

Conférence nationale de santé

Avis du 28 juin 2007 relatif au « projet de plan national de lutte contre les hépatites 2007-2011 »

Aux termes des dispositions de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la Conférence nationale de santé « formule des avis et des propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre ».

C'est dans le cadre de ces attributions que le Directeur général de la santé demande à la Conférence nationale de santé, par lettre en date du 20 avril 2007, de lui donner son avis sur « les facteurs de succès et la recevabilité par les professionnels de santé, les malades et usagers du système de santé, les financeurs (assurance maladie et collectivités territoriales) des axes et objectifs du plan relatif à la lutte contre les hépatites pour les années 2007-2011. ».

Cette consultation a lieu alors que la liste des actions n'est pas encore arrêtée et que les priorités ne sont pas établies, à un stade où le projet de plan est encore susceptible d'évoluer.

C'est dans ces conditions que la Conférence nationale de santé a adopté, le 28 juin 2007, l'avis dont la teneur suit.

I. La méthodologie de l'avis

Dans des contraintes temporelles, la Conférence nationale de santé s'est appuyée sur une bibliographie étendue, le bilan du plan précédent réalisé notamment dans le cadre du Comité stratégique¹ mis en place pour son application et deux rapports spéciaux produits dans le cadre de ce comité stratégique. La Conférence nationale de santé a également procédé à une journée d'auditions le 15 mai 2007, rencontrant successivement les experts et les acteurs de la prise en charge sanitaire, les associations et les acteurs publics de prévention, puis les financeurs.

II. La lutte contre les hépatites B et C s'est organisée en France, avec un certain succès, dans le cadre de plans qui se sont succédés de 1999 à 2006

Les hépatites virales constituent un problème de santé publique en France. Ces maladies infectieuses transmissibles ont une évolution potentielle la plupart du temps silencieuse, vers des complications graves que sont la cirrhose et le cancer du foie. Près de 280 000 personnes sont infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B en France. Selon l'enquête de l'Institut national de veille sanitaire (InVS), 221 000 le sont par le virus de l'hépatite C. La proportion de personnes dépistées et traitées se montre encore insuffisante.

La persistance de la transmission reste également un enjeu. Sans omettre les victimes de la contamination par transfusion sanguine dans les années quatre-vingt dix, dont un certain nombre de détections n'ont pas eu lieu, l'usage de drogues a un rôle prédominant dans la dynamique² de l'épidémie à VHC. Les facteurs de risque n'ont pas vraiment évolué au cours du temps en ce qui concerne l'hépatite B. Ainsi 41 % de malades ont été infectés suite à des relations sexuelles, selon

¹ Arrêté du 8 avril 2003 portant création d'un comité stratégique du programme national hépatites virales.

² « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France », Etude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, in Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 33, 5 septembre 2006, InVS, France.

l'analyse³ des données de notification obligatoire des cas d'hépatites B aiguës mise en place par l'InVS.

La morbidité conduit 10 à 20 % des cas vers la cirrhose. En règle générale, cette maladie apparaît après 20 à 30 ans d'évolution. Toutefois, elle peut également se déclarer à l'issue de 10 ou 40 ans. Nous savons également, depuis l'étude menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) et l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (A.N.R.S.) l'an dernier, que 4 000 décès ont été directement attribuables aux hépatites B et C en 2001⁴.

Pour faire face à ce problème, nous disposons de moyens d'intervention de plus en plus performants. Au niveau thérapeutique, nous pouvons guérir désormais 50 % des hépatites C nouvellement traitées. Nous pouvons éradiquer, non pas le virus, mais au moins la multiplication virale de l'hépatite B dans 80 % des cas. Les thérapeutiques de substitution existent également, ainsi que des moyens de prévention et des outils de communication plus efficaces.

Face à ces défis, persistants, comme il l'a déjà été dit, la politique publique a reposé sur une série de plans stratégiques depuis 1999 et figure également dans les objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

A cet égard, il faut rappeler que le virus de l'hépatite C a été découvert en 1989 et le test de dépistage mis en vente dès 1990. Deux plans nationaux ont ensuite été mis en place : l'un spécifique à l'hépatite C entre 1999 et 2002, puis un second élargi à l'hépatite B entre 2002 et 2005.

Cette politique de prévention est aujourd'hui encadrée par les objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique. L'objectif 37 prévoit de réduire de 30 % la mortalité des hépatites chroniques, ainsi que la fréquence des infections chroniques. L'objectif 56 vise à diminuer le nombre de nouvelles contaminations par l'hépatite C chez les usagers de drogue.

Le second programme, mis en place entre 2002 et 2005, prévoyait cinq objectifs prioritaires :

- réduire la transmission virale dans tous les actes et pratiques à risque,
- dépister 75 % des personnes atteintes, ce qui reste toujours un objectif puisque, en 2004, le taux observé s'élevait à 57 %,
- renforcer le dispositif de soins, fondé essentiellement sur un réseau de 31 pôles de référence élargi à 270 services hospitaliers pouvant accueillir les malades,
- renforcer la recherche, un objectif qui peut être considéré comme atteint. Les missions nationales de l'Agence de recherche sur le sida ont été élargies en 1999 à l'hépatite C et en 2004 à l'hépatite B,
- améliorer les connaissances épidémiologiques, un objectif encore une fois atteint. En effet, une mission de l'Institut de veille sanitaire depuis 1999 a pris en charge la mise en place d'une surveillance en continu de l'hépatite C et l'analyse des déclarations obligatoires de l'hépatite B.

Le bilan de cette politique publique peut être appréhendé avec un bon niveau de certitude en étudiant la période 1994-2004, 1994 étant l'année de la première enquête de prévalence de l'InVS. Cette enquête avait à l'époque servi à donner les premières indications épidémiologiques, en vue du plan lancé en 1999. Il est difficile de séparer le bilan des plans de prévention de cette période précédente.

³ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 31/2005, 12 juillet 2005, InVS, France.

⁴ Etude réalisée par des équipes de l'INSERM ainsi que l'InVS en collaboration avec la Fédération nationale des pôles de référence sur les hépatites (F.P.R.H.), l'Association française pour l'étude du foie (A.F.E.F.) et la Société nationale française de gastroentérologie (S.N.F.G.E.), financée par l'A.N.R.S., et présentée au congrès de l'European Association for the Study of the Liver (E.A.S.L., Vienne, 26-30 avril 2006).

