

Janvier 2015

ÉRADIQUER
L'HÉPATITE C
EN FRANCE :
QUELLES
STRATÉGIES
PUBLIQUES ?

FONDATION POUR
L'INNOVATION
POLITIQUE
fondapol.org

Nicolas BOUZOU
Christophe MARQUES

FONDATION POUR
L'INNOVATION
POLITIQUE
fondapol.org

www.fondapol.org

ÉRADIQUER L'HÉPATITE C EN FRANCE : QUELLES STRATÉGIES PUBLIQUES ?

Nicolas BOUZOU
Christophe MARQUES

La Fondation pour l'innovation politique
est un think tank libéral, progressiste et européen.

Président : Nicolas Bazire
Vice Président : Grégoire Chertok
Directeur général : Dominique Reynié
Présidente du Conseil scientifique et d'évaluation : Laurence Parisot

La Fondation pour l'innovation politique publie la présente note
dans le cadre de ses travaux sur *la croissance économique*.

RÉSUMÉ

Une révolution thérapeutique radicale est en cours et ouvre la voie à une éradication du virus de l'hépatite C (VHC) en France en seulement quelques années : quinze, dix ou seulement cinq ans si des politiques publiques efficaces sont adoptées.

Une éradication rapide du virus suppose deux prérequis : le coût des traitements innovants doit être compatible avec leur généralisation et les stratégies de dépistage doivent permettre d'identifier rapidement les personnes ignorant leur infection, qu'elles appartiennent à des groupes vulnérables, comme les usagers de drogues, ou à la population générale.

Le premier prérequis pose la question du « juste prix » des médicaments innovants. Un prix « juste » peut se révéler légitimement élevé et satisfaire à la fois les besoins de la collectivité – accès large pour un coût complet et intertemporel supportable – et ceux des laboratoires – réalisation d'un profit permettant de pérenniser leurs efforts de R&D.

Le second prérequis suppose de s'intéresser au système français de dépistage et de prise en charge des hépatites virales. Celui-ci s'avère assez performant, bien qu'encore largement perfectible (rationalisation de la médecine de ville, meilleure coordination ville-hôpital, amélioration du parcours de soin hospitalier et de la coordination intra-hospitalière...).

Afin d'assurer une éradication rapide du VHC en France, nous formulons dans cette note six propositions concrètes et opérationnelles à destination des décideurs politiques, nationaux comme locaux.

ÉRADIQUER L'HÉPATITE C EN FRANCE : QUELLES STRATÉGIES PUBLIQUES ?

Nicolas BOUZOU

Économiste, directeur-fondateur d'Asterès

Christophe MARQUES

Économiste chez Asterès, chargé des questions de santé

L'hépatite C est une maladie grave et silencieuse qu'il est aujourd'hui possible d'éradiquer. On estime à 200 000 le nombre de Français infectés de manière chronique par le virus de l'hépatite C (VHC). Bien qu'il s'agisse en grande partie d'usagers de drogues, la population générale n'est pas épargnée. À l'origine d'une inflammation chronique du foie susceptible d'évoluer vers une cirrhose, puis un cancer, ce virus serait directement responsable de plus de 2 600 décès chaque année en France.

Jusqu'à présent, les thérapies traditionnelles pour soigner cette maladie étaient modérément efficaces et entraînaient des effets indésirables importants. Une révolution thérapeutique radicale est en cours et ouvre la voie à une éradication de la maladie en quelques années seulement : cinq, dix ou quinze ans selon les stratégies publiques qui seront adoptées. La révolution repose sur des antiviraux à action directe qui permettent une guérison dans plus de 90 % des cas, avec moins d'effets indésirables que les traitements classiques associés à l'interféron, et en quelques mois seulement (contre dix-huit mois auparavant).

Pour l'heure, le coût de ces nouvelles thérapies constitue un frein à leur généralisation, et donc à l'éradication du VHC en France. La recherche du « juste prix », actuellement au centre des préoccupations de l'assurance maladie et des laboratoires, devra assurer un accès large aux traitements tout en garantissant aux industriels un retour sur investissement cohérent avec leurs efforts de R&D.

Le système français de dépistage et de prise en charge des hépatites virales est assez performant, bien qu'encore largement perfectible. Aussi, au-delà de la question de l'accessibilité financière, l'éradication rapide du virus repose sur les stratégies de politique publique qui seront adoptées. Nous formulons à cet égard six propositions réparties en trois objectifs.

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Objectif 1 : Accroître les moyens humains et financiers alloués à la lutte contre les hépatites.

- Proposition 1 : Financer des actions communes « VIH-VHC ».
- Proposition 2 : Procéder à une mutualisation accrue de moyens des programmes « VIH » et « VHC ».

Objectif 2 : Améliorer l'organisation de la prise en charge par la coordination des professionnels médico-sociaux.

- Proposition 3 : Renforcer le rôle de coordination des services experts de lutte contre les hépatites virales (SELHV).
- Proposition 4 : Promouvoir le statut d'infirmière clinicienne.
- Proposition 5 : Promouvoir les centres de ville médico-sociaux et pluridisciplinaires.

Objectif 3 : Améliorer la communication autour des hépatites.

- Proposition 6 : Renforcer les actions des collectivités dans la communication.

L'HÉPATITE C, UNE ÉPIDÉMIE ÉTENDUE, SILENCIEUSE ET GRAVE

Un virus porté par 2 % de la population mondiale

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'hépatite C est une bombe virale à retardement qu'il est urgent de désamorcer. Entre 130 et 150 millions de personnes seraient chroniquement infectées par le virus de l'hépatite C, soit 2 % de la population mondiale. À l'origine d'une inflammation chronique du foie susceptible d'évoluer lentement vers une cirrhose, puis un cancer hépatique, ce virus serait responsable de 350 000 à 500 000 décès par an dans le monde. L'Asie et l'Afrique sont les régions avec les taux de prévalence les plus élevés¹. Un pic est relevé en Égypte, avec plus d'un dixième de la population présumée contaminée².

Carte 1 : La prévalence de l'hépatite C dans le monde



Source : D. Lavanchy, « Evolving epidemiology of hepatitis C virus », *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 17, n° 2, février 2011, p. 108.

200 000 Français sont porteurs chroniques du VHC

Avec une prévalence inférieure à 1 %, la France figure parmi les pays à faible endémicité. Pour autant, l'hépatite C reste un réel problème de santé publique dans notre pays³. La dernière enquête nationale sur le sujet, conduite par l'Institut de veille sanitaire (InVS), remonte à 2004. Pour la France métropolitaine, cette enquête avait estimé à près de 370 000 le

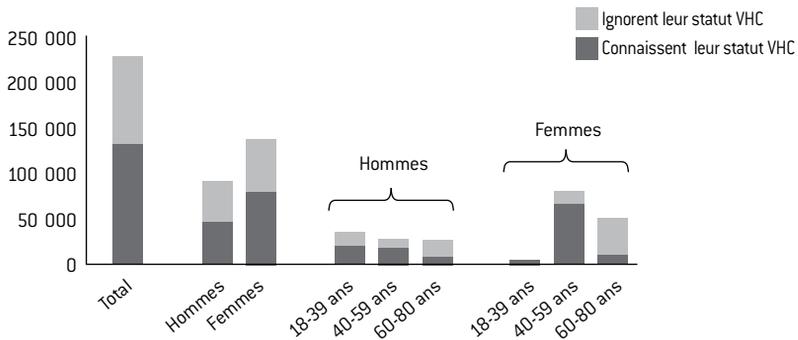
1. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/ [consulté le 26 novembre 2014].

2. www.who.int/features/2014/egypt-campaign-hepatitis/fr/ [consulté le 26 novembre 2014].

3. Daniel Dhumeaux [dir.], *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014, sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF*, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014, p. 1 (désormais appelé « rapport Dhumeaux » dans la suite de cette note).

nombre de personnes ayant été en contact avec le virus au cours de leur vie, soit 0,84 % de la population⁴. Parmi elles, plus de 230 000 étaient porteuses du virus au moment de l'enquête (0,53 % de la population)⁵. Signe de sa gravité, l'hépatite C a été associée, en 2001, à 3 600 décès en France⁶, dont 2 600 lui sont directement imputables⁷. Pour comparaison, le nombre de tués sur les routes du pays a été de 3 268 en 2013⁸.

Graphique 1 : Estimation du nombre de personnes infectées par le VHC en France métropolitaine en 2004



Source : Rapport Dhumeaux, p. 24.

L'emploi d'un modèle prédictif s'appuyant sur l'ensemble des connaissances disponibles et sur des hypothèses crédibles a permis d'estimer l'évolution de l'épidémie en France au cours des dix dernières années. Suivant cette approche, 200 000 Français seraient actuellement porteurs chroniques du virus, dont 70 000 ignorant leur infection⁹. L'épidémie de l'hépatite C se révèle ainsi plus étendue que celle du VIH, dont on estime à 150 000 le nombre de porteurs en France (29 000 sans le savoir)¹⁰. Au vu de cette épidémiologie, il est fortement regrettable que la lutte contre l'hépatite C ne bénéficie pas d'une portée médiatique plus forte.

Suivant le modèle prédictif, parmi les 200 000 Français porteurs chroniques du VHC :

4. *Ibid.*, p. 4. Intervalle de confiance (IC) à 95% : 269 361-464 750.

5. *Ibid.* IC 95 % : 167 869-296 523.

6. *Ibid.*, p. 13. IC 95 % : 2 499-4 735.

7. *Ibid.* IC 95 % : 1 641-3 650.

8. Observatoire interministériel de la sécurité routière (ONISR), *L'Accidentalité routière en 2013. Bilan sommaire*, 22 septembre 2014.

9. Rapport Dhumeaux, p. 13.

10. Estimation pour l'année 2010. *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013, sous la direction du Pr Philippe Morlat*, La Documentation française, 2013, p. 43.

- 43 % seraient à un stade précoce de la maladie (fibrose F0-F1)¹¹ ;
- 49 % au stade F2 à F4 ;
- 8 %, soit 16 000 patients, souffriraient déjà d'une cirrhose décompensée et/ou d'un cancer hépatique¹².

