



L'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C

Pour évaluer le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2013, le HCSP a analysé les conditions de réalisation et de déploiement de ce plan ainsi que ses effets quantitatifs et qualitatifs. Il propose un ensemble de recommandations.

Philippe Morlat

CHU de Bordeaux,
membre du HCSP

Daniel Kamelgarn

Agence française
du développement,
membre du HCSP

Béatrice Tran

Secrétariat général du HCSP

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

La France mène depuis plus de dix ans une politique active de lutte contre les hépatites virales B et C. Le ministère de la Santé a successivement mis en place un Plan national de lutte contre l'hépatite C (1999-2002), un programme de lutte contre les hépatites B et C (2002-2005), puis une série de mesures ministérielles pour sensi-

biliser les professionnels de santé à la vaccination des personnes les plus exposées à l'hépatite B, introduire le parcours coordonné de soins de l'hépatite C et renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge des usagers de drogues. En 2009, un troisième plan couvrant la période 2009 à 2012 était lancé, compte tenu du maintien d'une prévalence élevée au sein de populations plus précaires et plus exposées, d'une pratique du dépistage encore insuffisante et de la nécessité d'améliorer les modalités de prise en charge des patients.

Ce plan était structuré selon cinq axes stratégiques : réduire la transmission des virus B et C, renforcer le dépistage, renforcer l'accès aux soins et améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes atteintes d'hépatite chronique, mettre en place des mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral, et enfin un axe portant sur la surveillance et la connaissance épidémiologique, l'évaluation, la recherche et la prospective. L'évaluation, prévue dans ce cinquième axe, a été confiée au

Haut Conseil de la santé publique par saisine du directeur général de la Santé, dans une volonté de respecter l'indépendance de jugement par rapport aux promoteurs et opérateurs du plan.

L'analyse de documents de suivi nationaux, des statistiques sanitaires disponibles et de publications récentes, l'audition de personnes clés, ainsi que la réalisation de monographies régionales approfondies, ont permis de mettre en évidence des bénéfices et des insuffisances du plan, et de proposer un certain nombre de recommandations pour le futur.

Un plan fédérateur et porteur d'une visibilité des hépatites au niveau national

Le principal intérêt de ce plan, en tant qu'outil de politique de santé, a incontestablement résidé dans sa valeur d'affichage, particulièrement incarnée par un comité de suivi. Celui-ci a permis à un niveau national de faire apparaître et vivre

ce problème de santé publique et impulsé une dynamique de débat et d'échanges d'expériences entre ses membres, issus d'horizons variés : hépatologie hospitalière, addictologie, milieu associatif, acteurs de l'aide aux populations défavorisées ou migrantes, médecine libérale, administration pénitentiaire, recherche, agences de santé...

Une dynamique altérée par des évolutions non maîtrisables

Plusieurs facteurs ont restreint la force de cette dynamique.

Le développement des innovations diagnostiques (tests non invasifs de détection de la fibrose hépatique) et thérapeutiques (trithérapies contre l'hépatite C) a déplacé le centre de gravité et les enjeux du plan : on est passé d'une démarche orientée vers les groupes de populations les plus exposées au risque de transmission des hépatites et souvent plus éloignées du système de soins, avec la place que devait prendre la médecine de ville, à des actions faiblement

Glossaire

Praps	Programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
Sroms	Schéma régional d'organisation médico-sociale
Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRP	Schéma régional de prévention

adaptées aux populations vulnérables et des modes d'organisation hospitalo-centrées. En corollaire, les questions relatives à l'hépatite B, tant en matière de vaccination des adolescents que de modalité de prise en charge des patients, ont été relativement délaissées au profit de la question de la prise en charge de l'hépatite C. L'hépatite B, de plus, souffre encore en France d'un déficit d'image lié au scepticisme encore important de la population et de certains médecins vis-à-vis de l'innocuité de la vaccination, ainsi qu'à la complexité attachée à la compréhension des marqueurs de dépistage.

La mise en place des agences régionales de santé, au début du plan, a en outre considérablement réduit les possibilités de déploiement régional du plan, en raison, d'une part, de leur statut autonome vis-à-vis des administrations centrales de la santé, et d'autre part compte tenu du bouleversement des organisations et de la définition de nouveaux outils de programmation régionale induits par ces nouvelles structures. Cette évolution a fait disparaître les échanges d'informations avec les services centraux du ministère. La thématique des hépatites est rarement inscrite en tant que telle dans les PRS, même si les grandes orientations concernant certains types d'actions (vaccination ou dépistage le plus souvent) ou populations cibles (usagers de drogues, détenus) sont retrouvées partiellement inscrites dans les PRS, les PSRS, SRP, Sros, Sroms ou/et les Praps, sans toutefois couvrir l'intégralité des actions du plan pouvant être déclinées en région.