S'agissant de l'hépatite C, depuis 1994, nous avons pu constater une diminution de la séropositivité au sein d'une tranche d'âge, celle des 20-59 ans. Elle est passée à 0,71 % en 2004 alors qu'elle était de 1,05 % en 1994. Nous pouvons donc conclure à une diminution de l'incidence parmi les sujets les plus jeunes.

D'importantes disparités dans la population ont pu également être constatées, fait qui n'avait pas été objectivé jusqu'ici. En ce qui concerne l'hépatite C, l'Ile-de-France est la région la plus touchée, ainsi que la région Sud-Est. Par ailleurs, les personnes en situation de précarité et les migrants de pays à prévalence élevée sont également concernés de manière plus importante que les autres catégories de la population.

Le dépistage a plus que doublé durant la période d'étude, passant de 24 à 57 %. L'objectif de 75 % n'est donc pas atteint et la disparité dans les populations cibles est préoccupante. Certes les usagers de drogue sont bien dépistés, mais dans une moindre mesure que les transfusés. Par ailleurs, 28 % seulement des sujets ne présentant aucun de ces facteurs - donc infectés de façon nosocomiale, par un tatouage ou toute autre cause - ont été dépistés et connaissent leur infection.

Le problème majeur est l'absence de contrôle de l'épidémie parmi les usagers de drogue. Dès lors, la consommation de drogue devient le mode principal de transmission de cette maladie. Avant 1992, les transfusions de sang étaient plus largement en cause.

S'agissant de la prise en charge médicale, elle reste principalement hospitalière. Certains facteurs expliquent cette situation, notamment la nécessité d'examen complexes, difficiles à expliquer aux patients, et une primo-prescription obligatoirement hospitalière selon l'autorisation de mise sur le marché. De plus, la maladie est encore mal connue et les effets indésirables du traitement peuvent parfois être très lourds.

S'agissant de l'hépatite B, la prévalence du portage VHB s'élève à 0,65 %, un chiffre supérieur aux taux présentés dans les années 90, qui l'estimaient entre 0,2 et 0,4 %. Le dépistage est encore partiel et s'élève seulement à 45 %. La vaccination des nourrissons reste stable, autour de 30 %. Elle est en revanche toujours insuffisamment proposée aux personnes exposées⁵, ainsi qu'aux professionnels de santé, même si les données manquent sur ce point. Enfin, nous avons constaté une grave crise de confiance vis-à-vis de cette vaccination, non seulement auprès du grand public, mais aussi chez les professionnels de santé.

III. Malgré ces efforts, l'analyse de l'épidémiologie française fait apparaître la persistance d'enjeux de santé publique en matière de lutte contre les hépatites B et C, marqués par une forte préoccupation à l'égard des usagers de drogue

S'agissant de la séropositivité anticorps, c'est-à-dire des personnes dépistées, 367 000 personnes sont atteintes de l'hépatite C. 57 % sont informées de leur statut sérologique. D'après l'enquête⁶ InVS, 66,5 % des personnes présentant des anticorps sont infectées chroniquement, soit environ 220 000 personnes. Les femmes sont plus atteintes que les hommes. En effet, 1,73 % de femmes séropositives sont infectées contre 1 % des hommes (en analyse multivariée). La tranche d'âge la plus touchée est celle des 45-49 ans. Il existe une grande disparité géographique de la maladie : l'Ile-de-France est très nettement la région la plus touchée, le quart Nord-Ouest de la France l'étant beaucoup moins.

⁵ 42, 3 % seulement de la population est vacciné (Etudes et Résultats, DREES, n°573, mai 2007).

⁶ « Prévalence des hépatites B et C en France », enquête menée par l'InVS en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (C.N.A.M.T.S.) et le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (C.E.T.A.F.), Décembre 2006, InVS, France.

Surtout est apparu au cours de cette enquête un marqueur de risques, commun aux deux hépatites, en l'occurrence la situation de précarité, repérée par ailleurs dans une enquête⁷ sur les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Les facteurs associés à la séropositivité VHC sont principalement l'usage de drogues, par voie intraveineuse mais aussi pernasale, les transfusions avant 1992, les tatouages, ainsi que les pays de naissance où la prévalence est supérieure à 2 % (essentiellement pour l'hépatite C : le Moyen-Orient, l'Afrique subsaharienne, le sous-continent indien et l'Asie du Sud-Est).

Concernant l'hépatite B, nous connaissons immédiatement le portage du virus grâce aux enquêtes sérologiques. Il s'élève à 0,65 % de la population adulte en France métropolitaine, soit 280 000 personnes environ. Parmi elles, 45 % ont été dépistées et ont donc connaissance de leur infection. Les hommes sont cinq fois plus atteints que les femmes : 1,1 % contre 0,2 %. Comme pour l'hépatite C, la prévalence est au moins trois fois plus élevée chez les personnes en situation de précarité. La variation géographique s'avère radicalement différente, le quart Nord-Est étant le plus touché (1,12 %), et le quart Nord-Ouest l'étant le moins (0,2 %).

Parmi les facteurs associés, non pas à une infection récente, ni active, mais à une infection guérie – soit le facteur global de contact avec le virus – nous retrouvons essentiellement les comportements sexuels, mais aussi l'usage de drogues, un séjour en institution spécialisée supérieur à trois mois, un pays de naissance où la prévalence est supérieure à 2 %, en ce cas très nettement l'Afrique subsaharienne, ou un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat.

La transmission persiste et pose la question de l'incidence. Pour l'hépatite C, les études font apparaître depuis 2003 entre 2 700 et 4 400 nouveaux cas par an parmi les usagers de drogue. Pour l'hépatite B aiguë, après seulement une première année d'étude, apparaissent au moins 500 nouveaux cas, un chiffre probablement sous-estimé.

La mortalité pour ces hépatites existe. L'hépatite B peut provoquer des hépatites fulminantes, qui représentent 1 % des hépatites B aiguës et qui, en l'absence de transplantation hépatique, peuvent avoir une évolution fatale. Quant aux hépatites chroniques, l'I.N.S.E.R.M. a évalué en 2001 le nombre de décès qui leur étaient directement attribuables : 2 146 pour l'hépatite C, 1 327 pour l'hépatite B. Ces cas sont généralement dus à une cirrhose, avec ou sans cancer. Pour l'hépatite C, il existe une modélisation qui indique que ces décès sont encore en augmentation. Elle sera bientôt actualisée, et une modélisation pour l'hépatite B est prévue dans le plan.

L'étude de ces décès a prouvé que deux facteurs diminuent nettement l'espérance de vie des patients : la consommation excessive d'alcool et la co-infection avec le VIH. Cette diminution se chiffre environ à dix ans.