Les usagers de drogues sont les premières victimes du VHC, la population générale n'est pas épargnée

Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang. Le contact infectieux peut être direct ou indirect, *via* des ustensiles eux-mêmes contaminés. Les usagers de drogues en sont ainsi les premières victimes, avec 80 % des nouvelles contaminations¹³. Néanmoins, le manque de sécurité transfusionnelle avant 1992 et les précautions d'asepsie aléatoires en milieu médical jusqu'à la fin des années 1990 ont contribué à diffuser la maladie au sein de la population générale. La typologie des personnes contaminées en France s'appréhende donc à la lumière des modes de contamination et de leur évolution.

Les usagers de drogues : première population à risque

La consommation de drogues par voie intraveineuse, avec partage de seringues et de petits matériels (cotons, cuillères...) est de loin le principal vecteur de contamination. Parmi les usagers de drogues, la prévalence du VHC est très élevée : près de la moitié des personnes ayant déjà consommé des drogues par voie intraveineuse et près d'une personne sur dix en ayant consommé par voie nasale ont déjà été en contact avec le virus au cours de leur vie¹⁴ (rappelons que cette prévalence est inférieure à 1 % dans la population générale).

La prévalence parmi les usagers de drogues varie du simple au double entre les grandes agglomérations françaises, avec des taux allant de 24 % à Bordeaux à 56 % à Marseille¹⁵. De telles disparités géographiques appellent logiquement des stratégies de dépistage et de prise en charge différenciées selon les territoires.

11. La fibrose hépatique correspond à un durcissement du foie résultant d'une inflammation chronique de cet organe. Plus la fibrose est importante, plus la situation est critique. Le niveau de fibrose est mesuré sur une échelle allant de F0 (foie normal) à F4 (cirrhose).

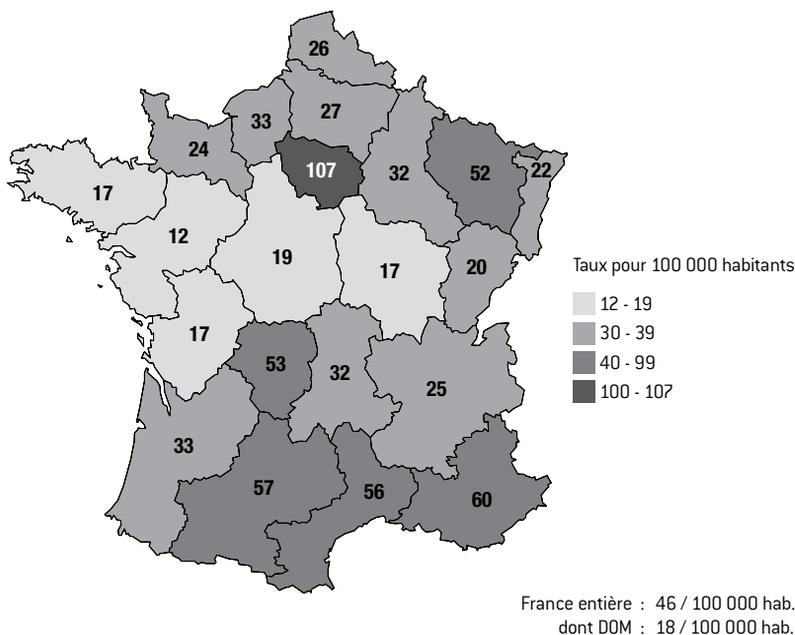
12. Rapport Dhumeaux, p. 13.

13. *Ibid.*, p. 343.

14. *Ibid.*, p. 5 ; enquête InVS, 2004 ; Enquête Coquelicot, 2011.

15. Rapport Dhumeaux, p. 5 ; Enquête Coquelicot, 2011.

Carte 2 : Une prévalence plus importante en Île-de-France et dans le Sud-Est



Source : InVS [C. Brouard et al., « Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 21 mai 2013, p.207].

Les autres populations à haut risque : les détenus, les migrants issus de pays à forte endémicité et les populations en situation de précarité

Les détenus

Les populations incarcérées sont cinq fois plus susceptibles de se retrouver en contact avec le VHC que la population générale, avec une prévalence des anticorps anti-VHC de 4,8 %. Lorsque les détenus sont originaires d'Europe de l'Est ou d'Asie, cette prévalence atteint même 12 %¹⁶.

Les migrants issus de pays à forte endémicité

Les résidents français originaires de pays à forte endémicité présentent logiquement une prévalence supérieure à la moyenne nationale. La prévalence des anticorps anti-VHC a été estimée, en 2004, à 1,7 % chez les migrants nés en zone de moyenne endémicité (Afrique, Asie, Pacifique et

16. Rapport Dhumeaux, p. 5 ; Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé-Direction générale de la santé, *Enquête Prévacar 2010. Résultats de l'enquête nationale*, 2012, p. 9.

sous-continent indien) et à 10,2 % chez ceux nés au Moyen-Orient, zone de forte endémicité. Le risque s'accroît sensiblement lorsque ces personnes se révèlent être en situation de précarité (2 à 5 %) ¹⁷.

Les populations en situation de précarité

Les inégalités sociales de santé restent prégnantes en France et la diffusion de l'hépatite C chez les populations les plus modestes en est une illustration. En 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC était en effet trois fois plus élevée chez les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (2,5 %) que chez les non-bénéficiaires (0,7 %) ¹⁸. On comprend ainsi la nécessité d'une implication forte des collectivités locales qui comptent parmi leurs compétences l'assistance sociale.

Les sources de contamination antérieures aux années 1990 ont diffusé la maladie dans la population générale

L'« affaire du sang contaminé »

Jusqu'en 1992, la transfusion de sang contaminé a été le principal levier de diffusion du VHC en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord. Le virus n'a en effet été formellement identifié qu'en 1989 et n'impliquait donc pas auparavant de test sérologique spécifique des dons sanguins. Le dépistage des anticorps anti-VHC est devenu obligatoire quelques mois seulement après l'identification virus. En 2001, le dépistage du virus lui-même est devenu obligatoire pour tous les dons. Ces mesures de sécurité sanitaire élémentaires ont permis d'annihiler presque totalement le risque d'une contamination transfusionnelle en France. Dans le pays, on ne compte à présent plus qu'un don affecté tous les trois à quatre ans ¹⁹. Le bilan des infections transfusionnelles d'avant 1992 est lourd : le rapport du professeur Micoud de 1993 sur l'état de l'hépatite C en France avance une estimation basse de 100 000 victimes et une estimation haute de 500 000 ²⁰.

Les défaillances d'asepsie en milieu médical jusqu'en 1997

Jusqu'à la fin des années 1990, certains actes médicaux (endoscopies, acupunctures, mésothérapies, soins dentaires, chirurgies...), réalisés dans des conditions d'asepsie sous optimales, ont constitué un vecteur de transmission

17. Rapport Dhumeaux, p. 5.

18. *Ibid.*, p. 4.

19. *Ibid.*, p. 8.

20. « Rapports du Haut Comité », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 2, mars 1993, p. 38.

du virus aux patients, mais également aux professionnels médicaux. Les précautions universelles d'asepsie ont depuis été fortement renforcées et le risque de contracter le VHC en milieu médical a ainsi été diminué.

Monsieur et Madame Tout-le-Monde, porteurs potentiels du VHC

Bien que l'hépatite C soit socialement associée à l'usage de drogues, Monsieur et Madame Tout-le-Monde, sujets d'une transfusion avant 1992 ou de soins dans un établissement de santé avant 2000, sont bel et bien des porteurs potentiels du VHC. La question des dépistages parmi la population générale, et non uniquement auprès des personnes aujourd'hui les plus exposées (usagers de drogues, détenus, migrants), est donc cruciale. Pour cette raison, le rapport Dhumeaux préconise un dépistage systématique des hommes entre 18 et 60 ans, au moins une fois dans leur vie, et des femmes enceintes dès la première consultation prénatale²¹.

Les modes de contamination résiduels

La contamination ayant lieu par le sang, le simple partage d'une brosse à dent, une relation sexuelle, un accouchement, un nouveau tatouage ou un piercing peuvent constituer une occasion de contracter le virus. Ces risques sont néanmoins à relativiser :

- le risque de transmission lors d'une relation sexuelle est extrêmement faible chez les couples hétérosexuels stables : il y aurait moins d'un cas de transmission pour dix millions de contacts sexuels. La multiplication des partenaires accroît cependant le risque, ainsi que la co-infection avec le VIH²² ;
- la contamination de la mère à l'enfant est possible mais rare. Une mère contaminée n'a en effet « que » 5 % de chance de transmettre le virus à son enfant, mais ce risque passe à 20 % en cas de co-infection avec le VIH²³ ;
- un risque existe vraisemblablement pour les actes de tatouage et de piercing, surtout lorsqu'ils sont réalisés dans des conditions d'asepsie non optimales. Néanmoins, ce risque n'a pas été formellement détecté dans toutes les études²⁴. Les normes sanitaires strictes qui s'appliquent aux tatoueurs et aux perceurs français se révèlent donc efficaces pour limiter les risques d'infection.

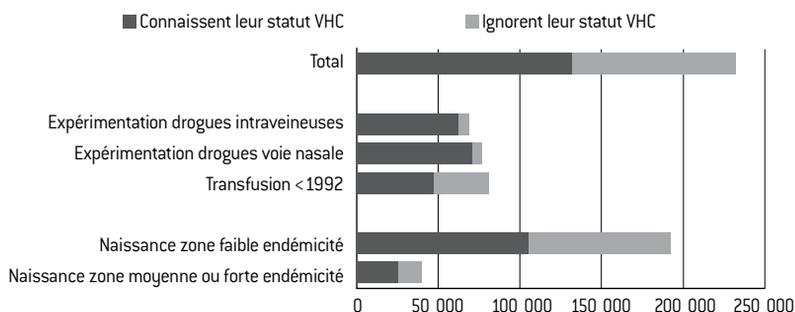
21. Rapport Dhumeaux, p. 36. Les femmes, qui consultent plus, ont, elles, davantage d'opportunités de dépistage.

22. *Ibid.*, p. 8.

23. *Ibid.*

24. *Ibid.*

Graphique 2 : Estimation du nombre de personnes infectées par le VHC en France métropolitaine en 2004 ²⁵



Source : InVS, enquête de prévalence 2004.

