

Numéro thématique - Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives

Special issue - Surveillance and prevention of hepatitis B and C in France: assessment and prospects

p.193 **Éditorial - Un nouveau plan**
Editorial - A new plan

p.194 **Sommaire détaillé**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Jean-Claude Desenclos, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et Christine Jestin, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France ; pour le comité de rédaction : Rachel Haus, Service de santé des armées, Saint-Mandé, France et Bruno Morel, Cellule interrégionale d'épidémiologie Rhône-Alpes, InVS, Lyon, France

Éditorial

Un nouveau plan

A new plan

Pr Daniel Dhumeaux, Président du Comité stratégique du programme national hépatites virales, Inserm U955, CHU Henri Mondor, Université Paris XII

En coïncidence, sans doute non fortuite, avec le lancement récent du nouveau Plan national hépatites 2009-2012 par la ministre de la santé, le présent numéro du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire ciblé sur cette pathologie vient à point. Il nous donne aussi l'opportunité de saluer l'impact des données d'enquêtes produites par l'Institut de veille sanitaire dans l'élaboration de ce plan et dont on trouve, dans les pages qui suivent, un nouvel exemple.

Ce nouveau programme* de lutte contre les hépatites B et C s'articule selon trois grandes lignes de force. La première est l'amélioration du dépistage. Même si l'évolution des chiffres est encourageante, notamment dans la détection de l'hépatite C, les efforts doivent s'amplifier. Aujourd'hui, parmi les 500 000 personnes infectées par les virus B et C, seulement la moitié a été dépistée. Face aux progrès thérapeutiques majeurs de ces dernières années (on guérit maintenant plus de 50 % des hépatites C et un contrôle, avec arrêt de la multiplication virale, est assuré dans 80 % des cas d'hépatite B), l'absence de reconnaissance de ces infections est associée, pour le patient et son entourage (qui doit être protégé), à une perte de chance qui n'est pas acceptable. Pour être plus efficace, la pratique du dépistage doit être aujourd'hui plus spécifiquement orientée vers certains groupes non initialement ciblés et chez lesquels les études épidémiologiques ont montré une prévalence élevée de l'infection (personnes en situation de précarité, migrants originaires de pays de forte endémie, détenus). Chez les usagers de drogue, le niveau de séroprévalence de l'hépatite C reste particulièrement élevé et la persistance de comportements à risque (incluant l'usage de drogue par voie nasale) peut être responsable d'une contamination alors même qu'un dépistage antérieur négatif a pu être jugé rassurant. Tant que persistera l'exposition au risque, la répétition régulière des tests de dépistage sera proposée. En matière de dépistage, les objectifs quantifiés du plan, dans les trois ans, sont de passer de 57 à 80 % de personnes dépistées pour l'hépatite C et de 45 à 65 % pour l'hépatite B.

La prévention est la deuxième ligne de force. La nécessité d'une relance de la vaccination contre l'hépatite B dans notre pays est une évidence. Cette action est rendue difficile par les réticences d'une partie de la population, mais aussi une certaine perplexité des professionnels de santé à la suite des polémiques répétées et sans fondement dont cette vaccination a été l'objet. Dans la perspective d'une reprise de la vaccination chez les nourrissons et les adolescents, des campagnes d'information seront organisées en direction du grand public et des personnels de santé (médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, médecins du travail) dont la confiance doit être restaurée. L'incitation à une vaccination systématique des nourrissons par les pouvoirs publics (le taux actuel de couverture est en France un des plus bas des pays d'Europe) sera alors possible dans des conditions plus sereines. Cette initiative ne doit pas tarder : les enfants ayant bénéficié d'une couverture élevée lors des campagnes vaccinales effectuées en milieu scolaire entre 1994 et 1998 vont en effet progressivement quitter la tranche d'âge des 20-30 ans, qui constitue la période de risque maximal d'infection par le virus de l'hépatite B, tandis que ceux qui ont échappé à la vaccination, à partir de 1998, vont maintenant entrer dans cette phase de risque, laissant prévoir, si rien n'est fait, une recrudescence des contaminations dans les années à venir. Des actions spécifiques vont continuer d'être menées en direction des usagers de drogue chez lesquels, beaucoup d'études l'indiquent, les risques d'infection virale B et C sont encore mal perçus. Même si les modes majeurs de contamination restent liés à la pratique des injections, des messages de prévention autour des autres pratiques à risque comme

* http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf

le partage de la pipe à crack et de la paille de sniff, seront délivrés. Chez les consommateurs de drogues psycho-actives illicites non injectables, la lutte contre le passage à l'injection constitue un enjeu important de la réduction des risques et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARRUD) joueront à cet égard un rôle majeur.

