

# Journée de lutte contre les hépatites virales

## Sommaire

### **Présentation du rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C**

<b>Intervention de Mme TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé</b>	<b>2</b>
<b>Discours d'ouverture</b>	<b>4</b>
<b>Session 1 : Prévenir et dépister les hépatites B et C</b>	<b>7</b>
I. Synthèse des recommandations	7
II. Echanges	8
<b>Session 2 : Réduire les inégalités sociales et d'accès aux soins</b>	<b>12</b>
I. Synthèse des recommandations	12
II. Echanges	12
<b>Session 3 : Construire un parcours de santé cohérent pour tous les patients et optimiser la prise en charge à l'aune des avancées thérapeutiques</b>	<b>17</b>
I. Synthèse des recommandations	17
II. Echanges	18
<b>Discours de clôture</b>	<b>23</b>
Françoise WEBER Directrice adjointe de la santé	

*En préambule, une allocution enregistrée de la ministre en charge de la santé, Marisol Touraine, est diffusée.*

**Intervention de Marisol Touraine**  
**Ministre des Affaires sociales et de la Santé**  
**Rapport de recommandations sur la prise en charge des hépatites virales B ou C.**

---

Mesdames et messieurs,

Je suis actuellement à l'Assemblée Mondiale de l'OMS à Genève, mais je souhaitais souligner l'importance du rapport qui vous est présenté aujourd'hui.

Je remercie chaleureusement les professeurs DELFRAISSY et DHUMEAUX pour le travail qu'ils ont mené au cours de l'année écoulée et dont ils ont bien voulu me dévoiler, il y a quelques jours, les conclusions.

**L'hépatite est une épidémie silencieuse.**

Silencieuse, parce qu'elle touche en France plus de **500 000** personnes et que nous en parlons trop peu.

Silencieuse, aussi, car **250 000** de nos concitoyens sont affectés par cette maladie, sans le savoir, sans même s'en douter. 4 000 en meurent chaque année.

Le combat contre l'hépatite est donc un enjeu majeur. L'an dernier, j'ai donc souhaité que nous puissions collectivement disposer d'un travail scientifique sur lequel nous nous appuyerons. **Il s'agit d'une première !**

**Je veux saluer l'implication du monde associatif dans ce travail, comme dans la lutte quotidienne aux côtés des malades.**

**Le rapport qui vous est présenté aujourd'hui comporte 180 recommandations. Je retiens quatre grands enjeux** qui donneront de la cohérence à notre action :

- **Le premier, ce sont les actions de prévention et de dépistage.** Je veux en particulier développer l'usage des « Tests rapides hépatites », en combinaison avec ceux qui existent déjà pour le VIH.
- **Le deuxième enjeu est lié aux avancées thérapeutiques :** des traitements innovants efficaces voient le jour. Je pense évidemment aux nouvelles thérapies contre les hépatites C, dont l'impact financier -qu'il s'agit de maîtriser- et organisationnel sera essentiel. En effet, ces traitements bouleversent la prise en charge des patients et l'organisation de leur parcours de soins. Il s'agira de renforcer leur accompagnement.
- **Troisième enjeu, les publics prioritaires.** Il est primordial d'intensifier notre combat contre les inégalités sociales et territoriales en ciblant les trois populations les plus exposées : les usagers de drogues, les migrants et les personnes détenues.
- **Enfin, le quatrième et dernier enjeu, c'est le maintien d'une recherche d'excellence.** Et cela dans tous les domaines. Dans le champ de la recherche fondamentale et translationnelle. Mais aussi dans celui des sciences humaines et sociales, ainsi que de l'organisation des soins.

**Ces orientations sont en cohérence avec la stratégie nationale de santé.** Le développement de la prévention, la lutte contre les inégalités et la réorganisation profonde de notre système de soins sont mes priorités, ainsi que le soutien à l'innovation. L'objectif, c'est que cette politique d'innovation soit encouragée, accessible à tous et justement rétribuée.

Mesdames et messieurs,

**Le rapport qui vous est présenté aujourd'hui constitue une étape importante,** qui va nous permettre d'accélérer notre lutte contre les hépatites.

Je confie à la direction générale de la santé (DGS), en association étroite avec l'ANRS, le soin de former un comité de suivi qui assurera la mise en œuvre concrète de ces recommandations.

**Nouvelles recommandations, nouvelles thérapies, nouvelle organisation des soins :** cette journée marque notre détermination dans le combat que nous menons contre les hépatites.

Je vous remercie.

# **Discours d'ouverture**

**Jean-François DELFRAISSY**  
**ANRS**

Le premier rapport sur les hépatites n'était pas acquis d'avance. Il est pourtant essentiel, pour une communauté, de disposer d'un rapport autour duquel articuler ses recommandations. Je voudrais remercier Daniel Dhumeaux pour le travail très important qu'il a réalisé au cours des dix-huit derniers mois. Je voudrais également remercier l'AFEF, avec laquelle l'ANRS collabore depuis trois ans, pour le rapport mais aussi dans notre stratégie en matière de cohortes, par exemple. Je voudrais enfin remercier tous les acteurs de ce rapport et la DGS, qui a fait montre d'une coopération sans faille.

Ce rapport n'est pas seulement un rapport sur les molécules et sur les nouveaux médicaments. Il est vrai que nous vivons une révolution, en particulier pour l'hépatite C. Le rapport met aussi l'accent sur des aspects de santé publique (prises en charge, inégalités d'accès aux soins, prisons, etc.).

Il faut bien sûr dissocier l'hépatite B (maladie chronique sous traitement) et l'hépatite C, pour laquelle les enjeux ont trait, pour une large part, à la santé publique. Sur le plan des médicaments, nous vivons actuellement une sorte de paradoxe : le virus a été identifié et il existe aujourd'hui des médicaments très actifs qui permettent d'éradiquer ce virus. Dans le même temps, nous sommes nombreux à nous interroger sur le coût de ces médicaments. Ce coût, qui n'est pas encore connu, est estimé à près de 50 000 euros, peut-être 80 000 euros par traitement comprenant au moins deux molécules. Leur coût de fabrication est estimé par l'OMS de 75 à 185 euros, en dehors de la recherche et développement (R&D). Tout en poursuivant une collaboration essentielle avec les industriels, nous devons sans doute introduire la notion de "juste prix" pour l'application de ces découvertes : à ce niveau de prix, ce sont en effet 6 à 7 milliards d'euros qui seront nécessaires pour traiter les 35 à 40 % de patients qui doivent être traités dans les 18 à 24 mois à venir.

**Victor de LEDINGHEN**  
**CHU Bordeaux – AFEF**

L'AFEF (Association française pour l'étude du foie) est fière et heureuse d'être présente aujourd'hui. Nous remercions chaleureusement Madame la ministre de la santé, Marisol Touraine, d'avoir commandé l'élaboration de ce rapport sur les hépatites virales. L'AFEF souhaite également remercier chaleureusement l'ANRS et son Président pour avoir confié la rédaction de ce rapport à l'AFEF. Ce geste de reconnaissance de notre expertise est important et conforte les relations étroites qui existent entre l'AFEF et l'ANRS.

Les hépatites virales sont un véritable fléau dans notre pays et nous espérons que ce rapport permettra de mettre en place des mesures qui conduiront à leur éradication. Si les hépatites virales sont des infections virales, elles constituent aussi et surtout des maladies chroniques du foie pouvant induire des cirrhoses, des cancers ou des transplantations hépatiques, ce qui requiert d'associer une prise en charge hépatique à la prise en charge virale.

L'AFEF est engagée dans une politique de prévention des maladies chroniques du foie (dont les causes sont nombreuses, à commencer par l'alcool) et espère que ce rapport permettra de mettre en place non seulement des actions diagnostiques et thérapeutiques mais aussi des actions de prévention à large échelle et à long terme, pour qu'existe une France sans hépatite virale B ou C dans dix ans.