DES TRAITEMENTS TRADITIONNELS CHERS ET SOUS-OPTIMAUX

Une infection chronique chez 80 % des individus infectés

Une personne infectée par le virus de l'hépatite C déclenche une réponse immunitaire qui parvient dans 15 à 25 % des cas à éliminer le virus en moins de six mois, sans traitement. Passé ce délai, le virus échappe aux défenses naturelles et l'hépatite devient chronique. Asymptomatique, l'infection conduit silencieusement, année après année, au développement d'une fibrose hépatique qui peut rester bénigne ou évoluer vers une cirrhose²⁶, puis potentiellement vers un cancer²⁷. Suite à une infection de vingt à trente années, une cirrhose se déclare chez 10 à 20 % des patients. Le foie est alors endommagé de manière irréversible et le risque de cancer hépatique est augmenté. Un cancer du foie sur quatre dépisté en France est ainsi lié à une hépatite C. Une fois le cancer déclaré, et malgré un programme d'hospitalisation lourd, le taux de survie à un an des patients n'est plus que de 67 %²⁸.

25. *Ibid.*, p. 25.

26. Les premiers symptômes d'une fibrose sévère sont divers et handicapants au quotidien : fièvre, fatigue, perte d'appétit, nausées, vomissements, douleurs abdominales, urine foncée, selles grises, douleurs articulaires et jaunisse.

27. AbbVie, « La progression de l'infection de l'hépatite C »

28. *Ibid.*

La bithérapie des années 2000

Jusqu'en 2010, le meilleur traitement pour guérir d'une hépatite C chronique reposait sur la combinaison de deux médicaments : l'interféron, qui stimule les défenses naturelles de l'organisme, et la ribavirine, un antiviral. D'une durée de 6 à 12 mois et efficace seulement à 50-75 % (selon le génotype du virus), ce traitement s'accompagne d'effets psychiatriques indésirables fréquents : dépression, troubles du sommeil ou encore irritabilité et anxiété. L'observance du traitement est en conséquence médiocre et les échecs thérapeutiques pour cause d'abandon sont nombreux.

L'hépatite C figurant parmi les affections de longue durée (dont la liste est fixée par décret), la bithérapie est financée à 100 % par l'assurance maladie, pour un prix compris entre 7 500 et 15 000 euros la cure (selon le génotype du virus).

Les transplantations pour les stades les plus critiques de la maladie

La transplantation hépatique a pris une place majeure dans le traitement des hépatites sévères et tend à devenir de plus en plus courante avec l'augmentation du nombre de cirrhoses et de carcinomes hépatocellulaires. La transplantation n'élimine cependant pas le virus de l'hépatite C. Aussi, le greffon se retrouve infecté dans 9 cas sur 10 et l'évolution vers une nouvelle cirrhose s'en trouve accélérée. Les taux de survie des patients après une transplantation hépatique sont en conséquence médiocres : 95 % à un mois, 82 % à un an et 65 % à cinq ans²⁹.

Comme pour les bithérapies, les transplantations sont entièrement financées par l'assurance maladie, pour un coût de plusieurs dizaines de milliers d'euros. Suivant une étude de 2012, portant sur des données de 2009, le coût moyen annuel pour un patient transplanté est de 46 000 euros³⁰.

29. Pour la période 2002-2007. Rapport Dhumeaux, p. 263.

30. Michel Rotily et al., « How did chronic hepatitis C impact costs related to hospital health care in France in 2009? », *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, vol. 37, n°4, septembre 2013, p. 365-372.

Tableau 1 : Tarifs hospitaliers relatifs à la transplantation hépatique (secteur public)

	Sévérité	Nbre de séjours PMSI 2012	Tarifs 2013 (en euros)
Prélèvement du foie	–	–	7 333
Transplantation hépatique	1	39	21 502
	2	184	30 493
	3	405	39 801
	4	475	47 255
Rejet de greffe	1	1 031	1 783
	2	747	7 846
	3	418	16 773
	4	211	25 865
	Rejet très courte durée	938	682
Suivi d'une greffe de foie	1	4 054	743
	2	194	3 275
	3	59	4 799
	4	15	6 278
Forfait annuel greffe	Variable selon le nombre de greffes		

Source : Agence de la biomédecine, *Modalités de financement 2013 des activités de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques*, mai 2013.

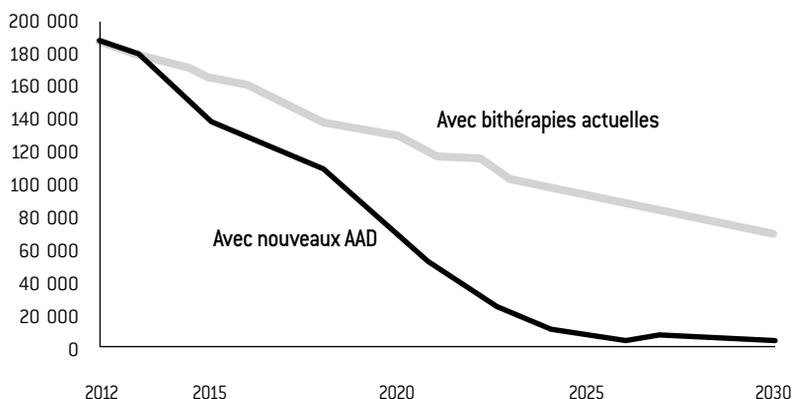
VERS UNE ÉRADICATION DE L'HÉPATITE C EN FRANCE

De nouveaux traitements fortement efficaces

Le traitement médical de l'hépatite C a récemment connu une révolution radicale : de nouvelles molécules permettent de guérir les patients dans plus de 90 % des cas, sans effet indésirable notable et en quelques mois seulement. Cette avancée thérapeutique majeure repose sur des antiviraux à action directe (AAD) qui ne nécessitent pas l'association de l'interféron – une grande partie de l'intérêt de l'innovation se situe dans cette absence d'association – et grâce auxquels l'éradication du VHC devient en théorie techniquement possible en France en seulement cinq ans (contrainte économique temporairement mise de côté !).

D'après un modèle de prévision épidémiologique, la délivrance de nouveaux AAD aux patients souffrant d'une fibrose modérée ou avancée en 2014 et 2015, puis à tous les patients à compter de 2016, quelle que soit leur fibrose, permettrait de réduire la population infectée par le virus de 68 000 individus à horizon 2030, par rapport aux traitements actuels.

Graphique 3 : Prédiction épidémiologique de l'infection du VHC en France, de 2012 à 2030



Source : H. Leuleu et al., 2013 ; rapport Dhumeaux, p. 219.

La guérison améliore la qualité de vie des patients : leur fibrose hépatique se stabilise, voire régresse, et l'évolution vers une cirrhose s'interrompt. Une guérison, même tardive, permet de réduire le risque de cancer hépatique. Suivant le modèle de prédiction épidémiologique et les hypothèses retenues, 8 200 cirrhoses et 8 100 décès associés au VHC seraient ainsi évités à horizon 2030. À moyen et long terme, la nouvelle génération d'AAD va donc permettre d'éviter de nombreux traitements, à la fois éprouvants pour les patients et coûteux pour l'assurance maladie. Ce faisant, les AAD peuvent se révéler coût efficient même pour des niveaux de prix en apparence élevés³¹.

De nouveaux outils pour une stratégie de dépistage plus efficiente

En parallèle des nouveaux traitements, de nouveaux outils permettent d'améliorer le dépistage. Il s'agit des tests d'orientation diagnostique et du FibroScan®.

Les tests d'orientation diagnostique (Trod)

Actuellement en expérimentation, les tests salivaires d'orientation diagnostique présentent trois avantages majeurs comparativement aux tests en laboratoire :

- ils sont simples d'utilisation et ne requièrent aucun prélèvement veineux, ce qui les rend plus acceptables auprès des populations et adaptés à une utilisation par des non-professionnels médicaux ;

31. Cette notion de coût efficient intègre la question du prix mais également celle de l'efficacité à travers les années de vie gagnées pondérées par leur qualité. Pour plus de précision, voir Nicolas Bouzou, *Un accès équitable aux thérapies contre le cancer*, Fondation pour l'innovation politique, 2014, p. 29.

- ils peuvent être employés hors structures médicales, au plus près des populations ciblées ;
- ils sont rapides, aussi bien dans leur utilisation que dans l'obtention des résultats (environ 20 minutes).

La fiabilité des Trod n'atteint cependant pas 100 % et tout résultat positif doit être confirmé par un test sanguin. Le recours à un Trod coûte 15 euros, contre 40 euros pour un test en laboratoire. Cet écart favorable de prix va permettre d'étendre la stratégie de dépistage à moindre coût pour l'assurance maladie (le test en laboratoire étant remboursé à 100 %).

Le FibroScan®

Également en expérimentation, le FibroScan® permet d'améliorer sensiblement la stratégie de dépistage des hépatites virales, et plus largement des maladies du foie. Par un système d'ultrasons, ce dispositif mesure la fibrose hépatique de manière instantanée, non invasive et sans douleur.

Une éradication du VHC en France : quel coût pour la société ?

Un coût apparent élevé

Le premier traitement de nouvelle génération contre le VHC (intégrant des AAD) à avoir obtenu une autorisation de mise sur le marché est délivré en France au coût facial de 41 000 euros la cure. En réalité, le coût total est supérieur car ce traitement implique une association avec d'autres molécules qui remplacent l'interféron. Dans ces conditions, l'assurance maladie devrait déboursier plusieurs milliards d'euros pour guérir les patients souffrant d'une fibrose modérée ou avancée, et évidemment beaucoup plus pour traiter l'ensemble des patients, quelle que soit leur fibrose³². Il s'agit de montants colossaux, même rapportés à la masse de la dépense publique de médicament (27 milliards d'euros en 2012).