Cependant, du point de vue des acteurs locaux, les projets concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge des hépatites virales lorsqu'ils existaient, notamment vis-à-vis de populations particulièrement exposées comme les usagers de drogues ou les personnes migrantes originaires de pays de forte endémicité, avaient commencé préala-

Références

1. BEH n° 20-21 / 19 mai 2009. Numéro thématique - Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives.
2. BEH n° 29-30 / 10 juillet 2012. Numéro thématique - Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis des hépatites virales B et C en France.
3. Chemlal K. et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-10-11-2012>
4. Delfraissy J.F. Hope for the eradication of HCV worldwide. *Liver Int.* 2013 Feb; 33 (Suppl 1) : 198-9.
5. Guthmann J.P, Fonteneau L., Lévy-Bruhl D. *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2012. 98 p.
6. HCSP. Collection Avis et rapports. *Objectifs de santé publique Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions.* Avril 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
7. Institut de veille sanitaire. *Dossier thématique hépatites virales.* <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales>

blement au plan. Ils n'ont pas été modifiés par l'avènement du plan, même si le comité de suivi a déployé beaucoup d'énergie pour produire des documents d'informations à destination des ARS. Un fait quasiment généralisé était l'absence d'implication des médecins libéraux, à l'exception notable de ceux ayant une patientèle d'usagers de drogues et généralement plus spécialisés en addictologie.

Un plan à la croisée d'autres plans et politiques de santé publique

Les articulations explicites avec les autres plans sont nombreuses (VIH-sida-IST, santé des personnes placées sous main de justice, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, politique vaccinale, plan cancer), mais relèvent plus d'une superposition de mesures que d'actions véritablement articulées. Cela pose question puisqu'une partie des objectifs concerne des groupes particuliers (détenus, migrants, usagers de drogues) pour lesquels les hépatites ne sont qu'un des problèmes de santé, ce qui pourrait peut-être justifier une approche plus intégrée des questions sanitaires. Le Plan

d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, lancé au milieu de la période du Plan hépatites 2009-2012, a repris à son compte un certain nombre d'actions inscrites dans le Plan hépatites, ce qui, si ces actions n'ont été que peu développées par le Plan hépatites, permet en définitive de légitimer et de donner un cadre statutaire cohérent pour mettre en place ces mesures sanitaires.

Un financement non identifiable

Comme pour un certain nombre d'autres plans évalués par le HCSP, une estimation des coûts, voire *a minima* des budgets alloués pour les actions du plan, n'a pu être réalisée en l'absence de bilan financier et *a fortiori* de traçabilité fléchée des budgets. Il est vrai que par principe, une grande partie des actions sont censées s'inscrire dans le programme annuel de travail des agences sanitaires, et relèvent par conséquent de financements non spécifiques vis-à-vis du plan, et non identifiables en particulier si elles sont inscrites au titre d'autres programmes (maladies transmissibles, vaccination, etc.). Les dépenses régionales ne sont pas communiquées au niveau central.

Des évolutions positives difficiles à affirmer et à attribuer au plan

La mesure des effets devait s'appuyer sur l'étude de l'évolution de onze indicateurs proposés dans le plan ainsi que des indicateurs associés aux deux objectifs de la loi de santé publique en rapport avec les hépatites virales. Si l'existence des plans hépatites successifs a très vraisemblablement contribué au développement de nombreuses enquêtes concernant ces pathologies, il est notable qu'aucun recueil de données organisé n'a été programmé afin de suivre les évolutions des grands indicateurs associés au plan.

Les données disponibles dans les systèmes d'information sanitaires permettent de documenter la plupart de ces indicateurs, mais rarement au-delà de 2010 ou 2011. Les sources sont parfois variables d'une année sur l'autre et certains indicateurs, nécessitant une analyse spécifique des données de routine, ne sont pas produits pour le suivi du plan. Si le rôle du comité de suivi n'était pas d'évaluer les effets du plan, en revanche le fait de disposer de données de suivi de l'évolution de certains domaines clés aurait pu être une aide pour identifier et reconsidérer les priorités d'actions.



Enfin, compte tenu de l'absence ou du faible recul des données disponibles par rapport à la période du plan, il est difficile de lui attribuer les évolutions observées, mais on peut supposer qu'elles résultent de la politique mise en œuvre depuis de nombreuses années dans les domaines de la lutte contre les hépatites et de la réduction des risques.

