



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**La campagne nationale d'information
et d'incitation au dépistage de l'hépatite C
Juin & Septembre - Octobre 2001**

– thème n° 2 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animatrice

– *Véronique Bernard*

**Nous remercions vivement les personnes suivantes
pour leur amabilité et leur disponibilité.**

- Mme CATROU, Chargée de communication à la DGS, Paris
- Mme CHABAS, responsable de la campagne 2001 au CFES, Paris
- Dr DANIELOU, médecin coordonnateur du pôle de référence sur Rennes, PH au service des maladies du foie au CHU, Rennes (Ille et Vilaine)
- Dr DION, médecin Généraliste, Les Aix d'Angillon (Cher)
- Dr DEFEBVRE, MISP en DRASS du Nord Pas-de-calais, référent greffes pour la région, Lille (Nord)
- Dr DUPONT, laboratoire du CTS, Brest (Finistère)
- Dr FABRE, médecin coordonnateur régional de la lutte contre les infections nosocomiales pour la région Nord Pas-de-Calais, Lille (Nord)
- Mme FAVEREAU, responsable au sein de l'association « LE KIOSQUE », Paris
- M. le professeur FEREC, unité INSERM, directeur du CTS, Brest (Finistère)
- Mme FRIOUX, directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, Rennes (Ille et Vilaine)
- Dr GODEFROIT, médecin adjoint de la base aérienne 701, Salon de Provence (Bouches du Rhône)
- Dr ILEF, MISP en CIRE du Nord Pas-de-calais, membre du CSHPF, section maladies transmissibles, groupe hépatites, Lille (Lille)
- Dr LOUET, médecin – Vaires sur Marne (Seine et Marne)
- M MARCEL, infirmier en psychiatrie & Dr LAGADEC médecin généraliste au centre méthadone, Rennes (Ille et Vilaine)
- Dr M'BDOGE, responsable au sein de l'association SIDA / HEPATITES INFO SERVICE (Antenne parisienne)
- Dr MEFFRE, Institut de Veille Sanitaire – Saint-Maurice (Val-de-Marne)
- M. MERLET, directeur de l'association AIDES Nord Pas-de-Calais, Lille (Nord)
- Dr NOUSBAUM, PH service de gastro-entérologie, CHU de Brest (Finistère)
- Dr PLIHON, médecin gastro-entérologue libéral, Rennes (Ille et Vilaine)
- Dr POUCHARD, médecin chef du centre d'examen de la CPAM, Rennes (Ille et Vilaine)
- Dr ROBERT, médecin chef de l'UCSA de Nantes (Loire Atlantique)
- Dr SOUALA, PH responsable du CDAG de Rennes (Ille et Vilaine)
- Dr STAEMPLEWSKY, médecin conseil, CPAM, Valenciennes (Nord)
- Aladin Tadoo, tatoueur – perceur, Salon de Provence (Bouches du Rhône)
- service de Médecine Scolaire (Inspection Académique) et service médical du Rectorat, (Ille et Vilaine)