Les nouveaux traitements modifient la structure temporelle des coûts médicaux ainsi que la probabilité d'une aggravation de l'état conduisant à une inflation de ces coûts. Une thérapie en apparence coûteuse mais efficace peut donc se révéler coût efficiente si on incorpore dans une évaluation de long terme l'ensemble des aspects socio-économiques de la maladie. L'épidémiologiste Sylvie Deuffic-Burban a ainsi calculé que l'emploi des nouveaux AAD était coût efficiente à 60 000 euros pour les patients ayant

32. Suivant un modèle épidémiologique [rapport Dhumeaux, p. 13], il y aurait en France 200 000 personnes atteintes d'une hépatite C chronique, dont 49 % sont à un stade de fibrose modérée ou avancée, soit 98 000 patients à traiter. Néanmoins, tous ces patients ne sont pas dépistés à ce jour.

une fibrose modérée ou avancée (\geq F2), mais non pour les autres (F0 et F1)³³. Il n'en reste pas moins que le prix concédé constitue un frein à une diffusion large du traitement, condition pourtant nécessaire à une éradication rapide du virus en France.

Accepter qu'un prix « juste » puisse être élevé

S'il est essentiel d'aboutir à un « juste prix », la société civile doit comprendre que ce prix puisse se révéler légitimement élevé. En France, les prix des médicaments remboursés sont déterminés par le Comité économique des produits de santé (CEPS), une instance placée sous l'autorité conjointe des ministres en charge de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Économie. À elle de s'assurer que l'assurance maladie finance les traitements aux meilleurs prix et dans le respect des industriels de la santé.

Le CEPS déclare s'appuyer sur quatre grands critères pour définir un tarif :

- l'amélioration du service médical rendu (ASMR). Cette notion prend en considération l'efficacité clinique et la valeur ajoutée thérapeutique des traitements (soit leurs apports relativement aux alternatives existantes) ;
- les prix des médicaments à même visée thérapeutique, qui constituent une base de référence ;
- le volume des ventes prévues. Plus une molécule s'adresse à un marché restreint, plus son prix sera élevé afin de garantir à son concepteur un retour sur investissement suffisant ;
- les conditions d'utilisation, prévisibles et réelles.

En vertu du principe de l'ASMR, qui rémunère les efforts d'innovation des industriels, les prix des produits à la fois innovants et performants ont connu une escalade au fil des ans. Des thérapies ciblées contre les cancers reviennent ainsi à 50 000 euros par an et par patient. Pourtant, à ce prix, la durée de vie médiane des patients n'est repoussée que de quelques mois³⁴. Il est toutefois fondamental de comprendre que les prix des traitements innovants, même s'ils peuvent paraître élevés, ont été convenus par le CEPS suite à des études approfondies et indépendantes sur leurs avantages thérapeutiques, et en toute conscience des contraintes financières de l'assurance maladie et de la nécessité de soutenir la recherche pharmaceutique.

33. Sylvie Deuffic-Burban *et al.*, « Should we await IFN-free regimens to treat HCV genotype 1 treatment-naive patient? A cost-effectiveness analysis [ANRS 95141] », *Journal of Hepatology*, vol. 61, n° 1, juillet 2014, p. 7-14. À noter que parmi les financeurs de l'étude figurent des laboratoires pharmaceutiques.

34. Le temps de vie gagné grâce aux thérapies ciblées, à ce jour de quelques mois seulement, peut néanmoins représenter un doublement de la durée de vie médiane des patients atteints d'un cancer en phase terminale, relativement aux traitements traditionnels.

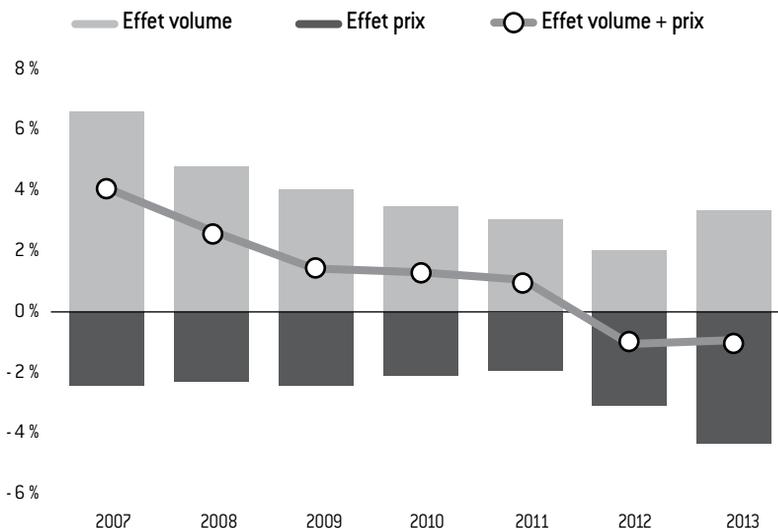
Des innovations financées par des économies sur les médicaments de ville

Il est impératif de conserver une vision d'ensemble du marché pharmaceutique pour mieux appréhender les prix de certains médicaments innovants.

Depuis vingt ans, trois mutations majeures obligent les laboratoires à redéfinir leur modèle économique :

- les brevets des blockbusters³⁵ sont pour la plupart tombés dans le domaine public. Les génériques ont fortement tiré les prix vers le bas et gagnent en parts de marché, notamment grâce à l'appui des pouvoirs publics ;
- les contraintes financières rencontrées par les systèmes sociaux ont conduit les États à comprimer sensiblement les prix des médicaments remboursés. En France, la réduction des prix des produits de santé opérée en 2014 représente 1 milliard d'euros d'économie, sur les 2,2 milliards intégrés à l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)³⁶ ;
- le coût marginal des progrès dans le domaine des sciences du vivant s'accroît tendanciellement, autrement dit la R&D pharmaceutique est de plus en plus sophistiquée et coûteuse.

Graphique 4 : Taux de croissance annuelle de la consommation pharmaceutique en France



Source : Comptes de la santé, Drees.

35. Médicaments vendus en très grande quantité et générant un important chiffre d'affaires. Le Doliprane® est le blockbuster par excellence.

36. Loi de financement de la sécurité sociale 2014.

En réaction à la tombée des brevets, aux baisses tarifaires et à l'inflation des frais de R&D, les laboratoires innovants ont adopté deux stratégies :

- ils se concentrent pour bénéficier d'économies d'échelle ;
- alors que les blockbusters reposaient sur le modèle de la consommation de masse, les laboratoires innovants orientent à présent leurs efforts de recherche sur des traitements de pointe, destinés à des marchés restreints, voire individualisés.

Les laboratoires innovants cherchent ainsi à compenser la baisse des recettes sur les gammes « grand public » avec des produits de niche, onéreux, mais à forte valeur ajoutée thérapeutique. Côté assurance maladie, tout se passe comme si les économies dégagées sur les médicaments de ville étaient employées à soutenir l'introduction de thérapies innovantes, plus efficaces et porteuses d'espoir.

LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE C EN FRANCE : UNE ORGANISATION PERFORMANTE MAIS PERFECTIBLE

La prise en charge des personnes atteintes d'une hépatite C repose sur l'intervention de nombreux acteurs aux compétences diverses et complémentaires : médecins généralistes et spécialistes, infirmières, pharmaciens d'officine et hospitaliers, assistantes sociales, psychologues, associations... Améliorer l'efficacité du système repose donc avant tout sur une meilleure coordination de ces professionnels médicaux et sociaux.

Dépistage et suivi des patients : une multitude d'acteurs

Les acteurs de dépistage sont nombreux. Il s'agit :

- des cabinets de médecins généralistes ;
- des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) ;
- des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ;
- des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ;
- des associations.

Lorsque l'un de ces acteurs identifie une personne infectée par le virus, il la renseigne sur la maladie et les traitements et l'oriente vers un hépatologue

pour une consultation avancée, à l'hôpital dans 9 cas sur 10. Ces acteurs assurent ensuite un suivi des patients qui se doit d'être particulièrement attentif, car :

- ils s'agit souvent de populations précaires qui nécessitent un accompagnement psychologique et social dans la durée ;
- le traitement par interféron induit des effets indésirables importants, ce qui nécessite parfois un soutien psychologique, notamment pour les familles ;
- l'éducation thérapeutique qui maximise l'observance est une clé de régulation des coûts et d'efficacité, surtout pour les nouveaux traitements onéreux.

La Maison du patient de Lyon : un modèle de suivi

À Lyon, la Maison du patient constitue un modèle unique en France en matière de suivi. Il s'agit d'une structure associative, paramédicale et pluridisciplinaire, spécialisée dans l'accompagnement personnalisé des patients atteints d'une hépatite virale. Elle a par ailleurs diversifié son activité en intégrant un pôle dans le champ de l'addiction et en mutualisant, avec le réseau Virages Santé, ressources et moyens dans le domaine du VIH. Cette « Maison », intégrée à un réseau ville-hôpital actif³⁷, compte neuf professionnels impliqués, dont deux infirmières pour l'éducation thérapeutique, un infirmier de coordination et un médecin référent pour le sevrage de l'alcool³⁸, deux psychologues, une assistante sociale, une chargée de projets et une coordinatrice. Les missions du centre sont plurielles :

- la Maison informe et rassure les patients suite à un test de dépistage positif, dans l'attente, parfois longue, d'une consultation auprès d'un hépatologue ; elle oriente vers un spécialiste, action clé dans la mesure où l'expérience montre que de nombreux patients ne savent pas avec qui prendre rendez-vous après un dépistage positif ;
- elle facilite les liens entre les patients et les médecins, notamment en échangeant avec les spécialistes des patients et en effectuant des débriefings des consultations médicales avec les patients ;
- elle assure une éducation thérapeutique individualisée ;
- elle assure un accompagnement social individualisé ;
- enfin, elle est un lieu de ressources pour les professionnels de santé dans les domaines des hépatites, de l'addictologie et du VIH.

37. Association Ville Hôpital Hépatite C (AVHEC) de Lyon.

38. L'alcoolisme génère des maladies hépatiques, dont la cirrhose, et accélère la dégradation du foie en cas d'infection par le VHC, d'où la nécessité d'un sevrage.

Des pôles hospitaliers dédiés aux hépatites virales

Chaque région dispose au moins d'un pôle hospitalier dédié aux hépatites. Au nombre de 33 en France, ces services experts de lutte contre les hépatites virales (SELHV) remplissent un rôle structurant dans la prise en charge des patients sur un territoire donné. Leurs missions sont :

- la recherche sur les hépatites virales ;
- l'évaluation clinique des patients complexes ;
- le suivi de cohortes ;
- la formation théorique et pratique des professionnels médicaux et sociaux ;
- l'élaboration de protocoles de soins ;
- la surveillance de l'épidémiologie régionale.