Nous estimons en France que le nombre d'usagers de drogues s'élève à 170 000 personnes environ, dont la moitié sont des injecteurs. L'étude Coquelicot, menée dans cinq grandes villes françaises et dont les résultats ont été publiés en 2004, a permis une importante actualisation des données sur ces usagers, par voie intraveineuse ou pernasale. Parmi cette population, 60 % sont séropositifs au VHC, donc porteurs d'anticorps. Chez les jeunes de moins de 30 ans, ce taux est déjà très important, puisqu'il s'élève à 28 %. Les hommes représentent 74 % des personnes infectées et l'âge moyen est de 35 ans. Il est probable que la contamination intervienne rapidement après l'usage, un facteur qu'il faudra prendre en compte en termes de prévention. Notez, par ailleurs, que 10 % de ces personnes contaminées ont une co-infection VHC-VIH.

⁷ « Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine 2003-2004 », analyse descriptive, janvier 2005, InVS, France.

La proportion de sujets dépistés parmi les usagers de drogue s'élève à 91 %, un chiffre très important. Près d'un tiers d'entre eux cependant méconnaissent leur séropositivité et se croient indemnes. Surtout, de nombreuses pratiques à risque persistent, parmi lesquelles le partage de seringues, de petit matériel, de pipes à crack, de pailles à snif... Les risques sont encore sous-estimés. 71 % d'entre eux étaient sous traitement de substitution. Il est désormais attendu une analyse plus sociologique de cette enquête.

IV. C'est dans ce contexte qu'a été préparé un projet de plan national de lutte contre les hépatites pour la période 2007-2011

Ce projet est fondé sur l'ensemble des travaux du Comité stratégique⁸, dont la soixantaine de membres se réunit deux fois par an depuis 2004. Il a fourni deux rapports, complets et détaillés, l'un en 2005, l'autre en novembre 2006, ce dernier étant justement axé sur une proposition de programme. Six groupes de travail ont également contribué au rapport de juillet, puis deux rapports spéciaux ont été rédigés. L'un sur la prise en charge⁹ (février 2007), l'autre sur le dépistage¹⁰ (avril 2007). Enfin, les réflexions des différents services du ministère ont également alimenté ce projet.

Ont pour l'instant été retenus six axes stratégiques, une dizaine d'objectifs et une cinquantaine d'actions.

PREMIER AXE STRATÉGIQUE : LE RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Cet axe est très important, puisque la transmission persiste. Trois objectifs fondamentaux ont été retenus : le renforcement de l'information sur les risques d'hépatite C chez les usagers de drogue et sur les moyens de réduction des risques, le développement de la substitution par la méthadone et l'augmentation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Deux de ces grands objectifs concernent donc la population des usagers de drogues, qui demeure la plus concernée.

Dans le premier objectif, a été retenue essentiellement l'action de message, individuel et collectif, sur les risques encourus, car ceux-ci sont encore mal identifiés par les usagers de drogue. Cette information doit aussi mener à une éducation à la santé, à la fois par leurs pairs et les professionnels avec qui ils sont en contact, de manière à réduire les pratiques à risque (injection, réutilisation des seringues...). Cet objectif vise à informer au moins 60 % des usagers de drogue sur les risques d'hépatite d'ici 2008 à 2010. Ces messages pourraient être préparés en lien avec l'I.N.P.E.S., la M.I.L.D.T. (mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) et les associations. En ce qui concerne l'éducation à la santé des injecteurs, ce sont les résultats de l'enquête Coquelicot qui serviront de référence, afin de réduire de 30 % la fréquence des pratiques à risque.

La substitution par la méthadone doit naturellement s'articuler avec le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011. L'objectif est d'augmenter de 35 000 le nombre d'usagers de drogue substitués en quatre ans.

Pour augmenter la couverture vaccinale, il apparaît quatre cibles prioritaires en fonction des populations : personnes exposées aux risques sexuels, usagers de drogue, professionnels de santé, ainsi que les femmes enceintes et les nouveau-nés issus de mères infectées par le VHB.

⁸ Voir note 1.

⁹ Rapport du groupe de travail présidé par le Professeur Michel Doffoel sur « L'amélioration de la prise en charge coordonnée Ville-Hôpital de l'hépatite chronique C », 28 février 2007.

¹⁰ Rapport du groupe de travail présidé par la Docteure Françoise Roudot-Thoraval sur « L'amélioration du dépistage des hépatites B et C », 10 avril 2007.

Ces actions s'insèrent, pour les usagers de drogue, dans l'ensemble du dispositif qui leur est déjà destiné. L'action en direction des médecins du travail passera au préalable par la réalisation d'un audit, pour évaluer le niveau de couverture des professionnels de santé concernés par l'obligation ou la recommandation vaccinale. La sérovaccination des nouveaux nés sera détaillée ultérieurement dans l'évaluation. Simplement, l'objectif sera de prévenir l'infection par le VHB par la mère chez 95 % des nouveau-nés. En effet, la chronicité de l'hépatite B n'est pas chez le nourrisson de 5 à 10 %, comme chez l'adulte, mais d'au moins 90 %.

DEUXIÈME AXE STRATÉGIQUE : LE RENFORCEMENT DU DÉPISTAGE.

Ce sont les objectifs quantifiés dans les propositions du Comité stratégique qui servent de référence : soit passer de 57 à 75 % pour l'hépatite C et de 45 à 65 % pour l'hépatite B. Les délais ont été repoussés à 2010. Par ailleurs, l'essentiel des propositions¹¹ du groupe de travail présidé par la Docteure Françoise Roudot-Thoraval, sur « L'amélioration du dépistage des hépatites B et C », va être repris.

Le premier objectif sera de valider les algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique proposés. Pour ce faire, il est indispensable de saisir la Haute autorité de santé (H.A.S.) en espérant que cette question pourra être traitée en 2008.

Il faut ensuite chercher à créer les conditions d'un recours accru au dépistage, par de nombreuses actions d'information et de formation à destination de tous les publics. Ainsi une campagne d'information dans la presse va être initiée, non pas sur les facteurs de risque de ces hépatites, mais plutôt sur l'utilité du dépistage et l'efficacité des traitements actuels. Il s'agit d'inciter le public à s'informer auprès du médecin pour savoir s'il est concerné. Cela suppose aussi un rappel aux professionnels de santé sur les facteurs de risque, une instruction des établissements de santé par le biais de circulaires ainsi qu'une amélioration de la perception du risque par la diffusion d'affiches et de dépliants dans les lieux de consultation.

