

L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations
« Hépatites B&C 2014 » - n°1 / Juin 2015

Editorial

Un rapport de recommandations : et ensuite ?

Produire un rapport de recommandations, ce n'est pas rien, mais ce n'est pas tout... Les étapes de mise en œuvre des mesures qu'il contient sont aussi cruciales. Sur la proposition de notre Ministre, le rapport sur « la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » a été rapidement associé à la mise en place d'un Comité de suivi, chargé d'organiser le déploiement de ces recommandations.

Installé par la Direction Générale de la Santé en octobre dernier, il est composé de professionnels de santé et représentants des associations de patients, tous impliqués dans la prise en charge des patients atteints de ces infections.

Sa mission pour trois ans, sera de veiller à ce que les propositions inscrites dans le rapport puissent être successivement validées par nos tutelles, mises en œuvre progressivement, déployées efficacement, notamment en région, et suivies. La tâche est grande, mais les progrès thérapeutiques récemment réalisés (faut-il rappeler que les taux de guérison dans l'hépatite C avoisinent désormais 100% ?) devront bien bénéficier à l'ensemble des personnes infectées : cette mission est donc incontournable.

Dès ses premières réunions, le Comité de suivi a proposé, pour accompagner sa mission, de produire un bulletin permettant de faire état des avancées de ses travaux, des difficultés et obstacles rencontrés, le cas échéant (les TROD VHC constituent le premier exemple en date), dans un souci d'information et de transparence. Il s'agit aussi de porter à la connaissance des lecteurs toutes les informations, rapidement évolutives, relatives aux hépatites.

Un Comité de rédaction de sept membres originaires du Comité de suivi a été constitué. Pour sa réalisation, ce projet bénéficie du précieux concours de la MICOM-DGS.

Ce premier numéro, livré pour notre journée nationale 2015, tient ses promesses et témoigne, s'il en était besoin, de l'engagement de ses contributeurs et du comité de suivi dans son ensemble. Que tous, les uns et les autres, soient chaleureusement remerciés.

Daniel Dhumeaux, Président du Comité de suivi

Un comité de suivi pour les Hépatites B et C

→ Suivre les recommandations

A partir des recommandations relatives à la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, un comité de suivi a été constitué par le ministère chargé de la santé.

Ce comité a été chargé de prioriser les 184 recommandations du rapport* et de suivre leur mise en œuvre, et aussi de jouer un rôle prospectif.

Il est constitué de 31 membres, dont 11 représentants d'organismes, agences ou autres institutions officielles, 10 experts et professionnels de terrain, 3 représentants d'associations de patients et enfin 7 personnalités dites qualifiées.

Il est présidé par le professeur Daniel Dhumeaux.

* http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

→ Réunion inaugurale en 2014

Le comité de suivi a été constitué le 29 octobre 2014. Outre l'inévitable « tour de table » de présentation, et le rappel de la procédure de déclaration publique d'intérêt, destinée à garantir l'indépendance des membres, l'installation du comité par Françoise Weber, directrice générale adjointe de la DGS, a été principalement consacrée aux modalités de travail envisagées.

En outre, 3 exposés ont été présentés :

- la communication concernant les hépatites B et C par l'Inpes,
- le programme de surveillance 2015-2017 des hépatites B et C (InVS),
- le Programme « usagers de drogues » (enquête « Coquelicot ») de l'InVS.

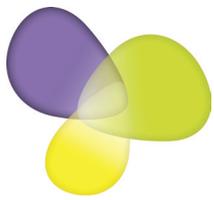
→ Comité « restreint »

Le comité de suivi siège en formation plénière 2 à 3 fois par an, mais un comité de pilotage dit « restreint » de 16 membres a été constitué pour le travail opérationnel.

Il a déjà tenu 2 réunions le 18 décembre 2014 et le 4 mars 2015 consacrées notamment à :

- la mise au point d'une méthode visant à analyser chaque recommandation en vue d'une « priorisation » (voir plus loin)
- l'identification de recommandations devenues sans objet, ou à actualiser, d'autres considérées comme déjà réalisées et d'autres enfin ayant débuté.





L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations
« Hépatites B&C 2014 » - n°1 / Juin 2015

Des recommandations qui se déploient

→ Questions de méthodes

Pour accompagner la mise en œuvre des recommandations consacrées aux hépatites B et C dans le rapport 2014, une fiche de suivi a été élaborée comportant différents critères : l'existence de prérequis (réglementaire, par exemple), la faisabilité de chaque mesure, l'importance des attentes du « grand public », des patients et des professionnels, le positionnement de la mesure dans la loi de santé 2015, l'efficacité attendue de la mesure, et son coût approximatif.