**Michel BONJOUR**  
**Fédération SOS Hépatites, Paris**

Enfin, nous l'avons ! Et ce n'est qu'un début. Nous avons réclamé ce rapport depuis des années. Que Madame la ministre de la santé soit remerciée de l'avoir demandé. 22 groupes d'experts ont travaillé sur ce rapport. Il a parfois fallu vaincre des réticences feutrées pour y faire participer des associations de patients. Il est vrai aussi que les usagers doivent apprendre à communiquer avec les spécialistes et que ceux-ci doivent reconnaître la possibilité d'apporter un regard particulier, dans un domaine où l'expertise profane compte beaucoup.

SOS Hépatites, en réunissant ses militants responsables, vient de conduire une réflexion et compte s'engager dans l'action pour le déploiement des traitements à l'échelle mondiale. Notre mot d'ordre est le suivant : un traitement pour tous et un traitement pour chacun. Nous demandons également la reconduction du plan national de lutte contre les hépatites virales.

**Marianne L'HENAFF**  
**ARCAT-TRT5-CHV, Paris**

Lorsqu'on m'a demandé de participer à l'élaboration de ce rapport, au titre du groupe de validation et de synthèse, j'étais un peu perplexe quant à la méthode retenue, qui n'a pas grand-chose à voir avec celle mise en œuvre pour les rapports relatifs au VIH.

Le Professeur Dhumeaux m'assurait que tout se passerait bien et je ne crois pas qu'il se douterait qu'il travaillerait plus de dix heures par jour, durant des mois. Nous avons beaucoup travaillé aussi à ce rapport, pour sa relecture. Des « couacs » ont eu lieu, comme dans tout travail de ce type. Notre principal regret porte sur le chapitre « prisons », en raison de difficultés qui sont apparues au sein du groupe. Je déplore, à cet égard, un manque de coordination associative qui ne nous a pas permis d'anticiper ces blocages. Nous devons donc aussi remettre en cause nos modes de fonctionnement au sein du monde associatif. Chacun a travaillé dans son groupe et nous n'avons pas réellement travaillé ensemble.

**Daniel DHUMEAUX**  
**Coordonnateur du rapport de recommandations**

Mes remerciements vont bien sûr tout d'abord à notre Ministre, Marisol Touraine, pour son message, ses encouragements et son soutien, mais aussi à mes prédécesseurs à cette tribune, Jean-François Delfraissy (et à l'ANRS) et Victor de Lédighen (et l'AFEF) pour la confiance qu'ils m'ont accordée, et Michel Bonjour et Marianne l'Hénaff (et l'ensemble des associations de patients) dont la contribution a été déterminante dans la réalisation et le succès de notre aventure...

Ce rapport arrive clairement au bon moment. Conçu au terme du plan de lutte contre les hépatites virales 2009-2012, il laisse prévoir que ses recommandations constituent autant de mesures nouvelles pour poursuivre et amplifier les actions engagées. Ce rapport vient aussi à un moment où des avancées considérables ont été réalisées dans le diagnostic (avec notamment l'introduction récente des TROD hépatite C) et la prise en charge de ces infections. Des traitements sont aujourd'hui disponibles, pratiquement sans effet indésirable, pour contrôler (pas encore guérir) l'hépatite B, évitant des complications et interventions graves (cirrhose, cancer du foie, transplantations) et, véritable révolution thérapeutique, de nouvelles molécules, également bien tolérées et prises par voie orale, sont apparues dans l'hépatite C, permettant un traitement d'une durée limitée et une guérison quasi constante, en s'affranchissant de l'interféron, responsable jusqu'ici des principaux effets indésirables.

Le rapport qui vous est présenté s'articule autour de trois grands axes : l'amplification des mesures de dépistage et de prévention, l'optimisation du parcours de santé, avec une approche globale pour

une amélioration des traitements des personnes, quelle que soit leur situation, et la lutte contre les inégalités (territoriales et sociales) d'accès aux soins. La restitution en sera faite à l'occasion de trois tables rondes, respectivement animées par Olivier Chazouillères, Georges Pageaux et Pierre Czernichow, entourés d'experts et de personnalités du monde associatif, et une large place sera prévue pour les échanges avec la salle.

L'élaboration de ce document a mobilisé pendant plus d'un an, autour de l'ANRS, de l'AFEF et des associations de patients, près de 300 personnes. Que tous soient chaleureusement remerciés pour leur investissement et leur contribution. Une particulière et amicale pensée va à Georges Pageaux, ex-secrétaire de l'AFEF et Pierre Czernichow, professeur de santé publique à Rouen, qui m'ont accompagné au quotidien et sans lesquels -probablement- cette mission n'aurait pas été possible. Mes remerciements vont aussi à Anne Blanchard pour le travail exemplaire réalisé à l'AFEF et à François Flori et Martine Krief (EDK/EDP Sciences) qui ont repris « au vol », il y a seulement quelques semaines, et avec tant d'efficacité, la fabrication du rapport, après le retrait de la Documentation française. Comme dans les précédentes éditions, la sous-direction « Prévention des risques infectieux » du ministère de la santé, a joué un rôle déterminant dans l'organisation de cette rencontre. Nous lui devons en grande partie son succès.

Merci à tous, si nombreux, pour votre présence, et belle journée.

# **Session 1 : Prévenir et dépister les hépatites B et C**

## **I. Synthèse des recommandations**

**Olivier CHAZOILLERES, hôpital Saint-Antoine, Paris**

Les hépatites B et C forment une cause importante de mortalité (1 300 décès par an pour l'hépatite B en 2001, 2 600 par an pour l'hépatite C). Selon les principales données de prévalence, qui datent de 2004, la prévalence de l'antigène HBs est de 0,65%, ce qui représente 281 000 personnes. Elle est cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La prévalence atteint 1,9 % parmi les usagers de drogues et 1,37 % parmi les hommes homosexuels fréquentant des lieux de convivialité gay à Paris. Elle n'est pas connue en ce qui concerne les personnes détenues.

L'incidence de l'hépatite B aiguë en population générale est faible, après avoir beaucoup diminué depuis le début des années 1990. Elle est estimée à 2 300 nouvelles infections par an et l'exposition sexuelle apparaît comme le principal facteur connu de contamination par le virus de l'hépatite B (VHB) en France.

La prévalence des anticorps anti-VHC était d'environ 0,84 % en 2004. Elle varie avec l'âge et l'endémicité du pays de naissance, sans différence significative entre hommes et femmes. Comme pour l'hépatite B, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) sont sur-représentés parmi les personnes touchées. La transmission sexuelle du virus de l'hépatite C est rare (sauf chez les homosexuels masculins, en particulier ceux qui sont séropositifs pour le VIH) mais son incidence reste élevée chez les usagers de drogues (estimée à 9/100 personnes-années). L'incidence est probablement faible en population générale mais nous manquons de données récentes.

Il est nécessaire de réactualiser tous les dix ans les données épidémiologiques sur le VHB, le VHC et le VHD obtenues en population générale. Il est tout aussi fondamental d'acquérir des données épidémiologiques dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM) et les communautés d'Outre-mer (COM). Il faut enfin produire des estimations épidémiologiques régulières pour les populations à risque.

Concernant le virus de l'hépatite B, il est recommandé d'effectuer un dépistage orienté vers les personnes exposées au risque de contact avec le virus. Il est à noter que 55 % des personnes porteuses de l'antigène HBs l'ignorent. Ce taux d'ignorance du statut est de 43 % pour les porteurs du VHC.

S'agissant des usagers de drogues, les contaminations par le VHC se produisent le plus souvent au tout début du parcours d'injection. Il est recommandé de réorienter la politique générale de lutte contre les drogues en donnant la priorité aux actions de santé publique, de déployer sur le terrain les stratégies de réduction des risques et de proposer une offre de soins globale associée à des mesures de réduction des risques.

Il existe un nouveau venu parmi les outils du dépistage : les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), faciles à réaliser et utilisables hors des structures de soins habituelles, même s'ils se distinguent par une sensibilité plus faible. La HAS a validé la semaine dernière les TROD pour le dépistage du VHC. Dans le cas du VHB, la HAS a considéré qu'il n'y avait pas suffisamment de données.

