSRS :</p> <p>« - Faciliter l'accès, sensibiliser les publics prioritaires et les professionnels au dépistage du VIH, des IST et des hépatites et renforcer le lien dépistage soins - Promouvoir des actions de prévention adaptées à la transmission du VIH, IST, hépatites B et C »</p> <p>PRS :</p> <p>- Sous-objectif 1.2.1. « Renforcer les pratiques cliniques préventives » Les hépatites n'y sont pas mentionnées explicitement</p> <p>- Sous-objectif 1.4.1 « Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne »</p> <p>SROMS :</p> <p>Volet : « Personnes en difficultés spécifiques » Action 2 : Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages. Le Plan hépatites est cité explicitement dans le SROMS comme cadre d'action.</p> <p>PRAPS :</p> <p>L'orientation au dépistage est mentionnée dans les objectifs opérationnels pour le secteur ambulatoire</p>

Languedoc-Roussillon	<p>PSRS :</p> <p>Le PSRS fait de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques une priorité de la politique de santé en région. Ceci implique une politique de prévention favorisant la qualité et l'éducation nutritionnelle, la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool, la lutte contre la sédentarité, sans oublier la politique vaccinale (hépatite B) et l'action sur les facteurs environnementaux (exposition à l'arsenic dans l'eau, au radon dans l'ait intérieur, aux pollutions atmosphériques, aux perturbateurs du système endocrinien et aux facteurs de risque professionnels.</p> <p>SRP :</p> <p>...ceci implique de dépister tôt et mieux (VIH, hépatites, diabète, cancers, insuffisance rénale chronique), d'améliorer l'accès à une prise en charge précoce et de promouvoir une prise en charge globale améliorant la qualité de vie des personnes et répondant aux enjeux des complications, de la chronicité et de la dépendance.</p> <p>Positionner les CDAG et CIDIST comme animateurs et relais de la politique de dépistage des IST, du VIH et des hépatites sur leur territoire et les inscrire dans les projets locaux de santé, en lien avec les services d'infectiologie, les hépatologues et réseaux (réseaux VIH et réseau hépatites LR) pour l'accès aux soins,</p> <ul style="list-style-type: none"> - en lien avec les réseaux associatifs au contact des populations particulièrement concernées (usagers de drogues, personnes migrantes, hommes ayant des relations avec d'autres hommes, personnes prostituées) pour faciliter l'accès au dépistage ou aux TROD - en lien avec les professionnels de santé du territoire dont la mobilisation est nécessaire pour permettre l'accès des personnes qui se vivent éloignées des risques au diagnostic du VIH, des hépatites et des IST au premier rang desquelles les chlamydiae. <p>Prise en charge globale des personnes concernées par les addictions</p>
Limousin	<p>SRP :</p> <p>Améliorer la couverture vaccinale de la population</p> <p>Accroissement de l'implication des médecins libéraux dans les objectifs prioritaires en matière de vaccination par une contractualisation avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé-médecins sur des objectifs de couverture vaccinale pour les priorités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, - le vaccin anticoquelucheux, - le vaccin contre l'hépatite B <p>Mise en place d'un système de surveillance des maladies à prévention vaccinale en lien avec la déclaration obligatoire pour la rougeole et l'hépatite B (cf. volet « veille » du schéma)</p> <p>Soutien à la mise en place d'une stratégie de vaccination des personnels : grippe, coqueluche, rougeole, hépatite B</p> <p>SROMS :</p> <p>Schéma cible de l'organisation médico-sociale régionale de l'addictologie</p> <p>Permettre aux CAARUD d'assurer une vocation régionale en réponse aux besoins des départements de la Creuse et de la Corrèze</p> <p>Mettre en place un comité régional de suivi des produits de substitution</p> <p>Renforcer l'accès au dépistage de proximité VIH, hépatites.</p>
Lorraine	<p>Le SRP n'aborde pas spécifiquement les hépatites en dehors du contexte et du rappel du plan national.</p>