En outre, certains de ces services experts assurent une coordination locale des structures et des professionnels engagés dans la lutte contre les hépatites virales.

Un système plutôt performant...

Le modèle français de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C est plutôt performant si l'on se réfère aux statistiques épidémiologiques :

- la France a en effet un taux de prévalence faible, inférieur à 1 % ;
- son taux de dépistage est le plus élevé d'Europe, avec 64 % des patients au fait de leur statut sérologique fin 2011 ;
- le taux d'accès aux traitements, notamment les plus innovants, est également le plus élevé d'Europe (15 % fin 2005)³⁹.

... mais des temps d'attente longs et un déficit de communication

Des faiblesses sont néanmoins saillantes :

- des ruptures dans les parcours de soins surviennent pour deux raisons : une fraction de la population infectée se sent stigmatisée et/ou est marginalisée, ce qui complexifie le suivi médico-social, et les effets indésirables de l'interféron engendrent des abandons thérapeutiques ;
- la durée d'attente pour une consultation d'hépatologue peut excéder six mois dans certains territoires. Cette situation résulte d'un manque de médecins dans certaines localités. L'attente est en outre indépendante de la situation clinique des patients. Les rendez-vous sont généralement convenus auprès de standardistes hospitaliers qui ne sont évidemment pas en mesure d'évaluer la sévérité des cas pour adapter la date de rencontre avec l'hépatologue ;

39. Sylvie Deuffic-Burban, lors des 2^{es} Rencontres parlementaires sur l'hépatite C, 27 mai 2014.

– les efforts de communication sont très insuffisants, tant à l’égard du grand public que des populations exposées. Résultat : 8 Français sur 10 se jugent mal informés sur les hépatites. Une Journée nationale et une Journée mondiale de lutte contre les hépatites B et C existent, mais leur portée est fortement limitée. En dehors de ces journées, peu d’actions de sensibilisation sur les hépatites sont menées.

Avec des durées de traitement courtes et sans effet indésirable, les nouveaux AAD vont permettre de sensiblement réduire les cas de ruptures de soins. Sans mesures adaptées, les problèmes du temps d’attente et du manque de communication resteront cependant entiers.

PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE ET ACCÉLÉRER L’ÉRADICATION DU VHC EN FRANCE

Il est désormais possible d’éradiquer l’hépatite C dans notre pays en moins de dix ans grâce aux nouvelles thérapies. Pour cela, encore faut-il :

- renforcer les efforts de communication et de dépistage auprès du grand public et des populations les plus exposées ;
- améliorer la prise en charge médicale en réduisant les durées d’attente pour les consultations avancées ;
- améliorer le suivi social en diversifiant les possibilités d’accompagnement des patients en situation de précarité.

Nous présentons ci-dessous plusieurs pistes à étudier pour relever avec succès le défi d’une éradication rapide du virus en France et, plus globalement, pour améliorer la prise en charge médicale en ville.

Objectif 1 : Accroître les moyens humains et financiers alloués à la lutte contre les hépatites

Une éradication rapide du virus en France suppose que davantage de ressources soient allouées aux centres experts (SELHV) et aux associations. Les budgets publics étant sous tension, l’État et les collectivités locales ne peuvent recourir à l’emprunt pour dégager ces ressources. À budget public constant, un arbitrage favorable aux programmes de lutte contre l’hépatite C peut néanmoins être opéré. Pour cela, les deux possibilités suivantes pourraient être étudiées :

- financer des actions communes de lutte contre le VIH-VHC lorsque cela est pertinent⁴⁰ ;
- procéder à une mutualisation accrue de moyens entre programmes « VIH » et programmes « VHC ».

Proposition 1 : Financer des actions communes « VIH-VHC »

Les populations ciblées par les associations de lutte contre le VIH et de lutte contre les hépatites se recoupent en partie. On estime en effet que près de 30 % des personnes vivant avec le VIH sont chroniquement atteintes d'une hépatite B et/ou C⁴¹. Ces personnes requièrent un suivi d'autant plus attentif qu'elles souffrent d'une morbidité et d'une mortalité supérieures aux malades mono-infectés et qu'elles endurent des thérapies plus lourdes. Pour cette raison, les associations de lutte contre le VIH ont étendu leur champ d'action aux hépatites virales. Dans un contexte de finances publiques sous tension, cette diversification leur confère un argument au maintien de leurs subventions. Ce faisant, les associations spécialisées sur les hépatites se retrouvent toutefois implicitement concurrencées dans leurs levées de fonds. Des partenariats entre les associations « VIH » et « VHC » permettraient de dépasser cette concurrence implicite. Leurs collaborations prendraient la forme de projets communs, d'envergure et pluriannuels, dans les domaines de la communication, du dépistage et du suivi des patients. Pour promouvoir ces partenariats, les principaux financeurs que sont les Agences régionales de santé (ARS), les collectivités locales et les fondations pourraient émettre des appels à projets codirigés. Cette stratégie serait gagnante à la fois pour les associations, les patients et les administrations :

- les associations spécialisées sur les hépatites profiteraient des moyens d'action considérables dont disposent les associations de lutte contre le VIH (logistique, volontaires, implication de people...) ;
- les associations de lutte contre le VIH accéderaient au savoir-faire des associations spécialisées sur les hépatites, ainsi qu'à leur base de patients (point fondamental pour asseoir leur légitimité dans le domaine des hépatites) ;
- la coordination des associations avec les réseaux ville-hôpital serait facilitée. Les patients souffrant d'une co-infection bénéficieraient d'une meilleure prise en charge et des stratégies de dépistage et de suivi plus efficaces seraient établies ;

40. La proposition du rapport Dhumeaux de promouvoir des dépistages conjoints VHC-VHB- VIH s'inscrit dans une logique similaire.

41. Rapport Dhumeaux, p. 311.

– les budgets publics qui financent les associations gagneraient en efficience. Cette stratégie de partenariats pourrait également être étudiée pour les pôles hospitaliers spécialisés (Corevih-SELHV).

Proposition 2 : Procéder à une mutualisation accrue de moyens entre programmes « VIH » et programmes « VHC »

La lutte contre le VIH bénéficie d'importants moyens

La lutte contre le VIH parvient à drainer d'importants montants grâce à un travail de lobbying et des campagnes de communication efficaces. Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) – équivalents des SELHV – sont au nombre de 28 en France. Les Corevih ont perçu en 2011 une enveloppe globale de 18,6 millions d'euros au titre des Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac), soit un budget moyen de 665 000 euros par structure et une hausse de 45 % en quatre ans⁴². Une instruction du ministère de la Santé et des Sports, du 23 avril 2009 avait pourtant estimé le financement forfaitaire minimal de chaque Corevih à 265 000 euros pour 2008. Bien que ce montant soit à réévaluer en fonction du territoire couvert et du nombre de patients suivis, il n'apparaît pas que ces structures soient en situation de tension financière. Comparativement aux Corevih, les SELHV présentent des frais de fonctionnement modestes. Leur enveloppe moyenne a été de 70 000 euros en 2010 (au titre des Migac), ce qui est insuffisant pour leur permettre de mener à bien leurs missions et assurer une éradication rapide de l'hépatite C en France.

Côté associations, la première organisation de lutte contre le VIH, Aides, emploie près de 400 salariés en France, contre moins de 10 pour la première organisation de lutte contre les hépatites virales, SOS Hépatites.

Une mutualisation de moyens mesurée et temporaire

La mutualisation des moyens que nous proposons repose sur une logique de solidarité inter-pathologies, justifiée par la possibilité nouvelle d'éradiquer rapidement l'hépatite C du pays.

En cas de transfert de moyens, ces derniers doivent être :

- mesurés, pour ne pas affaiblir les actions de lutte contre le VIH ;
- temporaires, le temps d'informer les populations sur les hépatites virales et d'amorcer une dynamique favorable à l'éradication du VHC.

42. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Synthèse des rapports d'activité 2011 des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine* (Corevih).

Ces transferts renforceront par ailleurs l'incitation aux partenariats entre les acteurs de la lutte contre le VIH et ceux de la lutte contre le VHC. Le principe étant que ce qui serait « perdu » pour les premiers dans le cadre d'un transfert puisse être « retrouvé » dans le cadre d'un partenariat.

Lorsque cela est pertinent et pour préserver l'emploi, ces transferts pourront notamment prendre la forme de détachements temporaires de salariés des Corevih vers les SELHV et des associations de lutte contre le VIH vers les associations spécialisées sur les hépatites.

Les financeurs devront évaluer la pertinence et la faisabilité des transferts de moyens, en concertation avec les pôles hospitaliers et les associations.

Objectif 2 : Améliorer l'organisation de la prise en charge par la coordination des professionnels médico-sociaux

Proposition 3 : Renforcer le rôle de coordination des services experts de lutte contre les hépatites virales (SELHV)

L'organisation du système de santé français repose sur une toile complexe de structures publiques, centrales et locales, et de structures privées et associatives. L'optimisation du système repose ainsi sur deux objectifs fondamentaux :

- une répartition optimale des actions entre les acteurs ;
- une coordination efficace des acteurs.

Il revient aux SELHV, dans le cadre des réseaux ville-hôpital, de s'assurer que ces objectifs sont poursuivis et atteints. À ce jour, tous les SELHV ne sont cependant pas pleinement impliqués dans la coordination des professionnels médico-sociaux. La hausse des moyens qui leur seront conférés devrait donc s'accompagner d'objectifs en matière de coordination, définis conjointement avec les ARS.

Proposition 4 : Promouvoir le statut d'infirmière clinicienne

Les délais d'attente, qui excèdent parfois plus de six mois, s'expliquent en partie par un manque d'hépatogastroentérologues relativement aux besoins⁴³. Pour résoudre ce problème, le Centre hospitalier de Montélimar a expérimenté avec succès la consultation infirmière autonome pour les patients atteints d'hépatite C. Cette délégation de tâches, qui repose sur un protocole défini avec les médecins, permet une prise en charge rapide des patients. Les infirmières, dûment formées, évaluent l'état des patients, leur prescrivent si besoin des examens et sont en mesure de les orienter rapidement

43. Entretien avec Anne Degraix, coordinatrice de la Maison du patient de Lyon.

vers un médecin spécialiste en cas de fibrose sévère. Les médecins, eux, sont plus libres dans la gestion de leur temps.