Le rapport préconise de poursuivre la stratégie de dépistage ciblé des hépatites B et C en fonction des facteurs de risque de contamination, en insistant sur l'information du public et des médecins (en particulier les généralistes). Il recommande également d'élargir les stratégies de dépistage aux hommes de 18 à 60 ans jamais testés auparavant et d'associer la recherche des trois virus (VHB, VHC, VIH).

S'agissant de la transmission éventuelle mère-enfant, il est recommandé d'effectuer un dépistage des trois marqueurs du VHB lors du premier examen prénatal et d'appliquer pleinement les recommandations actuelles. Pour le VHC, le rapport recommande la réalisation d'une sérologie systématique lors du premier examen prénatal.

En matière de vaccination contre l'hépatite B, la stratégie adoptée en France en 1994, dans un but d'élimination de l'infection, reste adaptée à la situation épidémiologique actuelle. Cependant, parmi les populations à risque élevé d'infection par le VHB, les taux de couverture vaccinale sont mal évalués et globalement insuffisants (probablement inférieurs à 50 %).

## **II. Echanges**

*Avec la participation de :*

Xavier AKNINE (Angrehc)

Christine JESTIN (Inpes, Paris)

Christine LARSEN (InVS, Saint-Maurice)

Odile LAUNAY (Hôpital Cochin, Paris)

Françoise ROUDOT-THORAVALE (Hôpital Henri Mondor, Créteil)

Johann VOLANT (Fédération SOS Hépatites, Paris)

Yazdan YAZDANPANAHI (Hôpital Bichat, Paris).

### **De la salle**

Quelle est la conduite à tenir pour le dépistage des proches, en particulier des enfants et parents VHC positifs (principalement lorsqu'il s'agit du père) ?

### **Françoise ROUDOT-THORAVALE**

Il est préconisé de rechercher le virus dans la famille. Pour l'hépatite C, on sait que la transmission père-enfant est exceptionnelle. Compte tenu des habitudes d'hygiène dans la famille, il peut être raisonnable de dépister la famille.

### **Elisabeth BOUVET, hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris**

Vous n'avez pas évoqué la transmission nosocomiale du VHC. Il me semble pourtant qu'il continue d'exister des risques d'une telle transmission.

### **Françoise ROUDOT-THORAVALE**

Le principal axe d'action, de ce point de vue, réside dans le strict respect des précautions universelles. C'est toujours le non-respect de ces précautions qui crée un risque de transmission nosocomiale.

### **Elisabeth BOUVET**

Par ailleurs, on peut évidemment s'étonner que les données de prévalence en population générale ne soient pas plus récentes (2004).

### **Christine LARSEN**

Nous devons effectivement actualiser les données de prévalence en population générale, en vertu d'une priorité énoncée par la Direction générale de la santé et inscrite au programme de l'InVS. Nous sommes confrontés, comme vous le savez, à des difficultés budgétaires et des choix seront indispensables au sein de l'Institut. Ces arbitrages sont en cours au niveau de la Direction générale. Il faut également rappeler que les données de prévalence en population spécifique sont plus récentes comme, par exemple, celle estimée dans la population carcérale en 2010 (enquête Prévacar) et chez les usagers de drogues en 2011 (réédition de l'enquête ANRS-Coquelicot).



**Didier SAMUEL, hôpital Paul Brousse, Paris**

Il est tout de même difficile de baser des stratégies dont nous allons discuter toute la journée sur des données datant de 2004. Des croisements sont possibles, par exemple avec les données du PMSI.

**Christine LARSEN**

Si la première enquête de prévalence du VHC en population générale a eu lieu en 1994 et la deuxième en 2004 en incluant le VHB, des enquêtes ciblées sur certaines populations ont été réalisées depuis. Nous avons, par ailleurs, calculé la prévalence hospitalière des hépatites chroniques à partir du PMSI.

**Elisabeth BOUVET**

Par ailleurs, les TROD hépatiques ne sont pas pris en charge pour l'instant. On peut donc se demander dans quel cadre ces tests rapides pourraient être prescrits par les médecins généralistes.

**Xavier AKNINE**

Les TROD constituent de nouveaux outils de dépistage très intéressants pour les médecins généralistes. Ils leur permettront d'actualiser le statut sérologique VHC et VIH de patients usagers de drogues suivis au cabinet, dont le capital veineux est altéré. Ils seront utiles aussi en 1ère intention pour les patients tout-venant.

**Françoise ROUDOT-THORAVAL**

La discussion relative au financement a eu lieu au sein de la HAS. C'est la mise en œuvre de mécanismes spécifiques de financement qui est envisagée plutôt qu'un financement par la Sécurité sociale.

**Stéphane RENAERT, Président de SOS Hépatites Guadeloupe**

Des données de prévalence ont été établies en Guadeloupe. En ce qui concerne le VHB, cette prévalence atteint 1,7 % de la population, selon une étude conduite auprès de 2 500 personnes. Ce taux serait de 0,7 % pour le VHC, soit 7 000 à 10 000 personnes en Guadeloupe.

**Christine LARSEN**

Il est prévu d'effectuer des estimations de prévalence, en population générale, des hépatites B et C avec la collaboration des ARS et des cellules interrégionales épidémiologiques (qui dépendent de l'InVS) dans les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte).

**Patrick FAVREL, SOS Hépatites**

Je m'attendais à des recommandations un peu plus consistantes en ce qui concerne le dépistage. On sait très bien que le dépistage des hépatites a été « mal ciblé », puisqu'il a été reconnu comme tel. Il existe de nombreuses hépatites dont on ne connaît pas la cause de contamination, ce qui incite à utiliser les TROD auprès de populations qui ne se limitent pas aux populations considérées comme à risque.

**Yazdan YAZDANPANAHI**

Il faut continuer de dépister régulièrement les populations à risque, car de nouvelles infections peuvent se faire jour. Cette stratégie n'est évidemment pas suffisante et nous nous sommes efforcés de tenir compte des données épidémiologiques pour identifier les populations qui ne connaissent pas leur statut vis-à-vis du VHB et du VHC. Le dépistage générationnel n'apparaît pas comme une stratégie adéquate pour la France, même s'il faut sortir du dépistage ciblé. Pour le VHC, plus de trois quarts des femmes non dépistées ont plus de 70 ans. Par ailleurs, 80 % des porteurs du VHB et ne connaissant pas leur statut sont des hommes. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé un dépistage des infections virales chroniques (hépatite B, hépatite C et VIH) dans la population des hommes de 20 à 60 ans.

### **Franck BARBIER, AIDES**

Lors du colloque singulier avec le médecin, mentionner les « infections virales chroniques » évoquera peu de chose au patient. Il faut y inclure les autres IST (infections sexuellement transmissibles) car ce dépistage implique toute la vie de la personne.

### **Yazdan YAZDANPANA**

Je suis d'accord avec le constat que vous dressez concernant la nécessité d'aborder l'ensemble de la sexualité avec le médecin. Nous avons cependant voulu préconiser un type de dépistage qui soit « faisable » et nous avons tenu compte de ce que nous ont dit les médecins généralistes.

### **Xavier AKNINE**

En médecine générale, la fatigue est un motif de consultation fréquent, qui se traduit souvent par la prescription d'un bilan sanguin. Une sérologie des 3 virus VHB, VHC et VIH peut trouver sa place dans ce bilan initial.

### **Dominique SALMON, hôpital Cochin**

Au-delà des études de prévalence, ne faut-il pas réaliser davantage d'études d'incidence ? Je me demande notamment pourquoi une hépatite C aiguë ne doit pas être obligatoirement déclarée. La France fait partie des rares pays dans lesquels cette déclaration n'est pas obligatoire.

### **Christine LARSEN**

Les hépatites B et C aiguës sont souvent asymptomatiques. Celles qui nous sont déclarées (les hépatites B aiguës) sont symptomatiques et ne représentent qu'une petite partie de l'iceberg. Nous avons beaucoup de mal à estimer la représentativité de ce qui nous est déclaré. La question de la déclaration obligatoire des hépatites virales aiguës s'est posée dans les années 2000. Il avait alors été décidé que l'hépatite C aiguë ne ferait pas l'objet d'une déclaration obligatoire. Par ailleurs, le système européen de surveillance auquel vous faites référence (ECDC) n'est pas très performant en ce qui concerne les hépatites B et C et force est de constater qu'il est difficile de distinguer, dans les données collectées au niveau européen, les hépatites aiguës et les hépatites chroniques.