Midi-Pyrénées	<p>SRP :</p> <p>Orientation 1 : Définir une politique de promotion de la santé globale et cohérente : L'ARS continuera d'intervenir sur la prévention du VIH, des hépatites et des IST</p> <p>Orientation 2 : Organiser la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Action de prévention chez les usagers à risque (information, distribution de matériel à usage unique) <p>Orientation 4 : Maintenir une intervention sur des champs spécifiques : Prévention du VIH, des IST et des hépatites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campagne de vaccination des personnels des établissements médico-sociaux - Soutenir les personnes confrontées au VIH et aux hépatites <p>SROS :</p> <p>SROS Médecine</p> <p>Orientation 2 : Impulser une nouvelle approche des maladies chroniques</p> <p>Promouvoir le dépistage des maladies chroniques et de leurs complications afin d'initier une prise en charge la plus précoce possible dans chaque bassin afin d'augmenter et de cibler le nombre de personnes à dépister. Les établissements, les institutions, les professionnels diffuseront le questionnaire d'auto repérage élaboré en lien avec les COTER, en lien avec les professionnels du premier recours et les associations de patients.</p> <p>Ces lieux de dépistage doivent être en mesure de proposer un entretien avec un professionnel de santé et des examens tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un bilan biologique sanguin : glycémie, exploration d'une anomalie lipidique, créatininémie et estimation du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG), sérologies VIH et Hépatite C, - ...
Nord-Pas-de-Calais	<p>SRP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des campagnes de rattrapage vaccinal ciblées en cas d'épidémies communautaires, pour maintenir et obtenir une couverture vaccinale élevée suivant les recommandations du calendrier vaccinal ; accompagner les campagnes de vaccination ciblée : contre la rougeole, contre les méningocoques, contre les virus de l'hépatite. - Concernant la prévention contre le VIH/SIDA, hépatites et les IST, il s'agira de maintenir un haut niveau d'information et de prévention du VIH et des IST dans la population générale, de promouvoir les comportements préventifs et les démarches de dépistage du VIH et des IST (en s'appuyant sur les CDAG et CIDDIST, portés soit par des établissements de santé, soit par des services départementaux) dans les populations et les zones prioritaires. - Santé des personnes détenues : Renforcer l'offre de prévention et l'offre de dépistage (dépistage des cancers, des risques suicidaires, de la tuberculose, du VIH, des IST des hépatites, des problèmes bucco-dentaires) ; - Dans le cadre des maladies chroniques : Sensibiliser les populations cibles aux facteurs de risque et à leur repérage précoce (éducation à la santé) - Engagement des établissements de santé pour (entre autres) : dépistage anonyme et gratuit du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis. <p>SROS :</p> <p>Structurer l'offre en ETP concernant les patients porteurs de VIH, d'hépatites B ou C.</p> <p>SROMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre une politique forte de réduction des risques et des dommages, notamment auprès des usagers de drogues - Améliorer l'accès au dépistage - Sensibiliser les structures MS à l'articulation avec les médecins généralistes concernant le dépistage VIH et Hépatites - Poursuivre et renforcer le rapprochement des CAARUD et des CDAG pour le dépistage VIH, Hépatites et vaccination VHB - Veiller aux articulations avec le plan national de lutte contre le VIH SIDA et les IST 2010-2014, le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Basse-Normandie	<p>SRP : La promotion de la vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose et l'hépatite B est inscrite dans le volet périnatalité.</p> <p>SROS : L'hépatite C est mentionnée à la rubrique « coopération entre les professionnels de santé » La vaccination contre l'hépatite B de la mère et de l'enfant est rappelée dans le volet périnatalité</p>
Haute-Normandie	<p>SRP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer l'accès aux dépistages du VIH, des IST et des hépatites B et C - Prévenir les IST, VIH et Hépatites : Proposer une offre coordonnée des lieux de consultation unique (CPEF + CDAG+ CIDDIST). - Protocoliser dans chaque UCSA le rendu des résultats en ce qui concerne les hépatites : cf. réduction des risques pour les usagers de drogue et pour l'hépatite B (vaccination) - Dépistages VIH et des hépatites : pour les hépatites B et C, dépistage proposé par le médecin traitant aux personnes à risque (comportement sexuel à risque, porteur de l'Ag HBs dans l'entourage familial, usage de drogue par voie intraveineuse ou nasale, transfusion avant 1992, provenance d'un pays à taux d'endémie moyenne ou élevée, tatouage ou piercing). Proposer aux populations éloignées du système de soins des tests de dépistage rapide en fonction des recommandations issues de l'expérimentation nationale en cours
Pays-de-la-Loire	-
Picardie	<p>SRP : Promouvoir la vaccination Hépatite B et Meningococcique C.</p>
Poitou-Charentes	-
Provence-Alpe-Côte-d'Azur*	<p>Dans le passé, il y a eu un programme dédié dans le PRSP 2005-2009 : Programme 15 : « Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge globale des hépatites B et C ».</p> <p>PSRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention IST dans le plan d'action « Enfants, adolescents, jeunes ». - Action dépistage et santé sexuelle dans le plan d'action « population générale ». <p>PRAPS : L'objectif de renforcement de l'accessibilité aux soins et « Agir avec et pour les populations démunies » mentionnent spécifiquement la question des hépatites</p>