Il est envisagé de distribuer un questionnaire lors des consultations d'anesthésie, mais nous devons, au préalable, nous accorder avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (S.F.A.R.). Des actions seront menées également dans l'ensemble des lieux fréquentés par les usagers de drogue. Une information sera enfin mise en place dans les lieux d'accueil et de passage des populations d'origine étrangère.

Le dernier objectif sera l'expérimentation de modalités nouvelles de dépistage pour les usagers de drogue, adaptées à leur mode de vie. Le groupe a ainsi proposé de mener une expérimentation dans plusieurs départements, avec des dépistages hors les murs, avec des horaires particuliers, ou des auto-prélèvements médicalement accompagnés.

Il est également recherché d'articuler les actions avec les programmes régionaux d'insertion des populations immigrées (P.R.I.P.I.) pour établir des liens entre les programmes régionaux de santé publique (P.R.S.P.) et les P.R.I.P.I. La thématique « Hépatites » a déjà été intégrée en 2007 dans les programmes régionaux en faveur des personnes en situation de précarité (P.R.A.P.S.).

TROISIÈME AXE STRATÉGIQUE : L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS, DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES D'HÉPATITE CHRONIQUE

La question de la prise en charge doit être articulée avec les actions de dépistage, soit par l'orientation vers une prise en charge adaptée si le test de recherche du virus est positif (prévention

¹¹ Voir note 9.

secondaire), soit par le biais de diffusion d'information, pour ne pas être infecté en cas contraire (prévention primaire).

Pour cette amélioration de l'accès et de la qualité des soins, ainsi que de la qualité de vie des personnes infectées, une mise en relation avec le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008, avec le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et avec le Plan (très récent) pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, est prévue.

L'objectif global vise à mieux définir le parcours de soins entre le mode libéral et le secteur hospitalier à l'horizon 2010. Les établissements de santé pourront ainsi mieux faire face aux cas graves, ou nécessitant des soins spécialisés, qui se présentent à eux. Ceci implique une mobilisation et une coordination avec les professionnels de santé exerçant en secteur libéral dont les médecins généralistes et les spécialistes.

Dans ce grand axe stratégique, il est prévu quatre objectifs opérationnels, dont en premier lieu la question de la formation. Celle-ci devra prendre plusieurs aspects : formation des professionnels sur l'hépatite, formation initiale des médecins, formation médicale continue, formation des hépatologues dans le domaine de l'addictologie, formation sur l'éducation thérapeutique.

Les hépatites B et C seront ainsi inscrites dans les formations initiales et continues. Il est prévu d'organiser une formation spécifique sur les méthodes non invasives de diagnostic de la fibrose et sur les schémas thérapeutiques. Il s'agit d'une formation professionnelle continue impliquant notamment les unions régionales des médecins libéraux et les sociétés savantes. Le contenu des formations sera guidé par les recommandations de la H.A.S. sur les indications des méthodes non invasives et le guide du médecin pour la prise en charge de l'hépatite chronique C afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Une aide méthodologique pourrait aussi être prévue pour la préparation des dossiers de subvention par l'enveloppe dite « D.R.D.R. » (dotation régionale de développement des réseaux) par les responsables de réseaux, comme le prévoit la circulaire¹² parue à ce sujet en 2007.

Ensuite, il est prévu d'améliorer la coordination entre les différents acteurs, médicaux, du champ social ou spécialisé, notamment les psychiatres, puisque cette pathologie est souvent associée à des difficultés psychologiques ou psychiatriques. Il faut donc articuler cette prise en charge globale afin de fournir au patient une meilleure qualité de vie au cours de sa maladie et aux cours de ses soins. C'est un objectif plus difficile à atteindre, en raison des difficultés à concrétiser des modalités efficaces. Pour cela, le projet de plan suit les recommandations¹³ du groupe de travail présidé par le Professeur Michel Doffoel, à savoir l'actualisation et la diffusion d'un référentiel de bonnes pratiques, identifiant les acteurs, les actions à mettre en place et les modalités d'articulation. La H.A.S. a été saisie, afin que cet élément soit inscrit dans le programme de travail de 2008. Il faut souhaiter un suivi de l'adhésion et de l'application de ce référentiel par les professionnels.

Par ailleurs, le rôle des différents acteurs dans la prise en charge de l'hépatite C devra être précisé. En effet, la dernière circulaire conjointe de la D.H.O.S. (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) et de la D.G.S. (direction générale de la santé) relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C date du 21 mai 1999.

¹² Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des A.R.H. et des U.R.C.A.M.

¹³ Voir note 8.

Les experts ont également proposé la création de consultations pluridisciplinaires et cette proposition a été retenue, en particulier chez les usagers de drogue, avec une prise en charge plus globale et la prise en compte de l'hépatite, de l'addiction et des problèmes psychiatriques chez ces patients. Il est recommandé de même la mise en place de consultations hospitalières d'addictologie et de psychiatrie, prévue dans l'articulation avec le Plan « addictions ».

Le troisième objectif sera la promotion de l'éducation thérapeutique. Il est attendu un référentiel de la H.A.S. en cette matière, indispensable pour décliner des actions. Une réflexion est menée dans ce domaine pour le VIH. Toutefois, il s'agirait plutôt de proposer des consultations par des infirmier(e)s, particulièrement impliqué(e)s dans le traitement de l'hépatite C, ainsi qu'en secteur libéral pour le traitement à domicile.

Le dernier objectif prévoit le soutien de l'ensemble des actions hors soins, donc non financées par l'Assurance Maladie *stricto sensu*. Ces soutiens se concentreront sur les actions de coordinations assumées par les pôles de référence, les partenariats avec les associations d'usagers et de patients, ou associations de professionnels en matière d'interprétariat notamment.

Les structures labellisées « pôles de référence » peuvent bénéficier d'un financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (M.I.G.A.C.), pour le financement des seuls surcoûts liés à la labellisation « pôle de référence » et non financés par les tarifs de prestation. Devront être déduites des dépenses présentées, les recettes perçues au titre des groupes homogènes de séjours (G.H.S.), des actes externes et les éventuelles subventions. Une étude médico-économique du parcours de soins de l'hépatite C est actuellement en cours de réalisation. Ses résultats pourront enrichir ultérieurement l'analyse des caractéristiques et de l'activité de ces pôles. Par ailleurs, un groupe de travail devrait modéliser le dimensionnement des structures.

Pour les associations d'usagers et de patients, l'administration de la santé espère développer les actions en partenariat et le renforcement du maillage associatif, afin d'améliorer l'efficacité de ces actions. Le partenariat en termes d'interprétariat est déjà engagé avec au moins une association.