### **Yazdan YAZDANPANA**

Un certain nombre de généralistes parisiens disent qu'ils sont confrontés à un nombre beaucoup plus élevé d'hépatites C aiguës qu'on ne l'imagine généralement.

### **Michel BONJOUR**

La circulaire de la DGS du 21 janvier 2014 sur les conditions d'immunisation pour l'accès aux professions de santé soulève un certain nombre de questions. Différents cas sont envisagés, par exemple celui des stages professionnels. Qu'en est-il des personnes ayant une hépatite B inactive qui voudraient s'engager dans des études pour devenir infirmières, par exemple ?

### **Odile LAUNAY**

Il existe désormais une obligation d'immunisation et non une obligation de vaccination. Les personnes porteuses d'une hépatite B chronique n'ont pas accès aux études de santé en l'état actuel des choses, compte tenu du risque de transmission que présente leur statut. En dehors de la situation particulière des professionnels de santé, il est aussi important de rappeler que la vaccination des adolescents et des groupes les plus exposés doit être facilitée ; la gratuité de cette vaccination en serait un moyen.

### **Françoise ROUDOT-THORAVAL**

Les sujets considérés comme ayant une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B (ce qui est exceptionnel) ne peuvent avoir accès aux études de santé.

### **Jean-François DELFRAISSY**

Il faut rappeler que les personnes chez qui l'hépatite C a été éradiquée ne sont pas immunisées et peuvent de nouveau contracter le virus. Sur le plan de la recherche, le vaccin contre l'hépatite C va

sans doute devenir un axe prioritaire de nos efforts. Les grands laboratoires sont assez peu impliqués dans cet axe de recherche et nous travaillons plutôt avec quelques équipes issues des biotechnologies.

**Béatrice-Anne BARATCHART, ARS Aquitaine**

Le regroupement des virus des hépatites et du VIH sous l'appellation « affections virales chroniques » a une vertu heuristique. Je voudrais cependant témoigner du fait que, pour les décideurs de santé au niveau régional, la prise en compte des hépatites et des IST pâtit nettement de la baisse de priorisation du VIH.

## **Session 2 : Réduire les inégalités sociales et d'accès aux soins**

### **I. Synthèse des recommandations**

#### **Pierre CZERNICHOW (Université de Rouen)**

La question des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins apparaît dans un grand nombre de chapitres du rapport, ce qui montre que cette préoccupation a traversé l'ensemble des groupes d'experts. Affirmer que des écarts constituent des inégalités revient à juger que ces écarts sont évitables et qu'il est de notre devoir de les réduire.

Si l'on considère qu'il existe des groupes ou plutôt des situations à risque élevé, il paraît logique de proposer des mesures locales et orientées (usagers de drogues, migrants issus de zones à endémicité moyenne ou forte, personnes vivant avec le VIH, personnes placées sous main de justice...). Pour autant, on ne peut se contenter de telles mesures sectorielles et ciblées : le système de soins doit consentir un effort plus large pour améliorer la prise en charge des personnes, tant en termes de prévention que de soins avec des mesures générales qui prennent en compte le genre, l'âge et en recherchant chez les personnes des éléments de vulnérabilité.

En ce qui concerne les usagers de drogues, la recommandation 4.2 vise par exemple à « déployer sur le terrain les stratégies de réduction des risques » en améliorant la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des matériels d'injection et en diversifiant et développant les dispositifs de sécurisation des injections : il s'agit bien ici de privilégier la santé dans les politiques publiques. La recommandation suivante (4.3) vise à proposer une offre de soins globale et coordonnée dans un même lieu fréquenté par les usagers de drogues, illustrant ainsi un effort d'intégration des soins.

S'agissant des migrants (terme générique qui reflète mal la diversité des situations), de nombreuses propositions ont été formulées qui visent à prendre en compte le contexte culturel des personnes (en recourant par exemple à l'interprétariat professionnel) et à appliquer dans les faits le droit tel qu'il existe, en rendant par ailleurs les professionnels de santé plus aguerris pour traiter ces publics très divers qu'ils connaissent mal.

Enfin, si les inégalités sociales sont solubles dans la proximité, les inégalités entre régions impliquent une solidarité nationale. En outre, au niveau des ARS, les questions ayant trait aux hépatites sont « éclatées » entre différents schémas d'organisation (prévention, offre de soins, schéma médico-social) ce qui complique la mise en place d'une politique cohérente qui vise une même affection dans ces différentes dimensions.

### **II. Echanges**

*Avec la participation de :*

Jean-Michel DELILE (CEID, Bordeaux)

Véronique DORE (ANRS, Paris)

Moana GELU-SIMEON (CHU Pointe-à-Pitre, Guadeloupe)

Marianne L'HENAFF (ARCAT-TRT5-CHV, Paris)

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (Cermes 3 [Inserm U988/CNRS UMR8211/EHESS/université Paris Descartes] - InVS, Paris)

Pascal REVAULT (Comité pour la santé des exilés [Comede], Le Kremlin-Bicêtre)

Dominique SALMON (Hôpital Cochin, Paris).

#### **Marianne L'HENAFF**

Il est difficile de dissocier les questions de santé des autres aspects juridiques et sociaux. S'agissant des migrants "sans papiers", une fois les personnes soignées et l'infection guérie, il leur est

généralement demandé de quitter le territoire. Cela commence à se savoir et j'ai par exemple connaissance de deux personnes qui, bien que correspondant aux indications, n'ont pas voulu être soignées pour ne pas être renvoyées dans leur pays.

### **Pascal REVAULT**

Lorsqu'une infection au VHC est identifiée, traitée puis guérie, après un certain nombre de contrôles, on se situe hors de la loi telle qu'elle est prévue. Il existe effectivement des cas de rupture de la confidentialité. D'après nos informations, environ 25 % des préfetures ont connaissance du diagnostic en contradiction avec le secret médical et conduisant à rendre un avis allant contre celui de l'ARS, ce qui constitue une première interrogation assez grave.

La recommandation actuelle de la DGS à ce sujet est fondamentale. Seulement, on se rend compte qu'il se pose aussi la question des personnes venant de pays à revenus intermédiaires. La ministre a indiqué tout à l'heure, dans son message, qu'une attention soutenue serait accordée aux populations prioritaires. Mais ces situations de vulnérabilité ne doivent pas conduire à traiter en « deuxième ligne » un étranger malade sans papier et ayant des difficultés d'hébergement, par exemple.

### **Olivier SEGERAL, médecin au Kremlin-Bicêtre et à la maison d'arrêt de Fresnes**

Le rapport prévoit de proposer une prise en charge thérapeutique systématique aux personnes malades. Faut-il en déduire que les personnes détenues doivent toutes être traitées quel que soit le stade de leur fibrose ?

### **Dominique SALMON**

L'esprit de la recommandation visait en effet à « profiter » de l'incarcération pour mettre en place le traitement.

### **Pascal MAROSELLI, ARS de Corse**

S'agissant de la politique de réduction des risques parmi les usagers de drogues, un travail a-t-il été engagé avec le ministère de l'intérieur ?

### **Jean-Michel DELILE**

Cela n'a pas été le cas. Le cadre proposé pour ces recommandations visait à formuler des propositions dans une logique de prévention et de santé publique. Cette recommandation, qui s'appuie sur des orientations internationales, propose de donner la priorité aux actions de prévention et de santé publique par rapport aux autres orientations (notamment le respect de la loi).

### **Marie JAUFFRET-ROUSTIDE**

Les études internationales montrent qu'une politique répressive, vis-à-vis des usagers de drogues, augmente la stigmatisation des usagers de drogues et le risque de transmission du VHC. A titre d'exemple, l'injection dans l'espace public à laquelle sont réduits les usagers les plus précaires expose tout particulièrement au risque de transmission du VHC car par crainte d'être repérés par les forces de police, les usagers réalisent leurs injections dans la précipitation, sans pouvoir mettre en œuvre les mesures de réduction des risques.