Cette organisation, qui a fait ses preuves, pourrait être améliorée en délocalisant les consultations infirmières dans des centres médico-sociaux de ville, plus proches des populations, notamment des usagers de drogues parfois réticents à se rendre à l'hôpital.

Proposition 5 : Promouvoir les centres de ville médico-sociaux et pluridisciplinaires

La Maison du patient de Lyon est une structure de ville pertinente pour le suivi des patients atteints d'Hépatite C car leur prise en charge requiert l'intervention de différents acteurs aux compétences diverses et complémentaires (infirmières, psychologues, assistantes sociales...). Plus généralement, le modèle de la médecine de ville d'exercice collectif, associée à un service d'assistance sociale, se révèle être un schéma pertinent pour toutes les maladies.

Nous proposons donc une généralisation des centres médico-sociaux de ville dans lesquels les médecins, libéraux ou salariés, généralistes et spécialistes, travailleraient en étroite collaboration avec des infirmières cliniciennes, des psychologues, des assistantes sociales et des chargés de projets et de coordination :

- les infirmières cliniciennes seraient formées de manière à assurer des délégations de tâches jusqu'alors assurées par les médecins généralistes. Un pouvoir borné de prescription leur serait conféré et leur champ de compétences serait strictement délimité. En cas de maladie « hors compétences », ces infirmières redirigeraient les patients vers les médecins du centre, leur assurant ainsi un accès rapide à des soins à plus haute valeur ajoutée ;
- à tout moment, un ratio médecins/infirmières devra être respecté dans ces centres. Dans le respect de ce ratio, les médecins seront individuellement libres de gérer leur temps (complet ou partiel avec une activité extérieure en milieu hospitalier et/ou en cabinet libéral). Ce mode d'organisation présente l'avantage de répondre aux aspirations des nouvelles générations de médecins : privilégier le travail en équipe et la vie de famille. Les consultations « avancées » des médecins (dont les compétences requises dépassent celles des infirmières) pourraient être tarifées à un prix supérieur aux consultations habituelles. Suivant ce schéma, un équilibre peut être trouvé pour l'assurance maladie selon le prix de la consultation infirmière, le prix de la consultation « avancée » des médecins et le taux de transfert des infirmières vers les médecins ;

- le service d'assistance sociale du centre serait assuré par des salariés communaux, départementaux ou régionaux détachés à temps complet ou partiel (selon les besoins locaux) ;
- les chargés de projets et coordinations assureraient la gestion administrative des centres et piloteraient des projets dans le cadre d'un réseau ville-hôpital. Pour favoriser le développement de ce type de centre, les Régions pourraient acquérir des compétences exclusives en matière de santé. La réforme territoriale devrait faire passer le nombre de régions métropolitaines de 22 à 13. De cette réforme résultera des régions plus grandes, plus puissantes et plus à même d'assurer de nouvelles compétences suivant une logique de décentralisation accrue. Une gestion administrative et budgétaire rigoureuse permettrait à ces centres médico-sociaux d'être financièrement autosuffisants (comme le sont des cabinets libéraux collectifs). Au-delà de l'investissement initial, l'impact sur le budget des collectivités pourrait donc être modéré, voire neutre.

Voir graphique p.31 

Objectif 3 : Améliorer la communication autour des hépatites

Proposition 6 : Renforcer les actions des collectivités dans la communication

Il est impératif de sensibiliser davantage la population sur la question des hépatites virales afin de favoriser leur dépistage et leur éradication. Les Journées nationales dédiées à la lutte contre les hépatites souffrent cependant d'un manque d'engagement de la part des pouvoirs publics. Aussi il est impératif que les élus locaux prennent conscience des enjeux liés aux hépatites et engagent des actions efficaces de communication.

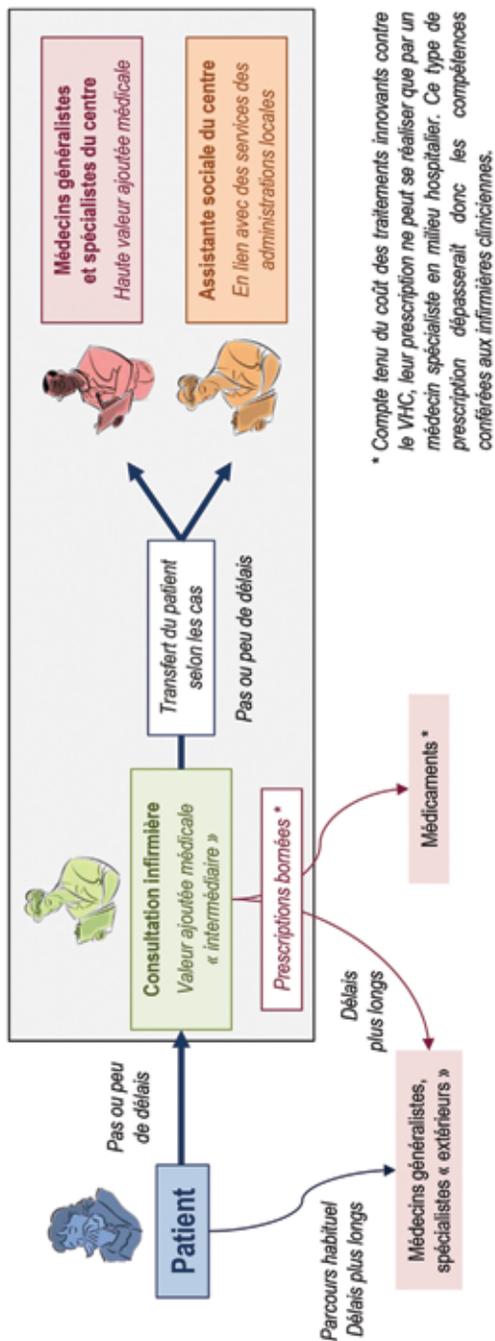
À cet égard, nous préconisons que soit laissé à la discrétion de chaque région le choix de la date des journées « Hépatites » (qui ne seraient dès lors plus nationales mais régionales). Un tel choix permettrait notamment aux régions de faire coïncider ces journées avec d'autres événements locaux.

Ainsi liées à des événements rassembleurs, les actions régionales de communication sur les hépatites, conduites aussi bien par les conseils régionaux que par les communes, seront :

- simples à organiser, car s'inscrivant dans des programmes plus larges ;
- moins coûteuses, car bénéficiant d'un effet d'économies d'échelle ;
- plus efficaces, car il y aura une proximité avec la population dans un moment propice à l'écoute de messages de santé publique.

À cela devra s'ajouter un soutien financier plus important aux campagnes d'information conduites par les associations de patients.

Graphique 5 : Modèle de structure médico-sociale pluridisciplinaire de ville

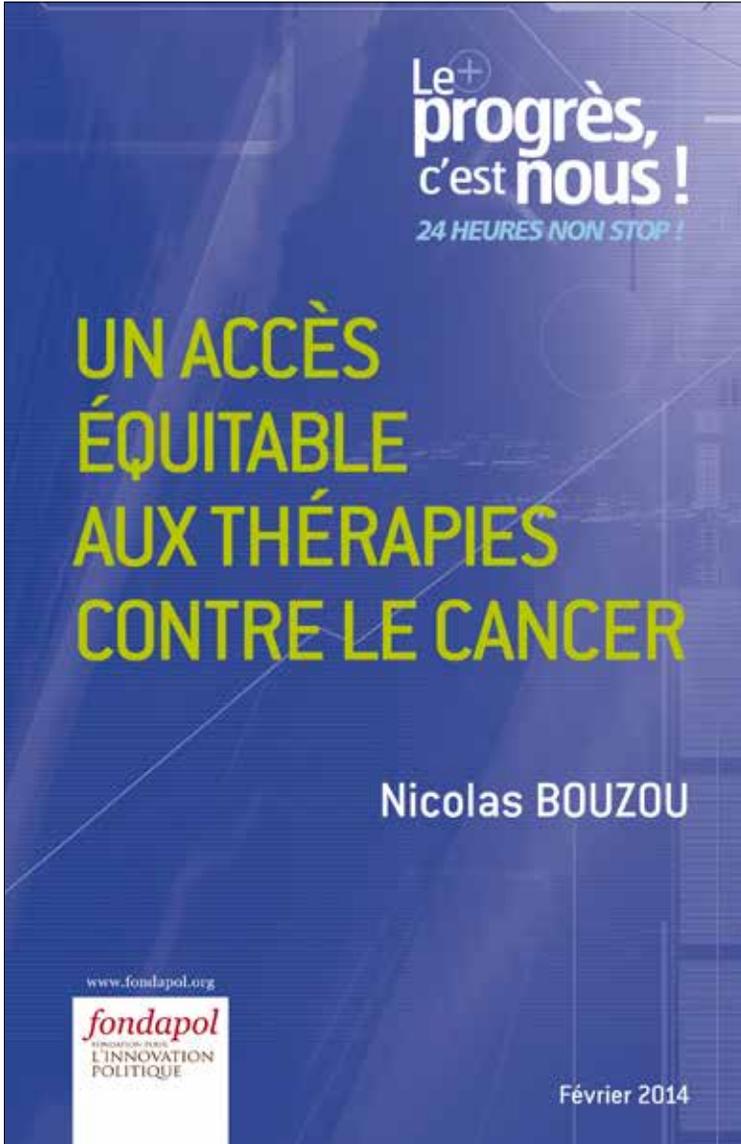


Source : Asterès

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

- BOUZOU (NICOLAS), *Un accès équitable aux thérapies contre le cancer*, Fondation pour l'innovation politique, février 2014.
- BRUGUIÈRE (MARIE-THÉRÈSE), *Santé et territoire : à la recherche de l'équilibre*, rapport d'information du Sénat, n° 600, juin 2011.
- COFFIN (PHILLIP O.) *et al.*, « Cost-effectiveness and population outcomes of general population screening for hepatitis C », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 54, n° 9, mai 2012, p. 1259-1271.
- DEUFFIC-BURBAN (SYLVIE) *et al.*, « Should we await IFN-free regimens to treat HCV genotype 1 treatment-naïve patients? A cost-effectiveness analysis (ANRS 95141) », *Journal of Hepatology*, vol. 61, n° 1, juillet 2014, p. 7-14.
- « Predicted effects of treatment for HCV infection vary among European countries », *Gastroenterology*, vol. 143, n° 4, octobre 2012, p. 974-985.
- DHUMEAUX (DANIEL), dir., *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014*, sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014.
- HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP), *Évaluation du plan national de lutte contre les hépatites B et C*, 2009-2012, avril 2013.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS), *Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD)*, juin 2014.
- *Place des tests rapides d'orientation diagnostique dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C*, mai 2014.
- *Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C*, mars 2011.
- *Dépistage de l'infection par le VIH en France*, octobre 2009.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS-DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, *Plan national de lutte contre les hépatites B et C*, 2009-2012.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, *Journée de lutte contre les hépatites virales*, compte rendu du colloque du 19 mai 2014.
- *Synthèse des rapports d'activité 2011 des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)*.