QUATRIÈME AXE STRATEGIQUE : DES MESURES COMPLÉMENTAIRES ADAPTÉES AU MILIEU CARCÉRAL

C'est un axe particulier, car les actions proposées ne se révèlent pas toujours faciles à décliner en milieu carcéral. Il est apparu nécessaire d'apporter à ce programme des mesures complémentaires et adaptées.

Il sera proposé systématiquement le dépistage des hépatites lors de la visite « entrants », mais aussi de le renouveler au cours du séjour en prison. Les personnes détenues devraient être inscrites dans la liste des recommandations vaccinales contre l'hépatite B, étant donné qu'elles sont sujettes à de nombreux facteurs de risques. Il sera demandé la remise d'un carnet de vaccination, plus confidentiel qu'un résultat d'examen. Le partenariat avec les associations qui interviennent en prison sera renforcé. Un groupe a d'ailleurs été créé à la Direction générale de la santé pour y travailler.

Par ailleurs, il sera réalisé une enquête de prévalence, dont le protocole est déjà quasiment écrit, sur les hépatites et le VIH, ainsi que sur les traitements de substitution, en milieu carcéral. Les premiers résultats de cette enquête sont attendus lors du premier semestre 2008. Sur la base de ses résultats, une circulaire sera publiée, commune au VIH et aux hépatites, qui précisera les mesures d'amélioration de la prise en charge thérapeutique en milieu carcéral.

CINQUIÈME AXE STRATEGIQUE : LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION

Dans le cas de l'hépatite C, une étude médico-économique du parcours de soins est ainsi en cours. Il est noté le besoin d'une évaluation de la primo-prescription des médicaments anti-viraux dans le traitement de l'hépatite C, incluant le ratio ville/hôpital. Cette évaluation serait confiée à l'Assurance maladie. De même, il serait mis en place une évaluation quantitative et qualitative des pratiques professionnelles, ainsi qu'une enquête de pratiques sur l'utilisation des tests non invasifs en ce qui concerne cette hépatite. Dans le cas des usagers de drogue, une évaluation des tests de dépistage à partir de prélèvements non veineux sera également menée.

A propos de l'hépatite B, le projet de plan a programmé de réaliser une évaluation de l'obligation de dépistage de l'antigène HBs chez la femme enceinte et de l'application de la recommandation de sérovaccination chez les nourrissons nés de mère infectée. Il est par ailleurs envisagé un audit de pratiques vaccinales, afin d'évaluer le niveau de couverture des professionnels de santé.

SIXIÈME AXE STRATEGIQUE : LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE ET L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES

La recherche est principalement gérée par l'A.N.R.S. Toutefois, est en cours une étude Kid-Sep, menée par l'I.N.S.E.R.M., qui évalue le lien entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue d'une pathologie démyélinisante, chez l'enfant, avec des résultats prévus en 2008. Par ailleurs, une étude « Méthaville » est menée par l'A.N.R.S., au sujet de la prescription de méthadone en ville.

Parmi les autres études menées, l'une porte sur l'intérêt en santé publique de la primo-prescription en ville du traitement anti-viral de l'hépatite C, puisque l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) ne le permet pas.

La recherche devrait également étudier le rôle de la dimension socioculturelle dans l'interrogatoire recherchant les facteurs de risque. De nombreux blocages semblent se produire à ce niveau.

Ensuite, il s'agira aussi d'évaluer les connaissances, les opinions et les pratiques d'usagers de drogues vis-à-vis des hépatites, qui se révèlent sous-estimées dans cette population.

Enfin, il faudra établir une modélisation de l'évolution de l'hépatite B dans les années à venir. Celle-ci étant déjà disponible pour l'hépatite C.

V. Les recommandations de la Conférence nationale de santé

C'est sur la présentation de ces grands équilibres prévisionnels du projet de plan stratégique 2007-2011 que se sont construites les auditions menées par la Conférence nationale de santé et qui fondent notamment ses recommandations.

La Conférence nationale de santé se félicite de la dynamique qui sous-tendait le plan 2003-2006, avec notamment la mise en place d'un comité stratégique qui a permis une animation continue et une évaluation rigoureuse de ce plan en même temps que l'approche objective des orientations proposées à l'arbitrage des pouvoirs publics pour le projet de plan 2007-2011.

Il appartiendra d'ailleurs à ces pouvoirs publics de décider si cette animation du plan stratégique 2007-2001 au travers d'un comité stratégique doit être prolongée ou si tirant la conséquence de l'installation successive du Haut Conseil de santé publique (H.C.S.P.) et de la Conférence nationale

de santé il n'y a pas lieu de revenir à une dynamique plus classique sous la forme d'un comité de pilotage ou d'un comité de suivi.

51. En matière de prévention, il y aurait lieu d'intégrer plus fortement que cela n'a été prévu les dimensions suivantes :

511. La place de la vaccination de l'hépatite B doit être réaffirmée

Malgré une lettre ministérielle¹⁴ du 11 juillet 2006 relevant notamment qu'en 2003-2004 plus de 60 % des nouveaux cas d'hépatite aiguë B auraient pu être évités par une vaccination, la couverture vaccinale des personnes les plus exposées aux risques reste lacunaire. Pourtant, c'était la première fois en France, depuis 1998, que le Ministre de la Santé lançait une invitation à vacciner en espérant recréer un climat de confiance, en adossant sa communication à des informations contenues dans des dépliants de l'I.N.P.E.S. Dès lors que les risques de la vaccination de l'hépatite B sont maintenant documentés¹⁵, sans préjudice des prérogatives du Haut Conseil de santé publique, la vaccination de l'hépatite B devrait, eu égard au faible écho de la lettre ministérielle précitée, en raison probablement des représentations mal fondées qu'ont les médecins et le public à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B, faire l'objet d'une communication institutionnelle concertée et vigoureuse afin de la recommander, *a minima* dans les termes de l'avis¹⁶ adopté par le Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (Section des maladies transmissibles) concernant la vaccination contre l'hépatite virale B.

512. La nécessaire clarté des messages de prévention

Les pouvoirs publics avaient arrêté une approche simple et robuste laissant à penser que si une personne a été dépistée une fois et qu'elle était négative et n'avait pas de facteur de risques, elle n'avait pas besoin d'être contrôlée régulièrement. C'est pourquoi seul l'utilisateur de drogue recevait une indication de répétition du dépistage.