### **Alain VOLNY, Actions Traitements**

J'ai eu l'impression, en vous écoutant, que vous étiez en train de redéfinir des fiches de poste de médiateur en santé publique, dispositif qui a fait ses preuves dans le domaine du VIH avant de faire les frais d'une diminution du budget des ARS. Ne faudrait-il pas lui redonner une actualité aujourd'hui ?

### **Pascal REVAULT**

Le rapport formule des recommandations très précises sur la médiation en santé publique, au-delà de l'interprétariat : il s'agit aussi de transformer la relation soignant-soigné et de susciter la participation des usagers aux décisions thérapeutiques et plus largement aux décisions de santé publique, conformément au principe de « démocratie sanitaire » qui existe aujourd'hui.

### **Marie-Dominique PAUTI, Médecins du monde**

On peut s'inquiéter du risque de sélection des patients susceptibles d'être traités compte tenu du coût très élevé des traitements. Ne faudrait-il pas solliciter l'avis du Conseil national d'éthique et du Conseil national du Sida afin de garantir un accès aux soins pour tous ?

### **Pierre CZERNICHOW**

Je suis d'accord avec ce commentaire. Nous devrions aborder cette question dans le contexte du dispositif de « service public territorial de santé » proposé en France, dans le cadre du rapport de Mme Devictor<sup>1</sup>. Il est notamment proposé de faire une place dans ce dispositif aux intervenants sociaux, qui y ont leur place à côté des professionnels de santé. Il faut aussi que les économistes nous aident à relativiser le coût du traitement en tenant compte des conséquences de la maladie dans la durée et pas seulement à court terme.

### **Pascal REVAULT**

Revenons aux acquis de la lutte contre le VIH. Françoise Héritier, alors Présidente du comité national d'éthique, avait considéré que le mode de décision le moins injuste (même s'il est aussi le plus injuste) serait le tirage au sort des bénéficiaires du traitement. Devant la mobilisation des professionnels de santé et des associations de lutte contre le sida en première ligne, qui ont jugé ce principe insupportable, une négociation s'est engagée entre l'Etat français et les laboratoires pharmaceutiques, obligeant ces derniers à réduire leurs exigences. Nous devrions nous en souvenir.

### **Jean-Michel DELILE**

Un autre axe doit faciliter la mise à disposition des matériels de prévention. Signalons par exemple que les matériels stériles peuvent aujourd'hui être envoyés par la Poste et apporter une solution aux malades habitant dans des territoires ruraux, éloignés des structures de soins et où le risque de la visibilité sociale est élevé, ce qui permet de lutter contre les inégalités territoriales. Les kits « crack », dont nous demandons la validation, ont par ailleurs été validés en janvier dernier.

### **Pascal REVAULT**

Il faut souligner que nous n'avons pas voulu reprendre la notion de « populations à risque » : nous avons préféré recommander le dépistage des situations de vulnérabilité au niveau clinique.

### **Hélène DELAQUAIZE**

Je travaille à l'hôpital Marmottan et au sein de SOS Hépatites. Le prix unitaire du kit de base est de 3 euros, ce qui représente un budget important pour un CSAPA ou un CAARUD. Or il est certainement possible de négocier avec le laboratoire un prix moins élevé.

### **Marie JAUFFRET-ROUSTIDE**

L'accès au traitement pour tous est important mais il renvoie aussi à l'enjeu de limitation des ré-infections, en particulier chez les usagers de drogues. Or les pratiques à risque chez eux ont été multipliées par deux, comme le montre l'évolution des chiffres des deux études Coquelicot (2004 et 2011). Il faut donc agir de façon résolue pour limiter ces risques, en agissant sur le contexte social des injections, par exemple en créant des salles de consommation médicalement supervisées.

### **Michelle SIZORN, SOS Hépatites Paris et Île-de-France**

Lorsqu'il obtient sa première carte de séjour, un migrant se voit réclamer la somme de 309 euros alors qu'il n'a généralement aucune ressource. Il ne lui reste qu'une possibilité : vendre son corps. C'est un véritable racket et les migrants ne savent plus comment faire.

---

<sup>1</sup> Rapport « LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTE (SPTS), LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé ». Mme B Devictor – La Documentation française. Mars 2014. –

Lien Internet : [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor\\_-\\_Service\\_public\\_territorial\\_de\\_sante2.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)

### **Moana GELU-SIMEON**

Je profite que le sujet des migrants soit abordé pour évoquer la situation dans les DROM (départements et régions d'Outre-mer). En effet, nous sommes malheureusement trop souvent assimilés à cette population, même si je suis volontairement provocatrice en disant cela. La situation dans les DROM est difficile à résumer car il est impossible de comparer ce qui se passe en Guadeloupe, à Mayotte ou à la Réunion. Cependant, nous avons tous la volonté d'aider à une meilleure connaissance des données de prévalence dans les DROM, en travaillant notamment avec l'InVS ou l'ANRS, comme nous l'avons déjà fait par le passé. De plus, nous ne sommes pas autonomes à tous les niveaux de prise en charge des patients atteints d'hépatite et j'insiste sur la nécessité d'un partenariat avec la métropole pour la prise en charge des patients originaires de nos régions, comme c'est déjà le cas pour la transplantation hépatique par exemple. Une meilleure connaissance de la situation dans les DROM est nécessaire à la prise en charge des patients originaires de ces régions.

### **De la salle**

Je suis médecin généraliste en Alsace. Il me semble utile que les ARS financent davantage de microstructures au plan national. Ces structures permettent à des personnes en situation précaire d'être soignées, de recevoir une écoute psychologique et de bénéficier d'un soutien social. Les médecins peuvent aussi y être formés aux TROD et sensibilisés aux bienfaits de la vaccination contre l'hépatite B.

### **Fabrice PILORGE, AIDES**

Un projet de loi de santé publique doit être présenté au Parlement fin 2014 ou début 2015. Avez-vous réfléchi à ce qui, parmi les recommandations, implique un changement de la loi, afin de ne pas rater cette fenêtre d'opportunité ?

### **Jean-Michel DELILE**

L'ouverture de salles de consommation à moindre risque nécessite un véhicule législatif, suite à l'avis du Conseil d'Etat après qu'un projet de ce type ait été présenté à Paris.

### **Pascal REVAULT**

Le chapitre 18 du rapport préconise également la fusion de la CMU et de l'aide médicale d'Etat, qui ne pourrait être décidée que par la loi. Des recommandations visent par ailleurs à supprimer la pénalisation des clients des travailleurs du sexe, car les expériences d'autres pays (par exemple la Suède) montrent que cette pénalisation est contre-productive et n'empêche aucunement la transmission des hépatites ni du VIH.

### **Pascal MELIN, SOS Hépatites**

Nous ne voulons plus entendre parler de réinfection. Celle-ci ne doit pas être un motif de refus du traitement. Il faut également préciser la place du refus du dépistage. Il faut donc dire « oui » aux TROD mais ne pas les mettre en œuvre n'importe comment sous forme d'un dépistage « vétérinaire », à "l'abattage", qui ne tient pas compte du consentement des personnes concernées.

### **Marie JAUFFRET-ROUSTIDE**

Nous constatons un doublement du partage de la seringue chez les usagers de drogues ces dernières années. Il faut donc accompagner l'accès au traitement pour tous d'une politique publique permettant de garantir aux usagers de drogues des conditions sanitaires d'injection satisfaisantes afin de limiter les réinfections. Il doit s'agir d'une politique globale.

### **Dominique SALMON**

Il faudra aussi suivre les réinfections dans le milieu homosexuel masculin afin de mieux comprendre ce qui se passe et comment agir, en particulier par des études sociologiques. Le problème dépasse, d'ailleurs, les porteurs du VIH et du VHC.

## **De la salle**

Sans doute une grande part des personnes qui ne connaissent pas leur statut vis-à-vis des hépatites B et C ne connaissent-elles pas la maladie elle-même. Que préconise le rapport en termes de campagnes d'information (qu'elles soient ciblées ou grand public) ?