Parmi les résultats positifs, la fréquence et la mortalité des hépatites semblent se réduire : réduction de l'incidence de l'hépatite B aiguë entre 2004 et 2009, diminution probable du nombre d'attributions d'affections de longue durée pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6), diminution de la mortalité par hépatites B et C depuis les années 2000 (sauf chez les 45-54 ans). L'utilisation des traitements de substitution aux opiacés a régulièrement augmenté depuis 1996, et le dépistage des hépatites B et C a considérablement augmenté en nombre de tests en population générale et chez les usagers de drogues, parallèlement à une diminution du taux de positivité de ces tests, également chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge.

En revanche, l'augmentation de

l'activité de greffe hépatique, en dehors de la difficulté à évaluer la part des greffes consécutives à des hépatites ou à leurs complications, est un indicateur difficile à interpréter. D'autre part, il ne semble pas y avoir eu de montée en charge des trithérapies comme le prédisaient les modélisations épidémiologiques : le nombre de mises sous traitement antiviral pour hépatite C est resté stable d'après les données de la Cnamts entre 2010 et 2011, et elles étaient principalement hospitalières. Cela interroge, au-delà du dépistage des personnes cibles, sur l'accès des personnes infectées à une prise en charge thérapeutique. Pour les spécialistes de l'hépatite, la limite tient largement à l'insuffisance de moyens accordés aux structures de soins pour l'éducation thérapeutique, sans laquelle la mise en route d'une trithérapie est considérée comme vouée à l'échec.

On constate de faibles évolutions concernant la couverture vaccinale contre l'hépatite B des adolescents, des pratiques d'exposition au risque en accroissement pour certains groupes d'usagers de drogues (nouveaux injecteurs, femmes, personnes originaires des pays de l'Est). Enfin, les rares

données relatives au dépistage et à la prise en charge des virus VIH-VHC-VHB à l'entrée en prison ne permettent pas de connaître la part des personnes détenues dépistées et prises en charge.

De façon plus générale, on ne relève aucune amélioration en population générale de la perception du risque ni de la connaissance des modes de transmission des hépatites virales, qui étaient déjà faibles avant le plan.

Maintenir une visibilité forte et une coordination nationale de cette politique

À l'issue de ces constats, le HCSP ne recommande pas un nouveau plan spécifique de lutte contre les hépatites virales, mais émet des

recommandations pour reconsidérer ou améliorer les actions du plan au sein des différents axes de la politique de lutte contre les hépatites. Il insiste sur le maintien d'une orientation et d'une visibilité politique forte sur la thématique des hépatites au niveau national, sous la forme d'une coordination de l'action publique dans ce domaine, visant à maintenir l'effort sur la réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins des populations les plus vulnérables. Il souligne la nécessité d'une approche populationnelle en régions (compte tenu des diversités de situations), valorisant la thématique « hépatites » dans les programmes et schémas d'organisation régionaux qui sont par nature transversaux. Il recommande la mise en place en région d'outils communs de prévention, communication et surveillance, ainsi que de restitution et de pilotage des actions. ■

Remerciements

Remerciements à Valérie Buthion, Fabrice Carrat, Patrizia Maria Carrieri, Françoise Dubois-Arber, Elisabeth Monnet, Philippe Sogni, Patrick Zylbermann, membres du Comité d'évaluation, ainsi qu'à Agnès Charlemagne, du cabinet Cemka Eval et au cabinet Planète publique.

alcoologie et addictologie

2013 ; 35 (1) : 109-208

Éditorial

- L'historien et l'addiction, *Alain Corbin*
- Un nouveau paradigme : la réduction pragmatique des dommages. Un nouveau Plan gouvernemental ? *Michel Reynaud*

Étude originale

- La réponse émotionnelle à la rétroaction corporelle

et faciale chez les patients alcoolo-dépendants, *Marie Dethier, Régis Duchateau, Maya El Hawa, Sylvie Blairy*

Revue de la littérature

- Implication des biais d'attention sélective dans l'alcoolo-dépendance. Une revue conceptuelle et empirique, *Jory Deleuze, Alexandre Heeren, Joël Billieux, Philippe de Timary, Pierre Philippot, Pierre Maurage*

- Le menthol dans les cigarettes. Future bataille contre l'industrie du tabac ? *Pierre Bartsch*

Recommandations

- Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. I – Données épidémiologiques. Une approche de santé. *Françoise Facy, Bertrand Redonnet*
- II – Données socio-économiques. *Philippe Mossé, Anne-Laure Soilly*

Vie de la SFA

- Prix Pierre Fouquet 2012-2013

- Journées de la SFA. 20-22 mars 2013, Paris
- Recommandations de la SFA. Mésusage de substances psychoactives et milieu professionnel
- DSM-5 : nouveau concept, nouvelle clinique ?
- La rencontre en alcoologie
- Prochaines Journées. Adhésion.
- Assemblée générale de la SFA, 22 mars 2013, Paris
- Nouveaux membres

Informations

- Annonces. Recherche internationale. Enseignement. Agenda