Force est de constater que cette approche utile n'a cependant pas permis de prévenir « spécifiquement » des publics confrontés aux risques de contamination par les hépatites virales. Car, une des difficultés de la lutte contre les hépatites réside dans l'absence de clarté des messages clés et les conditions de leur réception, comme l'illustre le point précédent [511]. C'est un domaine encore en évolution, notamment au niveau de la thérapeutique. Ainsi, en va-t-il du point de savoir, par exemple, s'il faut encore surveiller une personne atteinte du VHC puis guérie. La complexité de ces messages, pour le public ou pour le médecin de soins primaires, rend donc la tâche plus difficile.

Dans ces conditions, un travail doit être réalisé par les experts professionnels et scientifiques pour exprimer plus clairement ces messages en fonction des cibles, notamment vers les populations les plus précaires spécialement exposées aux risques¹⁷. Ce travail est indispensable quant on se réfère à la grande confusion sur les modes de contamination des hépatites B et C, la façon de s'en prévenir, et la mauvaise connaissance des facteurs de risques, et notamment lors des voyages à l'étranger. Un tel travail devrait être accompli en lien étroit avec tous les acteurs issus des services ou des associations où ces publics précaires peuvent être atteints et qui auront à déployer ces messages vers

¹⁴ Diffusée par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) en septembre 2006 vers plus de 111 500 points de contacts, accompagné de « Repère VHB » et d'un dépliant sur le VHC.

¹⁵ Pour les adultes, sachant qu'une étude est en cours à propos des enfants.

¹⁶ Avis adopté en séance du 14 septembre 2004 par le Comité technique des vaccinations et en séance du 26 septembre 2004 par la Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

¹⁷ L'Institut national de veille sanitaire exprime un risque d'exposition trois fois supérieur pour ces groupes humains par rapport à la population générale.

eux. Une approche des messages les plus utiles en population générale, en ville comme en milieu rural, devrait aussi être recherchée.

Des actions de formation des personnels de santé et du champ social devront être engagées pour que la diffusion des informations les plus pertinentes soit garantie.

513. Le renforcement du dépistage

Dès lors qu'il est acquis que les usagers de drogue sont relativement bien dépistés, la proposition systématique du dépistage vers des populations confrontées plus que d'autres aux risques de transmission doit être retenue.

Parmi ces populations, figurent évidemment les détenus, mais également les personnes séjournant en établissement psychiatrique où les prévalences seraient à documenter pour confirmer une appréciation encore trop sensible de leur étiage. Ces dépistages devraient être proposés non seulement au début du séjour mais aussi pendant le séjour.

Plus spécifiquement, une action vigoureuse devrait être entreprise vis-à-vis des patients qui ont subi un acte invasif, une anesthésie générale avec des pratiques qui n'étaient pas optimales, une endoscopie ou de la radiologie interventionnelle. Un auto-questionnaire à la recherche d'une éventuelle contamination par le VHC, élaboré en concertation avec la S.F.A.R., disponible en salle d'attente d'anesthésie, devrait permettre de déclencher un réflexe de dépistage.

Pour les autres publics, une mobilisation importante de la médecine générale, en ville ou en milieu rural, et des centres de dépistage anonyme et gratuits des infections sexuellement transmissibles est très attendue. Elle devrait passer par l'intégration de la question de la prévention et de la prise en charge des hépatites dans la formation médicale continue. La mise à disposition dans les salles d'attente des médecins de ville d'un questionnaire d'auto-évaluation sur les risques en matière d'hépatites constituerait déjà un premier pas non négligeable pour leur meilleure détection. Plus spécialement, les enquêtes ayant montré que la consommation excessive d'alcool représentait un facteur de risque d'évolution grave, notamment en cas d'hémorragie digestive entraînant une transfusion, il faudrait proposer systématiquement un dépistage à ces personnes.

Cependant, la Conférence nationale de santé observe que contrairement au VIH/sida et à l'hépatite C, les sérologies de l'hépatite B ne sont pas prises en charge à 100 %, mais à 65 %, ce qui représente une vraie difficulté. Elle doit être portée à 100 %.

La Conférence nationale de santé croit opportun de rappeler à cet égard qu'elle s'est prononcée dans son avis du 22 mars 2007 contre l'application des franchises sur les actes de dépistage et de prévention.

514. Le renforcement de la prévention à l'adolescence

En effet, les hépatites virales sont insuffisamment évoquées au lycée, notamment l'hépatite C. Comme pour les autres infections sexuellement transmissibles un message de prévention devrait leur être transmis en raison des risques liés à l'activité sexuelle mais également en raison du recours au piercing, au tatouage et de l'injection de drogues. Ces items doivent donc être intégrés dans les actions de prévention des infections sexuellement transmissibles au lycée.

Par ailleurs, les formations initiale et continue de l'ensemble des enseignants et celle des animateurs et des éducateurs sportifs devraient comporter des formations sur la manière de mobiliser les communautés éducatives dans ces deux secteurs sur ce sujet.

S'inquiétant du caractère extrêmement partiel de la couverture des actions de sensibilisation et de l'information du public lycéen aux risques de transmission du VIH/sida et des IST (infection sexuellement transmissible), la Conférence nationale de santé préconise qu'un outil pédagogique de type « passeport santé à l'école » accompagne chaque élève tout au long de sa scolarité, faisant apparaître les modules de sensibilisation ou d'information dont il a été destinataire dans la vie scolaire de façon à en permettre la traçabilité. Un outil de ce type devrait nécessairement tenir compte du déficit de prévention en matière d'hépatites virales B et C en milieu scolaire. Il doit évidemment être évalué.

515. La mobilisation dans le milieu festif

Cette appellation recouvre à la fois le milieu des établissements, bars ou discothèques, soirées étudiantes, que les organisations spontanées ou planifiées de festivals de musique techno accueillant au fil de l'année ou de façon plus épisodique une frange considérable de la jeunesse. La confrontation aux risques de transmission des hépatites y est élevée.

Du côté des établissements, il est nécessaire de contractualiser des actions de prévention de la transmission des hépatites à l'instar de ce qui a pu être fait dans les établissements de rencontre de la communauté homosexuelle à l'égard de la transmission du VIH/sida.

Du côté des organisations spontanées ou planifiées de festivals de musique techno, un plus grand soutien, notamment en termes de formation, vers les mobilisations associatives, basées notamment sur la santé communautaire, est indispensable si l'on veut que la sensibilisation et l'information soit portée vers ces publics, à l'occasion de leurs rencontres mais également sur les sites de l'Internet dont ils sont très largement utilisateurs. L'accueil des structures associatives porteuses de mesures de prévention doit être facilité par les autorités préfectorales délivrant les autorisations pour certaines de ces manifestations.