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA NECESSITE D'UNE CAMPAGNE SPÉCIFICIQUE AU VIRUS DE L'HEPATITE C	2
1.1 LE VHC : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE EN PLEINE ÉVOLUTION	2
1.1.1 <i>Un virus découvert tardivement</i>	2
1.1.2 <i>Qu'est-ce que l'hépatite C ?</i>	2
1.1.3 <i>La transmission de la maladie</i>	3
1.1.4 <i>La pathologie : hépatite aiguë et hépatite chronique</i>	3
1.1.5 <i>Le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C</i>	5
1.1.6 <i>Le traitement : protocole, surveillance et évolution</i>	5
1.2 LA GENÈSE DE LA CAMPAGNE	7
1.2.1 <i>Historique des mesures de lutte contre le VHC</i>	7
1.2.2 <i>La campagne de 2001 s'inscrit dans un plan quadriennal de lutte contre le VHC</i>	8
2 LA MISE EN ŒUVRE ET LE RESENTI DE LA CAMPAGNE 2001	10
2.1 LE DISPOSITIF DE COMMUNICATION	10
2.1.1 <i>La stratégie adoptée</i>	10
2.1.2 <i>Le financement de la campagne</i>	13
2.1.3 <i>Les évaluations pré et post-campagne</i>	13
2.2 LE RESENTI DES PERSONNES RELAIS	14
2.2.1 <i>Les personnes relais consultées et leur connaissance de la campagne</i>	14
2.2.2 <i>Les retombées de la campagne sur le public</i>	16
3 ANALYSE ET PROPOSITIONS	17
3.1 ANALYSE DE LA CAMPAGNE	17
3.1.1 <i>Les aspects positifs de la campagne 2001</i>	17
3.1.2 <i>Les limites de la campagne</i>	18
3.1.3 <i>Les limites liées à la prise en charge des patients atteints de l'hépatite C</i>	18
3.2 PROPOSITIONS	19
3.2.1 <i>Propositions concernant l'amélioration de la communication sur l'hépatite C</i>	19
3.2.2 <i>Propositions concernant l'amélioration de la prise en charge de l'hépatite C</i>	20
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

Liste des sigles utilisés

AES : Accident d'Exposition au Sang

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANRS : Agence Nationale de la Recherche sur le Sida

ARN : Acide Ribonucléique

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DGS : Direction Générale de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ELISA : *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*

INSERM : Institut National de la Santé et de Recherche Médical

InVS : Institut de Veille Sanitaire

PBH : Ponction Biopsie Hépatique

RIBA : *Recombinant ImmunoBlot Assay*

SICOM : Service d'Information et de COMMunication du gouvernement

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La santé publique est un champ où cohabitent des intervenants très divers. Si divers qu'il peut être difficile, dans ce qui est plus un domaine d'activités qu'une spécialité comme les autres, de justifier ce qui rassemble des personnes apparemment étrangères les unes aux autres : épidémiologistes, économistes, acteurs de promotion de santé, planificateurs, représentants du ministère...

La santé publique, notamment le dépistage lorsqu'un traitement efficace peut être proposé, prend sa réelle efficacité dans les actions engagées. Le dépistage du VHC et surtout sa mise en évidence précoce transforment le pronostic : c'est un geste diagnostique pour un résultat thérapeutique hier encore inespéré. La campagne d'information et d'incitation au dépistage de l'hépatite C, objet du présent document, reflète bien toute la grandeur et les difficultés des actions de santé publique.

Agir en amont de l'apparition des maladies est un souci partagé par tout le monde et pourtant les actions concrètes en faveur de la prévention sont difficilement réalisées.

En France, une telle tendance peut être analysée par l'historique même de la sécurité sociale et la volonté initiale de prendre en charge uniquement la maladie, n'incluant pas de facto, les actions de prévention réalisées dans le cadre de l'Assurance Maladie.

Il existe toutefois un intérêt croissant pour la prévention. Des programmes spécifiques portent sur la prévention primaire (diminution de l'incidence) et secondaire (diminution de la prévalence). De même un dépistage peut être généralisé (sur l'ensemble de la population) ou sélectif (certains groupes). Il peut être obligatoire (dans le cas de la médecine du travail) ou facultatif et repose alors sur l'incitation et la responsabilisation des individus.

En outre, la prévention est l'une des traductions du lien social : le souci de protéger la santé de l'autre est une des marques d'attention qu'on lui porte. Reconnaître un groupe à risque digne d'être objet de prévention, c'est lui donner un statut et une visibilité sociale.

Dans notre étude nous avons choisi de nous intéresser à la campagne d'information et d'incitation au dépistage, et à son écho tant auprès des acteurs de terrain que du grand public. Nous n'avons pas, volontairement, axé notre travail sur les réseaux de prise en charge de l'hépatite C, sujet déjà abondamment traité, contrairement au domaine de la communication en santé publique. En outre, nous nous situons actuellement à un moment stratégique : à la fin d'une première vague d'information (juin 2001), et au cours de la

seconde (septembre - octobre 2001). Il nous a semblé important de profiter de cette opportunité.