L'accès renforcé aux soins et l'optimisation de leur qualité constituent la troisième ligne. Face aux progrès des traitements, l'accès aux soins du plus grand nombre de patients infectés devient une nécessité. Cette action doit être menée notamment en direction des personnes les plus défavorisées dont les difficultés de recours aux traitements sont évidentes. L'amélioration de l'accès aux soins doit se concevoir de façon globale, dans le cadre d'un multi-partenariat des acteurs de santé mais aussi du parcours coordonné des soins mis en place par la loi de réforme de l'Assurance maladie de 2004. La prise en charge des malades atteints d'hépatite virale reste aujourd'hui principalement hospitalière et l'intervention du secteur privé, celle notamment des hépato-gastroentérologues libéraux, est relativement limitée. Une meilleure répartition des tâches entre les médecins généralistes et les spécialistes des secteurs privés et publics, prévue dans ce plan, nécessitera plusieurs conditions : définir la place respective de chacun d'eux dans la prise en charge des patients, élaborer avec l'aide de la Haute autorité de santé des référentiels de pratiques, former les professionnels impliqués, accompagner et évaluer le dispositif. L'aide apportée par les médecins du secteur libéral pourra permettre aux structures hospitalières de concentrer leur activité sur les patients les plus complexes, de plus en plus nombreux (patients en échec thérapeutique, atteints de cirrhose ou de cancer, transplantés). Il importe aussi, dans ce contexte, de prendre en compte l'arrivée à court/moyen terme de nouveaux agents antiviraux qui, en combinaison, vont assurer la guérison de la majorité des infections virales C et être proposés aux patients n'ayant pas répondu au traitement actuel. Cette évolution doit être anticipée et pourrait concerner plusieurs milliers de patients à l'échelon national, pris en charge, sans doute préférentiellement, dans les structures hospitalières.

La mise en place de l'ensemble des mesures associées à ces axes d'intervention et le succès d'un tel plan impliquent la poursuite des efforts consentis par les pouvoirs publics et la constance du soutien des Agences, Instituts et Directions concernés dans notre pays par les hépatites virales. La création des Agences régionales de santé, prévues par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, fait dès à présent envisager une implication forte des régions dans lesquelles ce programme de lutte pourrait être décliné et dont la diversité en termes de prévalence et d'épidémiologie apparaît bien dans les études. Des réunions sur site regroupant les autorités de santé régionales, les professionnels concernés et les associations de patients, pourraient ainsi faire ressortir les besoins spécifiques de chaque région et cibler les actions les plus pertinentes. Dans ce contexte, les évaluations d'ores et déjà prévues en fin de plan devront donc être à la fois nationales et régionales. Elles seront notamment associées à la réalisation de nouvelles enquêtes et études de cohortes. Nul doute que celles délivrées dans ce numéro vont, à cet égard, être particulièrement utiles.

Sommaire détaillé

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DES HÉPATITES B ET C EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES

SURVEILLANCE AND PREVENTION OF HEPATITIS B AND C IN FRANCE: ASSESSMENT AND PROSPECTS

p.195 **Encadré 1 : L'épidémiologie des hépatites B et C en France**

Box 1: Epidemiology of hepatitis B and C in France

p.196 **Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007**

Hepatitis B infection: estimation of the annual number of newly infected cases in France, 2004-2007

p.199 **Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007**

Trends of hepatitis C screening in France through Rena-VHC and hepatology reference centres surveillance system, 2000-2007

p.204 **Cirrhose virale non compliquée : analyse descriptive des 774 premiers patients inclus dans une cohorte nationale prospective (ANRS CO12 CirVir) en France**

Compensated viral cirrhosis: descriptive analysis of 774 first patients included in a prospective French cohort (ANRS CO12 CirVir)

p.208 **Perception et connaissances des hépatites virales : résultats de l'enquête Nicolle, France, 2006**

Perception and knowledge of viral hepatitis: results of the Nicolle Survey, France, 2006

p.212 **Encadré 2 : Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative**

Box 2 : Perception related to hepatitis B and its prevention. Preliminary results of a qualitative study

p.213 **Représentations du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007**

Representations of hepatitis C treatment among drug users. InVS-ANRS Coquelicot Survey, France, 2004-2007

p.217 **Étude de perception des risques de l'hépatite virale B et de sa prévention vaccinale dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) parisienne en 2007**

Study on the risk perception of viral hepatitis B and its vaccine prevention among people consulting in a free and anonymous screening centre (CDAG), 2007, Paris, France