## **Pascal REVAULT**

Le rapport comporte des préconisations très précises à ce sujet. Il ne s'agit pas seulement de mettre en œuvre une simple campagne d'information : le chapitre 18 recommande ainsi d'établir un lien entre l'information et le traitement, les équipes de santé et le territoire. Par exemple, de petits journaux sont diffusés dans les associations qui travaillent auprès des migrants. Encore faut-il que les pratiques soient cohérentes avec les informations délivrées, ce qui n'est pas toujours le cas.

## **Dominique SALMON**

Nous pourrions aussi envisager d'organiser une journée de formation chez les jeunes à propos des hépatites.

## **Marie JAUFFRET-ROUSTIDE**

Nous mettons en évidence dans le chapitre 15 une mauvaise connaissance dans l'opinion des hépatites, qui ne font pas partie des préoccupations majeures des Français. Les femmes ont un niveau de connaissance plus élevé et, comme le montrent l'ensemble des études, elles sont plus soucieuses de leur santé de manière globale. Les populations très concernées par les hépatites comme les migrants ne perçoivent pas de risque particulier les concernant car ils associent ces infections à des conduites à risque ou aux excès dans les domaines des drogues ou de la sexualité. Le médecin peut donc être réticent à évoquer les modes de transmission des hépatites avec les populations migrantes par crainte de paraître discriminant vis-à-vis de cette population. Au-delà des campagnes de prévention généralistes, il serait donc utile de former les médecins de manière adéquate afin de les sensibiliser à la nécessité d'aborder ces questions avec leurs patients car les généralistes sont un acteur central de la prévention.

## **Moana GELU-SIMEON**

J'ai constaté que la meilleure information qui pouvait être faite était celle délivrée dans l'enceinte du cabinet médical. Nous avons conduit des campagnes d'information dans plusieurs territoires des DOM. Malheureusement, les personnes qui reçoivent cette information sont celles qui sont déjà sensibilisées au problème ou ne présentent aucun facteur de risque.

*La séance est suspendue pour le déjeuner de 13 heures 15 à 14 heures 30.*



# **Session 3 : Construire un parcours de santé cohérent pour tous les patients et optimiser la prise en charge à l'aune des avancées thérapeutiques**

## **I. Synthèse des recommandations**

### **Georges-Philippe PAGEAUX (Hôpital Saint-Eloi, Montpellier)**

Pour offrir à plus de patients un parcours de soins cohérent, un effort doit d'abord être fait au niveau du dépistage. Il faut rappeler que la fibrose constitue un facteur pronostique majeur de l'évolution des hépatites. Le rapport rappelle les limites et inconvénients de la biopsie hépatique, qui est un faux « *gold standard* ». Il préconise de s'orienter vers une interprétation des tests non invasifs par des médecins experts et d'obtenir de la HAS une actualisation sur l'utilisation de ces tests non invasifs, pour l'hépatite B comme l'hépatite C.

Sur le plan de la prise en charge, il faut mettre en place, dès le diagnostic de l'infection par le VHB ou le VHC, une prise en charge multidisciplinaire qui tienne compte de la maladie hépatique, des co-morbidités, de l'environnement familial et des conditions socio-économiques. La littérature est considérable sur le thème des co-morbidités, montrant par exemple que les patients diabétiques ont davantage de risque de développer une hépatite C que les autres. La cirrhose est multifactorielle, résultant des effets synergiques de la combinaison de facteurs de risque, à commencer par l'alcool et le syndrome métabolique. Il faut donc rechercher systématiquement une consommation excessive d'alcool, un syndrome métabolique, un trouble psychiatrique ou un problème d'addiction. Le rapport préconise aussi d'élargir le parcours de santé pour faire une place à des interventions brèves sur l'alcool, à des consultations d'addictologie, à la psychiatrie, la diabétologie, la cardiologie ou la diététique.

Un troisième axe de recommandation vise à impliquer les patients, à travers l'éducation thérapeutique. Il faut aujourd'hui étendre les objectifs et le contenu des programmes d'éducation thérapeutique afin d'intervenir dès le diagnostic et dès la prise en charge initiale des co-morbidités. Il faut veiller à l'accessibilité de ces programmes pour les patients aux conditions sociales précaires et intégrer les associations de patients en faisant évoluer le rôle des soignants non médecins.

Dans la mise en œuvre du traitement, nous sommes évidemment attendus quant à l'accompagnement des avancées et nous décevrons peut-être, car tel n'était pas l'objet unique du rapport. Le site de l'AFEF a déjà formulé des préconisations de prise en charge thérapeutique et va les actualiser dans les jours qui viennent. L'idée de « guérison universelle » devient un objectif atteignable, avec des effets secondaires très acceptables. Nous devons nous adapter tous les quatre à six mois car c'est aujourd'hui le rythme d'arrivée de nouvelles molécules. Comme l'a souligné Jean-François Delfraissy, nous devons faire évoluer le traitement de l'hépatite B pour aller vers le « *HBV cure* », c'est-à-dire la guérison, et non seulement la viro-suppression.

En ce qui concerne l'hépatite C, le rapport préconise de donner priorité aux patients qui ont une fibrose supérieure ou égale à F2. Nous jugeons souhaitable de promouvoir les essais thérapeutiques chez les patients difficiles à traiter. Des situations particulières ont été abordées dans le rapport : la co-infection avec le VIH, la transplantation hépatique et l'insuffisance rénale/transplantation rénale. La transplantation hépatique ne guérit pas l'infection et lorsqu'elle survient, la récurrence est constante et grave. Il existe une prophylaxie pour le VHB mais ce n'est pas le cas pour l'hépatite C. En situation de maladie néphrologique, on se heurte à la toxicité rénale des analogues anti-VHB et à la stricte contre-indication de l'interféron. Ces situations plaident notamment pour une évaluation des tests non invasifs de fibrose chez ces patients, pour une concertation pluridisciplinaire et pour l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des nouveaux agents anti-VHC directs.

Enfin, concernant la guérison, il faut former les médecins non spécialistes des maladies du foie à l'identification des patients atteints de cirrhose, par un dépistage échographique semestriel. Il paraît

également nécessaire de maintenir une surveillance chez les consommateurs excessifs ou les patients atteints d'un syndrome métabolique.

## **II. Echanges**

*Avec la participation de :*

Michel BONJOUR (Fédération SOS Hépatites, Paris)

Marc BOURLIÈRE (Hôpital St-Joseph, Marseille)

Nathalie BOYER (Cabinet médical, Nanterre)

Stéphane CHEVALIEZ (Hôpital Henri Mondor, Créteil)

Dominique LARREY (Hôpital Saint Eloi, Montpellier)

Victor de LEDINGHEN (CHU Bordeaux - AFEF)

Patrick MARCELLIN (Hôpital Beaujon - université Paris-Diderot - UMR 1149 Inserm, Clichy)

Denis OUZAN (Institut Arnaud Tzanck, Saint-Laurent-du Var)

### **Olivier SEGERAL, médecin au Kremlin-Bicêtre et à la maison d'arrêt de Fresnes**

Je sais que des études ont montré que les tests biologiques non invasifs de deuxième génération étaient plus performants que ceux de première génération. Ceci vaut-il aussi en cas d'utilisation combinée avec le FibroScan® ?

### **Victor de LEDINGHEN**

Les tests non invasifs sont à interpréter avec beaucoup de prudence. Au plan individuel, ils laissent passer beaucoup d'erreurs. Ils peuvent donc être utilisés pour des études, de façon collective mais ils sont moins performants pour un malade donné. Il n'est pas recommandé de combiner systématiquement un test sanguin et un test comme le FibroScan. En principe, ces tests ne doivent être utilisés qu'une fois par an chez des malades qui n'ont jamais été traités. Or il s'agit majoritairement, aujourd'hui, de malades qui ont déjà été traités.

### **Franck BARBIER, AIDES**

Il peut exister un écart entre les recommandations et l'accessibilité financière des traitements. Le coût collectif de ces traitements, dans les conditions préconisées (c'est-à-dire pour les patients ayant une fibrose supérieure ou égale à F2) approchera peut-être 10 milliards d'euros. L'Etat doit donc jouer son rôle de régulateur des prix pour que ces recommandations puissent effectivement être mises en œuvre. Il faut aussi que ces recommandations soient appliquées de façon homogène et non « à la tête du client », même si vous avez souligné qu'il ne s'agissait pas des « tables de la Loi ».