C'est en conjuguant ces actions que nous aurons quelques chances d'agir sur l'incidence des hépatites virales dans ce public.

516. Le soutien des mobilisations de santé communautaire afin de favoriser l'éducation par les pairs indispensable pour les usagers de drogue confrontés aux risques de transmission du VHC et pour les malades atteints de pluri-pathologies associant le VHC

En effet, il ressort assez fortement des auditions conduites par la Conférence nationale de santé que si les salles d'injection « propre » peuvent avoir de l'intérêt en terme de dignité des personnes pratiquant l'injection autant que d'ordre public, c'est surtout la mobilisation des associations de santé communautaire par les pairs regroupés en leur sein qui pourraient promouvoir l'éducation à la réduction des risques de transmission de l'hépatite C vers les usagers de drogue, notamment l'injection « propre ». Il est notamment observé que la publication du référentiel¹⁸ de réduction des risques qui a accompagné la mise en place des centres¹⁹ d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (C.A.A.R.U.D.) permet largement que des innovations soient conduites en cette matière. Ces innovations pourraient être portées au sein de ces

¹⁸ Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique.

¹⁹ Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique

C.A.A.R.U.D. animés par les associations, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (C.S.S.T.) et les autres intervenant du champ médico-social dans le domaine de l'usage de drogue et des addictions, le cas échéant en partenariat entre eux.

Le soutien aux mobilisations de santé communautaire en milieu festif, comme cela a été dit précédemment [514] ou sur l'éducation à l'injection « propre », devrait se concrétiser dans des crédits d'intervention fléchés ainsi que dans les financements identifiés dans les groupements régionaux de santé publique (G.R.S.P.), dès lors que les travaux relatifs à la labellisation des associations de prévention²⁰ auront dégagé les principales références permettant l'affectation de ces ressources vers des actions garantissant leur ancrage dans des stratégies de santé communautaire.

Pour les malades atteints de pluri-pathologies associant le VHC, comme les malades atteints d'hémophilie, d'insuffisance rénale, ou du Vih/sida. Il est indispensable de renforcer le soutien aux actions menées par les associations de patients très impliquées dans ces domaines.

L'ensemble des acteurs décrits dans les lignes qui précèdent [513, 514, 515] doit être capable de parler des risques liés à l'injection d'autant qu'un guide a été publié sur ce sujet par le Centre régional d'information et de prévention sur le sida (C.R.I.P.S.) d'Ile-de-France, il y a déjà plusieurs années. La Conférence nationale de santé souligne aussi que l'exigence de rigueur méthodologique des projets d'intervention vers des publics confrontés aux risques ou de mobilisation de ces publics doit croître significativement dans la période d'application du prochain plan. Les suites données à la mesure 15 des Etats généraux de la prévention devraient le permettre d'autant que des ressources méthodologiques existent dans les C.R.I.P.S., les comités départementaux d'éducation à la santé (C.O.D.E.S.), les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (C.I.R.D.D.) ou dans certaines associations plus avancées que d'autres.

52. En matière de prise en charge, des efforts spécifiques et de coordination entre l'hôpital et la ville devraient être conduits.

521. Une meilleure articulation du dépistage avec la prise en charge

Les modalités de réalisation du dépistage quand il est anonyme ne permettent pas de référencer une personne vers une unité de prise en charge. Dans ces conditions, la proposition d'une levée optionnelle de l'anonymat, sous réserve de modifications légale, devrait être systématiquement effectuée de façon à pouvoir établir avec pertinence le lien avec une structure offrant la prise en charge, lorsque cette dernière n'est pas réalisée dans la structure ayant assuré le dépistage.

Lorsque le dépistage met en évidence l'absence d'immunité contre le virus de l'hépatite B, la Conférence nationale de santé recommande de manière sélective la vaccination dans un centre de dépistage des infections sexuellement transmissible ou dans un centre de vaccination.

Plus généralement, un dispositif du type « consultation d'annonce » comme cela a pu être mis en œuvre dans le cadre de la lutte contre le cancer pourrait permettre de mieux assurer le lien entre le dépistage et la prise en charge.

²⁰ Le rapport de la Commission d'orientation des Etats Généraux de la prévention, présidé par le Professeur Jean-François Toussaint, remis au ministre de la Santé et des Solidarités le 11 septembre 2006 comportait cinq orientations et quinze mesures. Cette dernière mesure (« Mesure 15 ») étant identifiée dans les termes suivants : « Faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention : mise en place d'une démarche qualité ; simplification des modalités de financement, de l'évaluation et du suivi des structures associatives ». La Direction générale de la santé a mandaté l'INPES pour dégager un référentiel sur la démarche qualité. Par ailleurs, la DGS a mis en place un « Comité national projet prévention » sur les autres aspects de la Mesure 15.

522. L'amélioration de la prise en charge

Elle est réelle et les malades pris globalement devraient en être mieux informés. C'est la principale difficulté, notamment pour la population des usagers de drogue. En effet, si 90 % d'entre eux sont dépistés, la question de leur prise en charge se pose encore.

De façon générale, toutes les possibilités n'ont pas été tirées de la proposition formulée dans le plan précédent qui préconisait un appui sur les équipes et les structures médico-sociales, précisément parce qu'elles réunissent, par définition, des acteurs du médical, du social et de la psychologie²¹. Elles sont responsables d'une prise en charge à long terme.

Cinq orientations devraient alors être retenues :