Trois groupes de travail ont analysé l'ensemble des recommandations, et un classement par année de mise en œuvre, et par « opérateur » principal a été ébauché. Les modalités de mise en œuvre (indicateurs et sources de données nécessaires au suivi) ont été pointées.

→ RCP : des extensions bienvenues (Recommandation 9-3)

L'instruction du 30 avril 2015* vient d'élargir les critères relatifs aux services ou centres habilités à organiser des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires pour les personnes atteintes d'hépatite C, au-delà des seuls services experts : de nouvelles possibilités très attendues des professionnels de terrain et des patients.

* <http://www.sante.gouv.fr/l-hepatite-c.html>

→ Dispositifs de soins au contact des personnes en situation sociale difficile (recommandation 17-2)

L'équipe mobile hépatites (EMH) a été créée en 2013 au Centre Hospitalier de Perpignan à partir des crédits MERRI dédiés à la lutte contre les hépatites virales (33 équipes destinataires nationalement).

L'EMH propose 10 prestations aux structures sanitaires et médico-sociales partenaires : TROD VHC, VHB, VIH (dans le cadre d'une procédure de biologie délocalisée), Fibroscan mobile, consultations avancées d'hépatologie, bilan social avec le score ÉPICES, séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives, accès rapide à une réunion de concertation pluridisciplinaire de proximité, sessions de formation des personnels et d'information des usagers, unité mobile de dépistage.

L'intervention s'appuie sur un diagnostic des besoins avec la structure partenaire, puis une offre de tout ou partie des prestations possibles.

La file active est de 250 personnes atteintes d'hépatites virales B ou C, leur score de précarité étant élevé dans 90% des cas. L'EMH dépiste de nouveaux patients et amène vers le soin des personnes se sachant positives mais n'ayant pas débuté de prise en charge.

L'EMH constitue une approche originale de prise en charge des populations vulnérables atteintes ou à risque d'hépatite virale B ou C dont l'accès aux circuits de soins habituels est difficile.

AJ. Rémy, ANGH

→ TROD : partie remise ?

Les thérapeutiques actuelles font espérer le contrôle à terme de l'épidémie d'hépatite C, à condition de renforcer les actions de dépistage, puisque seule la moitié des personnes infectées par le VHC en France était identifiée dans l'enquête de prévalence de 2004.

Les populations précaires, dont les usagers de drogues, sont particulièrement concernées. On attend beaucoup chez eux des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), permettant d'aller au-devant d'eux dans les lieux qu'ils fréquentent, ces tests étant rapides et non invasifs. La Haute Autorité de Santé (HAS) a précisé la « place des TROD dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C » en mai 2014.

Cependant le Conseil d'Etat a annulé sur requête du syndicat national des médecins biologistes l'arrêté du 11 juin 2013 constituant le cadre légal de réalisation des TROD. Cette décision fait craindre un retard de mise en œuvre de ce dispositif de dépistage, alors que le rapport Dhumeaux avait fait des TROD une recommandation - phare. Le comité de suivi sera donc très attentif à l'évolution de cette mesure essentielle.

JM. Delile, Fédération Addiction

→ Accéder sans retard à la protection maladie : c'est possible ! (Recommandation 18-3)

Chez les personnes en situation de vulnérabilité, l'accès à une protection maladie peut être complexe.

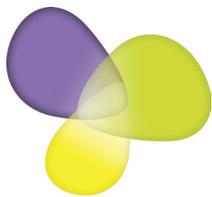
Le remboursement des soins délivrés en ville ou en établissement de santé est rétroactif dès la demande effectuée : 2 mois pour la Couverture Médicale Universelle complémentaire et 1 mois pour l'aide médicale d'Etat (AME).

Le dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux (DSUV) doit être mobilisé dès que l'état de santé le nécessite chez une personne de nationalité étrangère résidant sur le territoire français depuis moins de 3 mois, en séjour irrégulier, ou dont les ressources dépassent le plafond d'octroi de l'AME, hors période de validité de visa. Ce n'est pas une protection maladie individuelle, mais un mode de paiement de soins hospitaliers définis comme urgents et vitaux, et aussi de situations pouvant conduire, en l'absence de soins appropriés, à une « altération grave et durable de la santé » (article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles). Sont couverts les hospitalisations, consultations et médicaments prescrits à l'occasion des soins, et les frais de transports (circulaire ministérielle du 16 mars 2005).