### **Marc BOURLIÈRE**

Pour la première fois se fait jour la possibilité de l'éradication de l'hépatite C, ce qui est nouveau. Quel que soit le coût du traitement de l'hépatite C, il va permettre de guérir les patients, ce qui est complètement différent de ce que l'on peut espérer aujourd'hui dans le cas du VIH et du VHB. Il est donc utile d'avoir des recommandations permettant de s'assurer que les patients sont traités avec équité.

### **Georges-Philippe PAGEAUX**

Il n'existe aucun élément permettant aujourd'hui de penser qu'il y aura un frein à l'accès aux traitements pour les patients vivant en France. La question du « juste prix » de la guérison constitue un autre sujet. Il est très difficile d'estimer ce « juste prix ». Nous devons faire preuve de pragmatisme.

### **Patrick MARCELLIN**

Il est logique que le traitement soit disponible pour le plus grand nombre possible de patients. D'un autre côté, il est vrai que la situation de certains patients est plus urgente que celle d'autres patients. Il faut donc traiter en priorité les patients ayant une fibrose de stade F3 ou F4, c'est-à-dire avec une cirrhose. Il faudra aussi avoir un peu de recul sur ces nouveaux traitements qui viennent d'arriver.

Nous sortons à peine des phases III des études. Nous savons en tout cas que les patients F0, F1 et F2 vont guérir dans la grande majorité des cas avec ces traitements.

### **Denis OUZAN**

Dans toutes les conférences de consensus antérieures, la motivation du patient était apparue comme un point important dans la décision de traiter. Tous les patients sont aujourd'hui informés de l'existence de nouveaux traitements permettant de les guérir. Nous voyons aujourd'hui sortir du bois des patients qui reviennent vers le corps médical après s'en être tenus éloignés pendant 10 ou 15 ans car ils avaient été traités sans être guéris ou avaient développé des effets secondaires trop importants pour justifier d'un nouveau traitement. Ces patients nous paraissent devoir relever des nouveaux traitements quelque soit leur stade de fibrose. Pour le score de fibrose F2 retenu aujourd'hui comme seuil dans l'indication du traitement, nous savons que c'est le stade le plus difficile à appréhender par tous les marqueurs indirects, ce qui doit être pris en considération.

### **Michel BONJOUR**

On pourrait avoir l'impression que nous aurons désormais moins besoin de l'éducation thérapeutique. Au contraire, nous allons enfin pouvoir nous en servir convenablement ! L'éducation thérapeutique doit permettre d'accompagner les malades dès l'annonce du diagnostic. Or il est vrai que de nombreux malades n'ont pas été suivis, faute d'une capacité à les accompagner de manière efficace. C'est là qu'un travail sera à faire pour rendre le patient acteur de sa santé et faire en sorte que lui et son entourage obtiennent la meilleure qualité de vie possible.

### **Nathalie BOYER**

Il faut aussi consentir davantage d'efforts pour doter de moyens les programmes d'éducation thérapeutique, qui sont pauvrement dotés (voire pas dotés du tout). Permettre à ces programmes d'être déployés hors des centres spécialisés serait également utile à l'efficacité de ces actions.

### **Georges-Philippe PAGEAUX**

Levons toute ambiguïté : il n'est pas question de supprimer l'éducation thérapeutique mais de la faire évoluer.

### **Dominique LARREY**

Une confusion est apparue à un moment donné entre l'éducation thérapeutique et l'observance du traitement. Il est clairement admis aujourd'hui que l'éducation thérapeutique doit être mise en œuvre avant le traitement, pendant le traitement et après le traitement. On a aussi entendu des doutes à propos de l'éducation thérapeutique eu égard à la durée des nouveaux traitements (12 semaines). Ceux qui tiennent un tel discours ne savent pas ce qu'est l'éducation thérapeutique et nous devons clarifier les messages à ce sujet. De nombreux médecins méconnaissent l'éducation thérapeutique et peinent à déléguer les tâches dans ce domaine, alors que de nombreux professionnels doivent y être impliqués.

### **Pascal MELIN, SOS Hépatites**

Mettez-vous quelques instants à la place du patient. Le degré de priorisation que vous préconisez est-il facile à entendre par les patients ? Je crains que cela ne soit extrêmement difficile à leur expliquer.

### **Marc BOURLIERE**

Nous disposons actuellement d'une catégorie de médicaments permettant d'obtenir un taux de guérison très élevé, avec une réponse qui n'est pas optimale pour tous les patients : dans certains cas, nous savons que nous aurons mieux dans un an, avec un traitement plus court et une qualité de vie améliorée. Des progrès considérables ont été réalisés mais nous sommes dans une période transitoire et les différentes avancées ne touchent pas toutes les catégories de malades de la même manière.

### **Jean-François DELFRAISSY**

Nous avons longtemps expliqué aux patients atteints par le VIH qu'il fallait prioriser l'ordre de traitement des patients. Le problème ne réside pas seulement dans le financement : il porte aussi sur la capacité du corps médical à prendre en charge les patients dans de bonnes conditions. Des priorités d'ordre organisationnel sont indispensables et cela ne remet pas en cause des réponses d'ordre individuel. Les associations doivent bien comprendre ce message, qui doit être partagé. Elles ont un rôle essentiel pour le porter vis-à-vis des patients eux-mêmes.

### **Michel BONJOUR**

Cela ne doit pas conduire à « brader » la prise en charge, bien au contraire. Il faut une prise en charge plus fine et plus précise, sans doute avec davantage de moyens.

### **Jean-François DELFRAISSY**

Nous n'aurons pas de moyens supplémentaires au niveau hospitalier pour la prise en charge des hépatites. Il faudra donc trouver une répartition des tâches différentes et peut-être d'autres spécialités pourront-elles vous aider. C'est sur la base de ces principes qu'il faut raisonner.

### **Fabrice PILORGE, AIDES**

Peut-être pouvons-nous faire mieux avec autant de moyens. Quelle sera la place des associations dans le dispositif optimal à bâtir ?

On voit bien, en tout cas, que vous dessinez un parcours de santé, de façon cohérente avec la stratégie nationale de santé, qui énonce de louables intentions sans toujours préciser de quelle façon elles peuvent se concrétiser.

### **Victor de LEDINGHEN**

Nous avons 180 recommandations. Il nous appartient de nous les approprier. La salle Laroque a rarement été aussi pleine et nous ne pouvons que nous en réjouir. Nous avons tous pour rôle de faire vivre ces recommandations puis de les faire évoluer. Il y aura un deuxième rapport mais nous devons montrer ce que nous aurons fait à la suite du premier rapport présenté aujourd'hui.

### **Véronique LOUSTAUD-RATTI, Fédération Hépatologie, CHU de Limoges**

Nous avons doublé le nombre de programmes d'éducation thérapeutique. C'est vital pour le patient. Or avec le débasage des pôles de référence « hépatite C » depuis deux ans, nous n'avons plus les moyens d'assurer correctement cette éducation thérapeutique fondamentale.

### **Denis OUZAN**

Il y a autant d'éducatrices thérapeutiques que de centres, tant cette matière est polymorphe. Elle est parfois très bien faite alors qu'elle repose sur une ou deux personnes seulement. Sa qualité dépend en général de l'expérience du centre dont le reflet est la file active de malades. L'éducation thérapeutique devrait être simplifiée par l'avènement de nouvelles molécules administrées toutes par voie orale avec peu de comprimés par jour, une durée de traitement courte et une très bonne tolérance. Les spécialistes du secteur libéral qui ont une expérience des traitements antérieurs sont en première ligne pour faire face à une demande croissante et assurer la prescription des nouveaux traitements qui apparaît comme beaucoup plus simple.

### **Michel BONJOUR**

Rappelons que les crédits alloués à l'éducation thérapeutique ne sont pas fléchés, ce qui explique qu'ils puissent être utilisés pour une autre destination. C'est un problème majeur que nous avons déjà soulevé.