- l'éducation thérapeutique, dont un référentiel général est attendu de la Haute autorité de santé, et qui devrait être complété par un référentiel spécialement dédié à l'éducation thérapeutique en matière d'hépatites dans le sens où le soignant doit comprendre que cette éducation thérapeutique postule clairement sa propre formation au travers des propos tenus par le patient ;
- le renforcement de la structuration des équipes médico-sociales autour d'une approche plus médicalisée car bien souvent leurs responsables ne sont pas médecins et cela limite les possibilités de cadrage médical dans l'optimum défini par le plan précédent : réalisation de la prise en charge dans une unité de temps, de lieu et d'acteurs. En même temps, compte tenu de la très grande hétérogénéité des organisations dédiées à la prise en charge, il s'agirait plus vraisemblablement d'offrir une possibilité d'audit et de conseil à la recherche de solutions opérationnelles adaptées à chaque structure pour atteindre cet objectif de continuum médical dans la prise en charge. Les équipes garantissant la tenue de ce critère de qualité devraient être alors soutenues financièrement. Des conventions de coordination de la prise en charge entre les différents acteurs médico-sociaux, hospitaliers et de ville seraient bénéfiques. L'évaluation du dispositif des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (C.O.R.E.V.I.H.) pourrait permettre le cas échéant de s'appliquer également à la lutte contre les hépatites ;
- dès lors que 1/3 des personnes porteuses de l'hépatite C éprouve des difficultés psychologiques avant traitement, et qu'un autre 1/3 d'entre elles éprouve ces mêmes difficultés lors du traitement²², la place de l'évaluation psychiatrique des personnes avant traitement doit être renforcée, et s'imposer avant tout soutien psychologique en raison des nécessités de diagnostic et de prise en charge thérapeutique les plus pertinentes ;
- la prise en charge des sortants de prison reste trop incertaine alors que la continuité de l'approche thérapeutique devrait être établie avec plus de certitude entre l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A) et les acteurs de la prise en charge pour le sortant ; cette continuité doit être à tout prix sauvegardée lors des gardes à vue où des ruptures de soins sont trop souvent observées ;
- en tout état de cause, les propositions du rapport spécial²³ du comité stratégique sur « L'amélioration de la prise en charge coordonnée ville-hôpital de l'hépatite chronique C », élaboré en lien avec la H.A.S., doivent être transformées en référentiels de bonnes pratiques pour garantir aux personnes vivant avec une hépatite C une prise en charge de qualité sur la base de standards partagés et reconnus, lesquels devront permettre de prendre en charge en ville les

²¹ « La prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique », Etudes et Résultats, DREES, n° 470, mars 2006.

²² « La prise en charge et les conditions de vie des patients atteints d'hépatite C », Etudes et Résultats, DREES, n° 368, Janvier 2005.

²³ Voir note 8.

patients les moins aggravés de façon à ce que l'hôpital puisse se consacrer de façon coûte- efficace aux patients les plus sévèrement atteints.

53. Certains aspects de la recherche doivent être soutenus

Trois préoccupations apparaissent plus importantes en cette matière, en plus de la nécessaire évaluation du plan lui-même.

531. Les études prospectives sur l'hépatite B

Les données récentes sur l'évolution de la mortalité de l'hépatite C ont été modélisées. Elles indiquent que nous atteindrons probablement bientôt un pic de maladies sérieuses (cirrhose et cancer), suivi d'un déclin au fil des années. Or, nous n'avons encore aucune modélisation de ce genre pour l'hépatite B. Une telle modélisation sur l'hépatite B, encore absente, devrait figurer parmi les travaux de recherche du plan à venir. En effet, si nous savons aujourd'hui, grâce aux enquêtes de prévalence, que de nombreux malades sont atteints de l'hépatite B, nous ne connaissons pas leur nature, ni les maladies graves du foie associées à cette hépatite aujourd'hui. Nous devons aussi prévoir les situations sanitaires futures, afin de pouvoir nous y préparer, notamment en termes de prise en charge.

532. L'évaluation des stratégies de prévention auprès des jeunes sans domicile fixe ou en errance

Des études conduites à Montréal auprès de jeunes sans domicile fixe ou errants incitent à penser que cette population passe souvent par un bref usage de drogue, notamment par injection. Il faudrait donc ajouter cette population dans l'axe de la prévention primaire.

De nombreuses structures pourraient être utilisées, telles que celles de l'aide alimentaire ou les centres d'accueils. Toutefois, le fait que les éducateurs n'aient pas une approche réellement médicalisée pose une difficulté. Il faudrait donc instaurer des pratiques innovantes afin que cette prévention intervienne avant que ces populations ne deviennent usagères régulières de drogue. L'A.N.R.S. pourrait alors idéalement concourir à l'évaluation de ces stratégies.

533. La nécessité d'une expertise sur la transplantation et les greffes

En 2002, la cirrhose post-hépatite virale était la deuxième cause de greffe de foie en France, après la cirrhose alcoolique. Le nombre de patients nouvellement inscrits en attente de greffe de foie était en augmentation depuis 1996. Il avait été prévu, dans le cadre du plan greffe, d'augmenter progressivement le nombre de greffons disponibles et atteindre 16 à 20 donneurs prélevés/an/million d'habitants, soit à terme un potentiel de 250 greffons hépatites annuels. C'est ainsi que le programme national hépatites virales 2002-2005 comportait, au sein de l'objectif général "II- Renforcer le dispositif de soins et améliorer l'accès au traitement", un objectif spécifique relatif à la transplantation²⁴ en cohérence avec le plan Greffe.

Or nous savons, depuis avril 2006, que la mortalité directement liée aux hépatites B et C était, en 2001, d'environ 4000 décès. Il est donc important de pouvoir améliorer la prise en charge des patients justifiant d'une transplantation.

Même s'il est possible que les mesures prévues dans le projet de plan hépatites 2007-2011, visant à améliorer le dépistage et la prise en charge précoce, concourent à la diminution d'une partie des

²⁴ II-4-Améliorer l'accès à la transplantation hépatique, pages 37 et 38 du plan.

besoins en greffons/greffes de foie, la transplantation hépatique devrait figurer dans le nouveau plan, le cas échéant après saisine des instances concernées, notamment l'Agence de biomédecine, pour expertiser les besoins actuels et identifier les moyens pour renforcer l'accès à la greffe, si nécessaire.

534. L'évaluation du plan.

L'évaluation de la globalité du plan gagnera à être envisagée dès la publication du plan lui-même, par le biais d'un organe ad hoc chargé du suivi de la mise en œuvre du plan.

54. Enfin, la Conférence nationale de santé attire l'attention sur la nécessaire cohérence des plans entre eux.

En effet, il est observé que plusieurs autres plans sont en interaction sur ce sujet : le plan relatif à la lutte contre le VIH/sida et les IST, le plan Greffe, le plan de prise en charge et de prévention des addictions et le plan relatif à la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique. Il faudrait s'attacher aussi à une meilleure lisibilité de ces plans, y compris d'un point de vue financier.

Dès lors, il faudra veiller à la cohérence des mesures entre elles, notamment sur la délicate question des messages de prévention compte tenu des modes de transmission distinct des deux hépatites, d'une part, et de l'influence sur les conditions d'existence des personnes vivant avec une hépatite C ou co-infectées par le VIH et le VHC, d'autre part.

*

* *

C'est dans ces conditions qu'il apparaît à la Conférence nationale de santé que le prochain plan national de lutte contre les hépatites pourrait contribuer à réduire leur incidence en France et à offrir une meilleure qualité de la prise en charge des personnes vivant avec une hépatite virale.