De l'auteur Nicolas Bouzou



Un accès équitable aux thérapies contre le cancer
Nicolas Bouzou, février 2014, 48 pages

NOS DERNIÈRES PUBLICATIONS

Coran, clés de lecture

Tareq Oubrou, janvier 2015, 44 pages

Le pluralisme religieux en islam, ou la conscience de l'altérité

Éric Geoffroy, janvier 2015, 40 pages

Mémoires à venir

Dominique Reynié, janvier 2015, enquête réalisée en partenariat avec la Fondation pour la Mémoire de la Shoah, 156 pages

La classe moyenne américaine en voie d'effritement

Julien Damon, décembre 2014, 40 pages

Pour une complémentaire éducation : l'école des classes moyennes

Erwan Le Noan et Dominique Reynié, novembre 2014, 56 pages

L'antisémitisme dans l'opinion publique française. Nouveaux éclairages

Dominique Reynié, novembre 2014, 48 pages

La politique de concurrence : un atout pour notre industrie

Emmanuel Combe, novembre 2014, 48 pages

Européennes 2014 (2) : poussée du FN, recul de l'UMP et vote breton

Jérôme Fourquet, octobre 2014, 52 pages

Européennes 2014 (1) : la gauche en miettes

Jérôme Fourquet, octobre 2014, 40 pages

Innovation politique 2014

Fondation pour l'innovation politique, PUF, octobre 2014, 554 pages

Énergie-climat : pour une politique efficace

Albert Bressand, septembre 2014, 56 pages

L'urbanisation du monde. Une chance pour la France

Laurence Daziano, juillet 2014, 44 pages

Que peut-on demander à la politique monétaire ?

Pascal Salin, mai 2014, 48 pages

Le changement, c'est tout le temps ! 1514 - 2014

Suzanne Baverez et Jean Sinié, mai 2014, 34 pages

Trop d'émigrés ? Regards sur ceux qui partent de France

Julien Gonzalez, mai 2014, 48 pages

L'Opinion européenne en 2014

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, avril 2014, 284 pages

Taxer mieux, gagner plus

Robin Rivaton, avril 2014, 38 pages

L'État innovant (2) : Diversifier la haute administration

Kevin Brookes et Benjamin Le Pendeven, mars 2014, 52 pages

L'État innovant (1) : Renforcer les think tanks

Kevin Brookes et Benjamin Le Pendeven, mars 2014, 52 pages

Pour un new deal fiscal

Gianmarco Monsellato, mars 2014, 8 pages

Faire cesser la mendicité avec enfants

Julien Damon, mars 2014, 48 pages

Le low cost, une révolution économique et démocratique

Emmanuel Combe, février 2014, 48 pages

Un accès équitable aux thérapies contre le cancer

Nicolas Bouzou, février 2014, 48 pages

Réformer le statut des enseignants

Luc Chatel, janvier 2014, 8 pages

Un outil de finance sociale : les social impact bonds

Yan de Kerorguen, décembre 2013, 36 pages

Pour la croissance, la débureaucratiation par la confiance

Pierre Pezziardi, Serge Soudoplatoff et Xavier Quérat-Hément, novembre 2013, 48 pages

Les valeurs des Franciliens

Guénaëlle Gault, octobre 2013, 36 pages

Sortir d'une grève étudiante : le cas du Québec

Jean-Patrick Brady et Stéphane Paquin, octobre 2013, 40 pages

Un contrat de travail unique avec indemnités de départ intégrées

Charles Beigbeder, juillet 2013, 8 pages

L'Opinion européenne en 2013

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, juillet 2013, 268 pages

La nouvelle vague des émergents : Bangladesh, Éthiopie, Nigeria, Indonésie, Vietnam, Mexique

Laurence Daziano, juillet 2013, 40 pages

Transition énergétique européenne : bonnes intentions et mauvais calculs

Albert Bressand, juillet 2013, 44 pages

La démobilité : travailler, vivre autrement

Julien Damon, juin 2013, 44 pages

LE KAPITAL. Pour rebâtir l'industrie

Christian Saint-Étienne et Robin Rivaton, avril 2013, 42 pages

Code éthique de la vie politique et des responsables publics en France

Les Arvernes, Fondation pour l'innovation politique, avril 2013, 12 pages

Les classes moyennes dans les pays émergents

Julien Damon, avril 2013, 38 pages

Innovation politique 2013

Fondation pour l'innovation politique, PUF, janvier 2013, 652 pages

Relancer notre industrie par les robots (2) : les stratégies

Robin Rivaton, décembre 2012, 32 pages

Relancer notre industrie par les robots (1) : les enjeux

Robin Rivaton, décembre 2012, 40 pages

La compétitivité passe aussi par la fiscalité

Aldo Cardoso, Michel Didier, Bertrand Jacquillat, Dominique Reynié et Grégoire Sentilhes, décembre 2012, 20 pages

Une autre politique monétaire pour résoudre la crise

Nicolas Goetzmann, décembre 2012, 40 pages

La nouvelle politique fiscale rend-elle l'ISF inconstitutionnel ?

Aldo Cardoso, novembre 2012, 12 pages

Fiscalité : pourquoi et comment un pays sans riches est un pays pauvre ...

Bertrand Jacquillat, octobre 2012, 32 pages

Youth and Sustainable Development

Fondapol/Nomadéis/United Nations, juin 2012, 80 pages

La philanthropie. Des entrepreneurs de solidarité

Francis Charhon, mai / juin 2012, 44 pages

Les chiffres de la pauvreté : le sens de la mesure

Julien Damon, mai 2012, 40 pages

Libérer le financement de l'économie

Robin Rivaton, avril 2012, 40 pages

L'épargne au service du logement social

Julie Merle, avril 2012, 40 pages

L'Opinion européenne en 2012

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, mars 2012, 210 pages

Valeurs partagées

Dominique Reynié (dir.), PUF, mars 2012, 362 pages

Les droites en Europe

Dominique Reynié (dir.), PUF, février 2012, 552 pages

Innovation politique 2012

Fondation pour l'innovation politique, PUF, janvier 2012, 648 pages

L'école de la liberté : initiative, autonomie et responsabilité

Charles Feuillerade, janvier 2012, 36 pages

Politique énergétique française (2) : les stratégies

Rémy Prud'homme, janvier 2012, 44 pages

Politique énergétique française (1) : les enjeux

Rémy Prud'homme, janvier 2012, 48 pages

Révolution des valeurs et mondialisation

Luc Ferry, janvier 2012, 40 pages

Quel avenir pour la social-démocratie en Europe ?

Sir Stuart Bell, décembre 2011, 36 pages

La régulation professionnelle : des règles non étatiques pour mieux responsabiliser

Jean-Pierre Teyssier, décembre 2011, 36 pages

L'hospitalité : une éthique du soin

Emmanuel Hirsch, décembre 2011, 32 pages

12 idées pour 2012

Fondation pour l'innovation politique, décembre 2011, 110 pages

Les classes moyennes et le logement

Julien Damon, décembre 2011, 40 pages

Réformer la santé : trois propositions

Nicolas Bouzou, novembre 2011, 32 pages

Le nouveau Parlement : la révision du 23 juillet 2008

Jean-Félix de Bujadoux, novembre 2011, 40 pages

La responsabilité

Alain-Gérard Slama, novembre 2011, 32 pages

Le vote des classes moyennes

Élisabeth Dupoirier, novembre 2011, 40 pages

La compétitivité par la qualité

Emmanuel Combe et Jean-Louis Mucchielli, octobre 2011, 32 pages

Les classes moyennes et le crédit

Nicolas Pécourt, octobre 2011, 32 pages

Portrait des classes moyennes

Laure Bonneval, Jérôme Fourquet et Fabienne Gomant, octobre 2011, 36 pages

Morale, éthique, déontologie

Michel Maffesoli, octobre 2011, 40 pages

Sortir du communisme, changer d'époque

Stéphane Courtois (dir.), PUF, octobre 2011, 672 pages

La jeunesse du monde

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, septembre 2011, 132 pages

Pouvoir d'achat : une politique

Emmanuel Combe, septembre 2011, 52 pages

La liberté religieuse

Henri Madelin, septembre 2011, 36 pages

Réduire notre dette publique

Jean-Marc Daniel, septembre 2011, 40 pages

Écologie et libéralisme

Corine Pelluchon, août 2011, 40 pages

Valoriser les monuments historiques : de nouvelles stratégies

Wladimir Mitrofanoff et Christiane Schmuckle-Mollard, juillet 2011, 28 pages

Contester les technosciences : leurs raisons

Eddy Fougier, juillet 2011, 40 pages

Contester les technosciences : leurs réseaux

Sylvain Boulouque, juillet 2011, 36 pages

La fraternité

Paul Thibaud, juin 2011, 36 pages

La transformation numérique au service de la croissance

Jean-Pierre Corniou, juin 2011, 52 pages

L'engagement

Dominique Schnapper, juin 2011, 32 pages

Liberté, Égalité, Fraternité

André Glucksmann, mai 2011, 36 pages

Quelle industrie pour la défense française ?