Rhône-Alpes	<p>SRP : Déclinaison régionale des plan VIH / SIDA / IST et Hépatites</p> <p>PRAPS : Rappelle SRP Et inscrit la nécessité d'ouvrir le dispositif des appartements thérapeutiques aux patients pris en charge pour hépatites</p> <p>Programmes en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel (les) et en faveur des migrants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les connaissances des HSH-LBT sur le VIH, les IST et les hépatites virales - Faciliter la prise en compte de la santé sexuelle des HSH-LBT et des personnes séropositives (faire connaître les structures de dépistage) - Adapter et diversifier l'offre de dépistage pour le public HSH-LBT (proposer un dépistage régulier du VIH, des IST et des hépatites virales aux HSH multipartenaires, dont Informer les HSH de l'intérêt de dépister les hépatites B et C et promouvoir la vaccination contre l'hépatite B) - Améliorer les connaissances des migrants sur le VIH, les IST et les hépatites virales pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins - Renforcer l'appropriation par les femmes migrantes des stratégies de prévention : - Mobiliser les professionnels sociaux et médico-sociaux comme acteurs de prévention VIH/ IST/hépatites virales. - Soutenir la mobilisation et l'expertise des acteurs : Développer la prise en compte de la thématique VIH/ IST/hépatites virales dans une approche de santé globale - Lutter contre les discriminations dues à l'orientation sexuelle ou à la séropositivité - Adapter et diversifier l'offre de dépistage pour les Migrants en vue d'une prise en charge appropriée <p>SROS : Les hépatites sont mentionnées à plusieurs reprises : Sur le dispositif de réduction des risques à améliorer par un meilleur maillage territorial (équipes mobiles) et une consolidation des missions de dépistage VIH-hépatites par conventionnement avec les structures compétentes (Centre de dépistage anonyme et gratuit - CDAG).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dépistage chez des patients de troubles psychiatriques - La prévention et le dépistage chez les détenus - La possible expansion des prises en charge pour hépatite C
DOM	
Guadeloupe	<p>PSRS : Au sein des orientations, dans une approche en 5 grands domaines, dont les maladies chroniques, figurent les objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le pourcentage de dépistages des hépatites des parturientes et de leurs conjoints - Augmenter la vaccination de la population contre l'hépatite B <p>SRP : Les hépatites sont inscrites au titre du dépistage et du développement de l'ETP</p>
Guyane	-
Martinique	-
Réunion-Mayotte	-

* Informations issue du rapport sur l'étude du déploiement et de la mise en place du plan dans trois régions métropolitaines, réalisé par Planète Publique.