### **Stéphanie DOMINGUEZ, hôpital Henri Mondor, Créteil**

*Quid* de la lettre de cadrage de la HAS sur l'utilisation des TROD et de leur remboursement ?

### **Stéphane CHEVALIEZ**

L'arrivée des TROD hépatite C dans l'arsenal du dépistage constitue une excellente nouvelle et nous pouvons saluer la HAS pour la position qu'elle a prise. Cependant, même s'ils disposent d'un marquage CE-IVD<sup>2</sup>, les TROD doivent faire l'objet d'évaluations et des résultats de performance des tests doivent être publiés dans la littérature. On peut s'attendre dans les mois ou les années à venir à l'afflux de TROD sur le marché français et leurs performances peuvent être très différentes d'un test à un autre.

L'étude que nous avons réalisée en partenariat avec la DGS, l'ANRS et des partenaires privés montre que parmi les trois tests étudiés, deux ont des performances tout à fait satisfaisantes, à partir du sang total prélevé au bout du doigt ou à partir de la salive. Malgré un marquage CE-IVD, le troisième test a donné des performances décevantes en particulier en ce qui concerne la sensibilité. Le buvard, avec le dépôt de gouttes de sang, constitue un nouvel outil supplémentaire qui en association avec les TROD s'avèrera utile dans le renforcement du dépistage auprès de certaines populations, *via* son acheminement à température ambiante par voie postale. Le buvard permet en effet la réalisation d'analyses sérologiques et moléculaires.

### **Jean-François DELFRAISSY**

Une part de l'éducation thérapeutique dans les groupes VIH « n'a pas suivi », car les choses évoluent très vite dans le domaine des hépatites. Nous incitons vivement, aujourd'hui, les infirmières des structures de jour ou des consultations VIH à ne pas rater le « deuxième train » de l'éducation thérapeutique. Cela représente un volume de patients non négligeable. Il faut que l'interaction entre les deux communautés puisse être optimisée, tant au niveau médical que sur le plan non médical.

### **Georges-Philippe PAGEAUX**

Lors du dernier congrès européen sur la prise en charge des hépatites B et C, il a été observé qu'il n'existait plus d'écart d'efficacité entre les personnes mono-infectées et les personnes poly-infectées. Ceci plaide d'autant plus pour une prise en charge commune.

### **Victor de LEDINGHEN**

J'ajoute qu'il faut prévoir un travail de formation du personnel des CSAPA et des UCSA. Pour l'heure, il existe un manque criant de personnel formé aux hépatites virales B et C. La formation doit aller jusqu'aux gardiens de prison, qui croient parfois que l'hépatite C peut se transmettre par la salive.

### **Frédéric CHAFFRAIX, coordonnateur, Service expert de lutte contre les hépatites virales (SELHVA), hôpitaux universitaires de Strasbourg**

La formation des professionnels de santé et médico-sociaux de la région relève de la mission des services experts (anciens « pôles de référence » dans l'hépatite C). Donnons-nous les moyens d'appliquer cette réglementation.

### **Patrick MARCELLIN**

Il existe en effet un paradoxe entre l'augmentation de notre efficacité dans la prise en charge de ces maladies et la fragilisation parallèle des réseaux, dont les moyens ont diminué.

### **Jean-François DELFRAISSY**

La majorité des réseaux ont fermé en raison d'un manque d'efficacité et non pour des raisons économiques. J'ai connu cette situation dans le VIH. Certains réseaux ont eu une pertinence à un moment donné puis la situation a changé. Nous pouvons par ailleurs progresser du point de vue de l'organisation des réseaux non hépatiques.

---

<sup>2</sup> CE-IVD : marquage CE pour les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

**Marianne L'HENAFF**

Il faut aussi remarquer que si le délai d'attente, avant un rendez-vous, dans les petits centres, dépend généralement du degré de l'urgence, les gros centres parisiens demandent parfois de renvoyer un formulaire et annoncent plusieurs mois d'attente, sans même interroger le patient quant à sa situation. Il y a manifestement des progrès à faire dans ces centres de grande taille pour tenir compte du degré d'urgence de la demande.

**Jean-François DELFRAISSY**

Je vous conseille de lire le magazine *Challenges* de cette semaine, qui décrit la nouvelle organisation des services d'urgences. Nous nous sommes plaints pendant des années de la situation chaotique de ces services. Une véritable réflexion a été menée sur le plan organisationnel, par exemple sur les délais, et introduit de réels changements, dans les groupes privés comme dans les groupes publics. Nous pourrions mener une réflexion organisationnelle de même nature pour les très gros centres en faisant prévaloir une vision globale. Je suis prêt à y consacrer quelques moyens. Nous pourrions certainement obtenir un financement du ministère s'il s'agit de préciser une réponse organisationnelle efficace dans les très gros centres en termes de « tri », au bon sens du terme.

**Claire WINTADO, médecin hospitalier, Paris**

Je regrette que les recommandations ne comprennent pas un chapitre spécifique aux patients atteints d'une cirrhose, tant en ce qui concerne les patients sous traitement qu'après celui-ci, une fois que les patients sont guéris : pendant combien de temps doivent-ils être surveillés, par exemple ?

**Georges-Philippe PAGEAUX**

Nous ne pouvons pas traiter aujourd'hui de l'intégralité du contenu des chapitres. Vous trouverez de nombreuses réponses dans le rapport sur les patients atteints de cirrhose, pour l'hépatite B comme pour l'hépatite C.

**Claire WINTADO, médecin hospitalier, Paris**

Je déplore aussi qu'aucun représentant de l'ARS ne soit présent à la table ronde, compte tenu de la disparition des moyens de l'éducation thérapeutique.

# **Discours de clôture**

**Françoise WEBER**  
**Directrice adjointe de la santé**

C'est un honneur pour moi de clore cette journée, très peu de temps après avoir pris mes fonctions. C'est l'occasion de remercier Jean-François Delfraissy (ANRS), Daniel Dhumeaux et l'AFEF pour l'énorme travail qu'ils ont réalisé. Il s'agit d'une étape marquante dans la lutte contre les hépatites en France. Ce travail de synthèse va guider l'action des pouvoirs publics et de l'ensemble des parties prenantes au cours des années qui viennent.

Cette journée a rassemblé plus de 300 participants et la DGS va consacrer toute son énergie à l'entretien de cette mobilisation, en particulier à travers le comité de suivi du rapport qui sera mis en place.

Je voudrais également réaffirmer notre volonté de travailler pour disposer de données épidémiologiques aussi actualisées que possible, en métropole et dans les DOM. L'InVS a fourni une première analyse, ce matin, des données régionales d'activité. Nous avons une volonté partagée dans ce domaine.

Nous allons par ailleurs poursuivre les réflexions autour du dépistage. Il va falloir travailler sur les TROD pour le VHB et le positionnement de la HAS va nous permettre d'aller de l'avant sur la question des financements, en tenant compte des résultats des expérimentations déjà conduites sur les TROD dans le domaine du VIH.

Nous souhaitons progresser dans la vaccination des personnes en situation de risque (personnes détenues, usagers de drogues, voyageurs vers des pays à forte endémicité). Nous souhaitons aussi faciliter le recours au traitement contre l'hépatite C.

Nous disposons avec ce rapport d'un ensemble de recommandations « socles ». Nous allons veiller à leur mise en œuvre dans les meilleurs délais, graduer les priorités et définir un calendrier opérationnel réaliste. Nous nous appuierons pour cela sur le comité de suivi que j'évoquais, dans lequel toutes les parties prenantes seront représentées. La lutte contre les hépatites virales trouvera par ailleurs toute sa place dans la stratégie nationale de santé.

Le ministère de la santé, vous le voyez, est pleinement engagé dans la lutte contre les hépatites virales.

L'action publique ne peut être efficace seule, elle doit s'appuyer sur la mobilisation de toutes les parties prenantes. Cette journée y a participé grandement et je ne peux conclure sans remercier une nouvelle fois l'ensemble des intervenants et des participants.

Merci à tous.