A travers l'exemple concret de la campagne d'information et d'incitation au dépistage de l'hépatite C, nous avons donc tenté d'analyser l'organisation d'une campagne de communication en santé publique. Quelle est l'origine de la campagne et dans quel contexte s'inscrit-elle ? ; comment le dispositif de communication a-t-il été mis en place ?

Nous montrerons tout d'abord comment l'évolution des connaissances concernant l'hépatite C (transmission, dépistage, traitement) a rendu nécessaire l'élaboration d'actions de communication (I). Puis nous analyserons la mise en œuvre et les premières retombées de la campagne de 2001 (II), avant d'en dégager les points forts, les limites et des propositions (III).

1 LA NECESSITE D'UNE CAMPAGNE SPECIFICIQUE AU VIRUS DE L'HEPATITE C

1.1 Le VHC : un enjeu de santé publique en pleine évolution

1.1.1 Un virus découvert tardivement.

Le virus de l'hépatite C (VHC) a été identifié tardivement, après quinze années de recherches infructueuses.

Dès 1975 des études épidémiologiques avaient permis d'individualiser l'existence d'hépatite aiguës et chroniques ne répondant pas au test de dépistage des hépatites A et B. Ces hépatites virales ont donc été qualifiées de non A -non B. Cette famille couvrait en fait deux virus découverts récemment : le virus de l'hépatite E et celui de l'hépatite C. Face à l'impossibilité de détecter par les méthodes conventionnelles le moindre système antigène - anticorps, l'équipe de Houghton (laboratoire Chiron en Californie) a choisi d'isoler le virus de l'hépatite C par son génome. Le virus est finalement identifié en 1989. A partir de cette date, un dépistage est envisageable.

1.1.2 Qu'est-ce que l'hépatite C ?

L'hépatite C est une maladie dont la prévalence mondiale serait de 3%. En France, cette prévalence serait d'environ 1%, ainsi 500.000 à 600.000 personnes seraient porteuses d'anticorps anti-VHC. On estime à 30% les personnes infectées qui ne sont pas encore dépistées et ignorent par conséquent leur maladie. Par ailleurs, le délai entre la

contamination et l'apparition des premiers signes peut être long (20 à 30 ans), alors que le patient est contaminant.

C'est une maladie hépatique d'origine virale. Le virus de l'hépatite C pénètre dans l'organisme essentiellement par voie sanguine et beaucoup plus rarement par voie sexuelle. Arrivé dans une cellule hépatique, il s'y multiplie en utilisant le matériel génétique de la cellule hôte. Les nouveaux virus ainsi dupliqués vont à leur tour infecter les cellules hépatiques voisines et s'y multiplier, relançant un nouveau cycle.

Le virus en incorporant son matériel génétique à la cellule hôte en modifie la structure ; la cellule devient "étrangère" pour l'organisme. Le système immunitaire, au travers des lymphocytes, se charge alors de la destruction de ces cellules non reconnues par l'organisme.

L'infection par le virus de l'hépatite C conduit donc à une destruction du tissu hépatique, dans des proportions différentes selon les individus, ce qui permet de distinguer différents stades de la maladie : hépatite aiguë, hépatite chronique entraînant le développement d'une fibrose pouvant mener à terme à une cirrhose ou à un adénocarcinome. Selon une enquête du service d'information sur les causes de décès de l'INSERM (SC8), environ 2000 décès seraient liés à l'hépatite C en 1996.

1.1.3 La transmission de la maladie

La contamination par le VHC se fait essentiellement par voie parentérale c'est-à-dire par contact du sang d'un sujet contaminé avec le sang d'un sujet sain. Ce mode de transmission explique l'attention apportée à deux types de population : les transfusés d'avant 1991, et les toxicomanes. Chez ces derniers, la contamination peut se faire par voie intraveineuse, avec partage des seringues et/ou du matériel de préparation, ou par voie nasale avec le partage d'une paille. A l'heure actuelle, on estime que 80 à 90% des toxicomanes par voie intraveineuse sont séropositifs pour le VHC. Contrairement au VIH, ce taux de contamination n'a pas diminué depuis le début des campagnes de sensibilisation.