Guillaume Lagane, mai 2011, 26 pages

La religion dans les affaires : la responsabilité sociale de l'entreprise

Aurélien Acquier, Jean-Pascal Gond et Jacques Igalens, mai 2011, 44 pages

La religion dans les affaires : la finance islamique

Lila Guermas-Sayegh, mai 2011, 36 pages

Où en est la droite ? L'Allemagne

Patrick Moreau, avril 2011, 56 pages

Où en est la droite ? La Slovaquie

Étienne Boisserie, avril 2011, 40 pages

Qui détient la dette publique ?

Guillaume Leroy, avril 2011, 36 pages

Le principe de précaution dans le monde

Nicolas de Sadeleer, mars 2011, 36 pages

Comprendre le Tea Party

Henri Hude, mars 2011, 40 pages

Où en est la droite ? Les Pays-Bas

Niek Pas, mars 2011, 36 pages

Productivité agricole et qualité des eaux

Gérard Morice, mars 2011, 44 pages

L'Eau : du volume à la valeur

Jean-Louis Chaussade, mars 2011, 32 pages

Eau : comment traiter les micropolluants ?

Philippe Hartemann, mars 2011, 38 pages

Eau : défis mondiaux, perspectives françaises

Gérard Payen, mars 2011, 62 pages

L'irrigation pour une agriculture durable

Jean-Paul Renoux, mars 2011, 42 pages

Gestion de l'eau : vers de nouveaux modèles

Antoine Frérot, mars 2011, 32 pages

Où en est la droite ? L'Autriche

Patrick Moreau, février 2011, 42 pages

La participation au service de l'emploi et du pouvoir d'achat

Jacques Perche et Antoine Pertinax, février 2011, 32 pages

Le tandem franco-allemand face à la crise de l'euro

Wolfgang Glomb, février 2011, 38 pages

2011, la jeunesse du monde

Dominique Reynié (dir.), janvier 2011, 88 pages

L'Opinion européenne en 2011

Dominique Reynié (dir.), Édition Lignes de Repères, janvier 2011, 254 pages

Administration 2.0

Thierry Weibel, janvier 2011, 48 pages

Où en est la droite ? La Bulgarie

Antony Todorov, décembre 2010, 32 pages

Le retour du tirage au sort en politique

Gil Delannoi, décembre 2010, 38 pages

La compétence morale du peuple

Raymond Boudon, novembre 2010, 30 pages

L'Académie au pays du capital

Bernard Belloc et Pierre-François Mourier, PUF, novembre 2010, 222 pages

Pour une nouvelle politique agricole commune

Bernard Bachelier, novembre 2010, 30 pages

Sécurité alimentaire : un enjeu global

Bernard Bachelier, novembre 2010, 30 pages

Les vertus cachées du low cost aérien

Emmanuel Combe, novembre 2010, 40 pages

Innovation politique 2011

Fondation pour l'innovation politique, PUF, novembre 2010, 676 pages

Défense : surmonter l'impasse budgétaire

Guillaume Lagane, octobre 2010, 34 pages

Où en est la droite ? L'Espagne

Joan Marcet, octobre 2010, 34 pages

Les vertus de la concurrence

David Sraer, septembre 2010, 44 pages

Internet, politique et coproduction citoyenne

Robin Berjon, septembre 2010, 32 pages

Où en est la droite ? La Pologne

Dominika Tomaszewska-Mortimer, août 2010, 42 pages

Où en est la droite ? La Suède et le Danemark

Jacob Christensen, juillet 2010, 44 pages

Quel policier dans notre société ?

Mathieu Zagrodzki, juillet 2010, 28 pages

Où en est la droite ? L'Italie

Sofia Ventura, juillet 2010, 36 pages

Crise bancaire, dette publique : une vue allemande

Wolfgang Glomb, juillet 2010, 28 pages

Dette publique, inquiétude publique

Jérôme Fourquet, juin 2010, 32 pages

Une régulation bancaire pour une croissance durable

Nathalie Janson, juin 2010, 36 pages

Quatre propositions pour rénover notre modèle agricole

Pascal Perri, mai 2010, 32 pages

Régionales 2010 : que sont les électeurs devenus ?

Pascal Perrineau, mai 2010, 56 pages

L'Opinion européenne en 2010

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, mai 2010, 245 pages

Pays-Bas : la tentation populiste

Christophe de Voogd, mai 2010, 43 pages

Quatre idées pour renforcer le pouvoir d'achat

Pascal Perri, avril 2010, 30 pages

Où en est la droite ? La Grande-Bretagne

David Hanley, avril 2010, 34 pages

Renforcer le rôle économique des régions

Nicolas Bouzou, mars 2010, 30 pages

Réduire la dette grâce à la Constitution

Jacques Delpla, février 2010, 54 pages

Stratégie pour une réduction de la dette publique française

Nicolas Bouzou, février 2010, 30 pages

Iran : une révolution civile ?

Nader Vahabi, novembre 2009, 19 pages

Où va l'Église catholique ? D'une querelle du libéralisme à l'autre

Émile Perreau-Saussine, octobre 2009, 26 pages

Agir pour la croissance verte

Valéry Morron et Deborah Sanchez, octobre 2009, 11 pages

Élections européennes 2009 : analyse des résultats en Europe et en France

Corinne Deloy, Dominique Reynié et Pascal Perrineau, septembre 2009, 32 pages

Retour sur l'alliance soviéto-nazie, 70 ans après

Stéphane Courtois, juillet 2009, 16 pages

L'État administratif et le libéralisme. Une histoire française

Lucien Jaume, juin 2009, 12 pages

La politique européenne de développement : Une réponse à la crise de la mondialisation ?

Jean-Michel Debrat, juin 2009, 12 pages

La protestation contre la réforme du statut des enseignants-chercheurs : défense du statut, illustration du statu quo.

Suivi d'une discussion entre l'auteur et Bruno Bensasson

David Bonneau, mai 2009, 20 pages

La lutte contre les discriminations liées à l'âge en matière d'emploi

Élise Muir (dir.), mai 2009, 64 pages

Quatre propositions pour que l'Europe ne tombe pas dans le protectionnisme

Nicolas Bouzou, mars 2009, 12 pages

Après le 29 janvier : la fonction publique contre la société civile ? Une question de justice sociale et un problème démocratique

Dominique Reynié, mars 2009, 22 pages

La réforme de l'enseignement supérieur en Australie

Zoe McKenzie, mars 2009, 74 pages

Les réformes face au conflit social

Dominique Reynié, janvier 2009, 14 pages

L'Opinion européenne en 2009

Dominique Reynié (dir.), Éditions Lignes de Repères, mars 2009, 237 pages

Travailler le dimanche: qu'en pensent ceux qui travaillent le dimanche ?

Sondage, analyse, éléments pour le débat

Dominique Reynié, janvier 2009, 18 pages

Stratégie européenne pour la croissance verte

Elvire Fabry et Damien Tresallet (dir.), novembre 2008, 124 pages

Défense, immigration, énergie : regards croisés franco-allemands sur trois priorités de la présidence française de l'UE

Elvire Fabry, octobre 2008, 35 pages

Retrouvez notre actualité et nos publications sur www.fondapol.org

SOUTENEZ LA FONDAPOL

Pour renforcer son indépendance et conduire sa mission d'utilité publique, la Fondation pour l'innovation politique, institution de la société civile, a besoin du soutien des entreprises et des particuliers. Ils sont invités à participer chaque année à la convention générale qui définit ses orientations. La Fondapol les convie régulièrement à rencontrer ses équipes et ses conseillers, à discuter en avant-première de ses travaux, à participer à ses manifestations.

Reconnue d'utilité publique par décret en date du 14 avril 2004, la Fondapol peut recevoir des dons et des legs des particuliers et des entreprises.

Vous êtes une entreprise, un organisme, une association

Avantage fiscal : votre entreprise bénéficie d'une réduction d'impôt de 60 % à imputer directement sur l'IS (ou le cas échéant sur l'IR), dans la limite de 5% du chiffre d'affaires HT (report possible durant 5 ans).

Dans le cas d'un don de 20 000 €, vous pourrez déduire 12 000 € d'impôt, votre contribution aura réellement coûté 8 000€ à votre entreprise.

Vous êtes un particulier

Avantages fiscaux : au titre de l'IR, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 66 % de vos versements, dans la limite de 20 % du revenu imposable (report possible durant 5 ans); au titre de l'ISF, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt, dans la limite de 50 000 €, de 75 % de vos dons versés.

Dans le cas d'un don de 1 000 €, vous pourrez déduire 660 € de votre IR ou 750 € de votre ISF. Pour un don de 5 000 €, vous pourrez déduire 3 300 € de votre IR ou 3 750 € de votre ISF.

Contact : Anne Flambert +33 (0)1 47 53 67 09 anne.flambert@fondapol.org

Fondation pour l'innovation politique

Un think tank libéral, progressiste et européen

La **Fondation pour l'innovation politique** offre un espace indépendant d'expertise, de réflexion et d'échange tourné vers la production et la diffusion d'idées et de propositions. Elle contribue au pluralisme de la pensée et au renouvellement du débat public dans une perspective libérale, progressiste et européenne. Dans ses travaux, la Fondation privilégie quatre enjeux : la **croissance économique**, l'**écologie**, les **valeurs** et le **numérique**.

Le site www.fondapol.org met à la disposition du public la totalité de ses travaux.

Par ailleurs, notre média « Trop Libre » offre un regard quotidien critique sur l'actualité et la vie des idées. « Trop Libre » propose également une importante veille dédiée aux effets de la révolution numérique sur les pratiques politiques, économiques et sociales dans sa rubrique « Renaissance numérique » (anciennement « Politique 2.0 »).

La **Fondation pour l'innovation politique** est reconnue d'utilité publique. Elle est indépendante et n'est subventionnée par aucun parti politique. Ses ressources sont publiques et privées. Le soutien des entreprises et des particuliers est essentiel au développement de ses activités.

La Fondation pour l'innovation politique

11, rue de Grenelle
75007 Paris – France
Tél. : 33 (0)1 47 53 67 00
contact@fondapol.org

Les médias de la Fondation :



ISBN : 978 2 36408 069 0

3 €