P. Revault, COMEDE

En savoir plus :

Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité sociale sur www.afef.asso.fr



L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations
« Hépatites B&C 2014 » - n°1 / Juin 2015

Prévalence de l'hépatite B ou C chronique et mortalité associée parmi les personnes hospitalisées (France, 2011)

→ Méthodologie et population d'étude

Ont été sélectionnés dans les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) les séjours des patients âgés de 18 ans et plus, hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et à domicile (HAD), en France (métropole et départements d'Outre-mer) avec un diagnostic principal, relié ou associé d'hépatite chronique B (codes CIM10: B180 et B181) ou C (code: B182). Les séjours d'hospitalisation ont été chaînés grâce au numéro d'anonymat des patients. Les décès survenus en cours d'hospitalisation ont été identifiés. La prévalence hospitalière en 2011 de l'hépatite B ou C chronique est définie par le rapport entre le nombre total de patients hospitalisés avec un diagnostic d'hépatite chronique B ou C et le nombre total de patients hospitalisés sur l'année (source ATIH, PMSI MCO-HAD).

Le taux annuel de mortalité hospitalière associé au diagnostic d'hépatite B ou C chronique est défini par le rapport entre le nombre de patients décédés en cours d'hospitalisation avec un diagnostic d'hépatite B ou C chronique et le nombre total de patients hospitalisés dans l'année avec ce diagnostic (source ATIH, PMSI MCO-HAD).

Les causes de décès n'étant pas recueillies dans le PMSI, le taux de mortalité hospitalière calculé correspond au taux de mortalité associé (et non imputable au diagnostic d'hépatite B ou C chronique).

→ Points essentiels

Hépatite B chronique en 2011

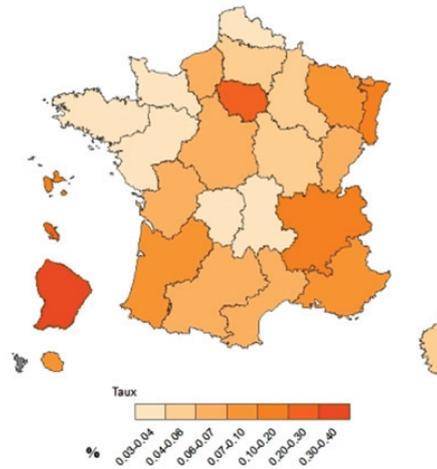
- Prévalence hospitalière globale estimée à 0,09 % ; cet indicateur est plus élevé dans les DOM* (0,12 %), notamment en Guyane (0,30 %), qu'en Métropole (0,08 %)
- En Métropole : la prévalence hospitalière la plus élevée est dans la région Ile-de-France (0,20 %)
- Taux global de mortalité hospitalière estimé à 7,7 %

Hépatite C chronique en 2011

- Prévalence hospitalière en 2011 estimée à 0,26 % ; cet indicateur est plus élevé en Métropole (0,27 %) que dans les DOM* (0,14 %)
- Taux global de mortalité hospitalière estimé à 10,7 %

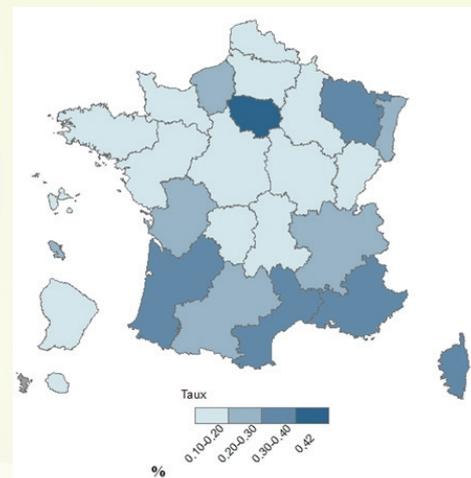
*DOM : Mayotte (données indisponibles)

Prévalence hospitalière du diagnostic d'hépatite B chronique en 2011 (France, PMSI MCO-HAD)



Source ATIH, exploitation InVS

Prévalence hospitalière du diagnostic d'hépatite C chronique en 2011 (France, PMSI MCO-HAD)

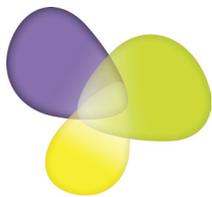


Source ATIH, exploitation InVS

Institut de veille sanitaire, département des maladies infectieuses

En savoir plus :

A. Septfons et al, Bull Epidemiol Hebd 2014;12:202-9



L'écho des Recos

Lettre d'information du comité de suivi des recommandations
« Hépatites B&C 2014 » - n°1 / Juin 2015

Actualité des hépatites

→ Traiter, oui : mais quels malades?