Synthèse

Région	PSRS	SRP	SROS	SROMS Ou addictions	PRAPS	I	V	Dep	UD	D	Org	ETP	App Ther	Surv épi
Alsace	x	x	x			x	x		x	x	x	x		
Aquitaine			x								x			
Auvergne*	x	x		x	x	x	x		x		x	x		
Bourgogne	x	x	x	x			x			x	x		x	
Bretagne	x	x				x	x	x	x		x			
Centre	x	x					x	x						x
Champagne-Ardenne		x	x				x	x		x				
Corse														
Franche-Comté	x	x				x	x	x	x			x		
Ile-de-France*	x			x	x	x		x	X					
Languedoc-Roussillon	x	x					x	x	x					
Limousin		x		x			x		x					x
Lorraine														
Midi-Pyrénées		x	x			x	x	x			x			
Nord-Pas-de-Calais		x	x	x		x	x	x	x	x		x		
Basse-Normandie		x	x				x				x			
Haute-Normandie		x				x		x		x				
Pays-de-la-Loire														
Picardie		x					x							
Poitou-Charentes														
Provence-Alpe-Côte-d'Azur*	x				x	x					x			
Rhône-Alpes		x			x	x		x		x	x		x	
DOM														
Guadeloupe	x	x					x	x				x		
Guyane														
Martinique														
Réunion-Mayotte														

Annexe 5 - Déclaration d'intérêt des membres du comité d'évaluation

Nom	Prénom	Liens d'intérêts déclarés
Buthion	Valérie	Néant.
Carrat	Fabrice	Responsable scientifique cohorte ANRS HEPATHER lauréate de l'appel d'offres EQUIPEX des investissements d'avenir. Coordinateur méthodologique de projets d'épidémiologie clinique sur les hépatites-projets sous promotion ANRS. Post doc d'une doctorante à partir de Juil 2012 à Los Alamos au laboratoire d'Alan Perelson sur modélisation des cinétiques virales sous différentes molécules (inhibiteurs de protéase, inhibiteurs de polymérase). Financé par Los Alamos sur une subvention provenant de Roche.
Carrieri	Patrizia Maria	Participation au projet ANRS PRI ² DE pour l'évaluation de l'application des recommandations du rapport « Santé-Justice » (2001) en matière de réduction des risques infectieux. (axe stratégique IV.5). Responsable scientifique de l'étude ANRS Méthaville (faisabilité de la primo-prescription de méthadone par certains médecins généralistes cité dans le plan hépatite - Objectif 3 du plan. Participation à l'expertise collective INSERM «Réduction des risques chez les usagers de drogues », juin 2010.
Dubois-Arber	Françoise	Participation à l'expertise collective INSERM «Réduction des risques chez les usagers de drogues », juin 2010.
Kamelgarn	Daniel	Néant.
Monnet	Elisabeth	Médecin coordinateur Réseau Ville Hôpital Hépatite C Franche Comté.
Morlat	Philippe	Investigateur principal de l'étude ANRS EN20 relative aux causes de décès des personnes infectées par le VIH en France en 2010 (la co-infection VIH-VHB ou VIH-VHC étant responsable d'environ 10% des décès) Participation 2012 à un board de Gilead concernant ses molécules antirétrovirales en développement (en prévisionnel 2012 de deux actions de formations VIH sponsorisées (BMS, Gilead) mais ne portant pas sur des médicaments) .
Sogni	Philippe	Secrétaire du Réseau hépatite C Paris-Ouest depuis 2007. Participation à un groupe de travail sur la prise en charge de l'hépatite B financé par BMS (2010-2012). ANRS : expert, co-investigateur d'études sur les hépatites B ou C, membre de commissions (CSS5, AC-25). Co-investigateur essais cliniques hépatite B et C de financements privés divers.
Tran	Béatrice	Néant.
Zylbermann	Patrick	Rémunération unique pour participation à une table ronde organisée à Paris par Wyeth sur la vaccination (26/11/2009).