La disponibilité de nouveaux traitements efficaces de l'hépatite C, mais d'un prix élevé, pose la question de l'accès à ces traitements dans un contexte de ressources limitées. L'indication aux patients présentant une fibrose F3 et F4, puis à ceux avec une F2 sévère est limitative : si pour les patients infectés à un stade peu avancé de la maladie, on peut admettre qu'il n'y a pas de perte de chance à attendre un contexte plus favorable, en revanche le risque de transmission, lui, persiste intégralement. Sur la base des patients traités, de ceux dont l'infection n'est pas connue et de ceux non traités, quelle qu'en soit la raison, le déclin tant attendu de l'endémie liée à hépatite C en France risque la panne.

Le rapport Dhumeaux recommande à cet égard l'accès à ces nouvelles molécules notamment des personnes détenues et des patients usagers de drogues, quel que soit le stade de fibrose, afin d'endiguer la transmission du virus (trois quarts des nouveaux cas concentrés dans ces catégories).

L'instruction N° 148 du 29 avril 2015 précise que ces médicaments antiviraux d'action directe sont inscrits sur la « liste rétrocession » permettant leur utilisation dans la prise en charge des personnes détenues, avec prise en charge par l'assurance maladie, dans l'esprit de la recommandation IV-4 du rapport.

F. Meroueh, APSEP

→ Les missions du Conseil national du sida élargies aux hépatites virales

Le décret publié au Journal Officiel du 26 février 2015 crée le Conseil National du sida et des hépatites virales chroniques en remplacement du Conseil national du sida. Cette instance renouvelée a compétence pour donner un avis sur les questions de société posées par le VIH/sida et les hépatites virales chroniques, et au-delà sur les infections sexuellement transmissibles.

Le nombre de membres est porté de 23 à 25. La nomination du Président et des membres du nouveau Conseil seront l'objet de décrets à venir.

Les traits communs aux infections à virus B et C et au VIH (épidémiologie, traitements, coinfection) justifient sans doute cette convergence institutionnelle. Celle-ci sera-t-elle étendue à d'autres dispositifs plus proches du terrain ? Pourra-t-elle répondre efficacement à des affections touchant 3 à 4 fois plus de personnes en France que l'infection à VIH, avec une part de personnes encore plus élevée ne connaissant pas leur infection ? C'est tout l'enjeu de cette nouvelle orientation.

Patients et associés contre le CHC

SOS Hépatites et l'AFEF organisent ensemble une campagne de détection précoce du carcinome hépatocellulaire (CHC) sur le thème : « Cirrhose ? L'écho du foie, c'est tous les 6 mois... »

Actuellement, du fait d'une détection insuffisante, 80% des CHC sont trop évolués pour un traitement curatif lors du diagnostic : La survie des patients atteints de CHC n'est que de 5% à 5 ans, expliquant qu'en 2012, 8332 nouveaux cas de CHC mais 8050 décès dus au CHC ont été observés¹. Le dépistage tous les 6 mois en cas de cirrhose, permet d'identifier le CHC au stade curable dans 75% des cas². D'autres facteurs de risque (syndrome métabolique, diabète et tabac) peuvent favoriser l'apparition d'un CHC³.

Le Collectif Hépatites Virales souhaite alerter les patients, car certains espacent d'eux-mêmes ou arrêtent les échographies après l'éradication du VHC, alors que certes, le risque de CHC diminue fortement dans ce cas⁴, mais il persiste : des cas de CHC ont été rapportés plus de 10 ans après éradication de l'infection. La détection précoce doit être maintenue dans cette situation. Cette campagne est aussi une façon de rendre hommage au Pr Jean-Claude Trinchet qui s'y était fortement investi.

M. L'Hénaff - Arcat - TRT-5 - CHV

1 - Données de GLOBOCAN

2 - Symposium sur le CHC aux JFHOD organisé par l'AFEF : <http://bit.ly/1J3DfAm>

3 - Étude NoFLIC, Blanc J-F et al, JFHOD 2015

4 - Données de CirVir, Nahon P et al, JFHOD 2015

Références

C. Montuclard et coll. *Causes of death in people with chronic HBV infection: a population-based cohort study* : Le suivi de 1117 patients infectés par le VHB en France confirme la surmortalité liée au cancer du foie, aux autres affections du foie mais également à des lymphomes. doi: 10.1016/j.jhep.2015.01.020. Journal of Hepatology:

Agenda

29 mai 2015 : Forum de l'AFEF sur l'actualisation des recommandations sur le traitement de l'hépatite C

2 juin 2015 : Journée nationale de lutte contre les hépatites virales en salle Laroque au Ministère chargé de la santé

30 septembre - 2 octobre 2015 : 77^e journées de l'AFEF au centre Pierre Baudis à Toulouse

Comité de rédaction : P. Czernichow, JM. Delille, M. L'Hénaff, C. Larsen, F. Meroueh, AJ. Rémy et P. Revault.

Contact : dgs-recos-hepatites@sante.gouv.fr