La transmission par voie sexuelle est très rare. Celle de la mère à l'enfant est inférieure à 5%. La contamination par d'autres facteurs est difficile à évaluer. Elle peut être le fait d'instrument souillés ou insuffisamment désinfectés : tatouage, piercing, acupuncture, gestes invasifs diagnostiques ou thérapeutiques (surtout avant 1990)...

Actuellement, on estime qu'un tiers des contaminations est du à la toxicomanie, un tiers à la transfusion sanguine, le dernier tiers restant inexpliqué.

1.1.4 La pathologie : hépatite aiguë et hépatite chronique (cf. schéma)

Une fois le virus introduit dans l'organisme par voie sanguine, il se dirige vers les cellules hépatiques. Après une période d'incubation de deux mois environ, il provoque une

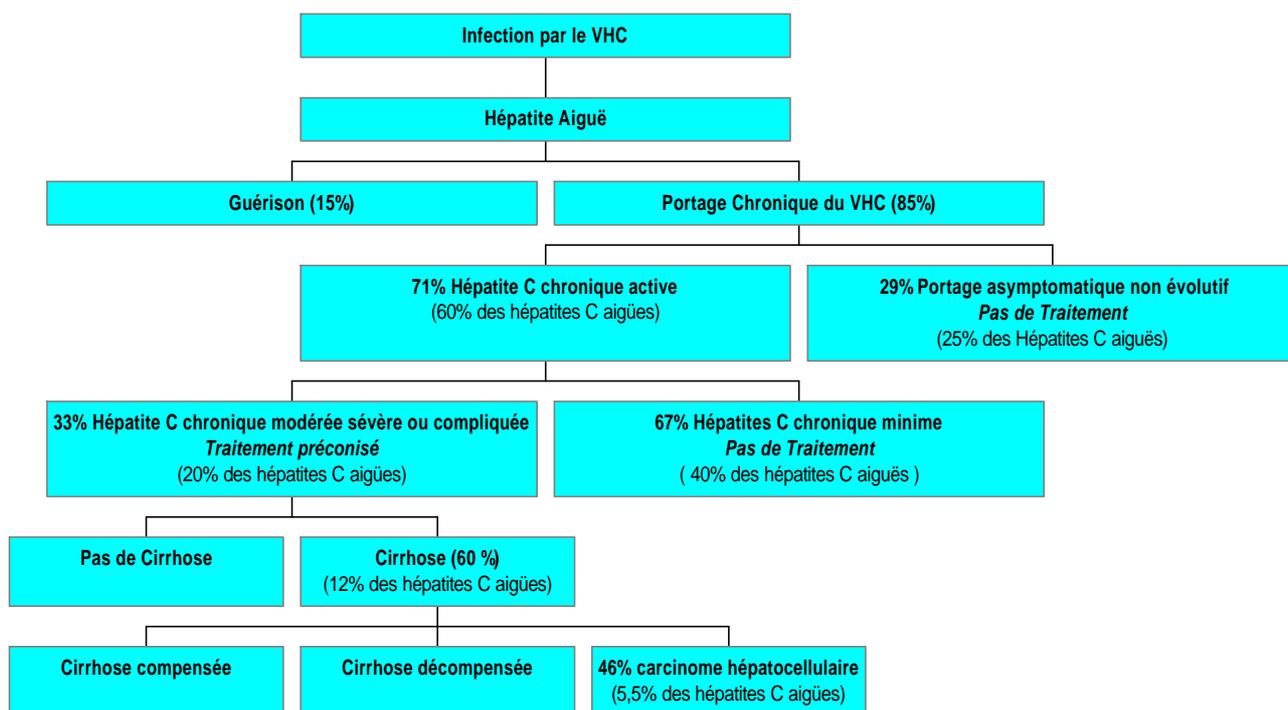
hépatite dite « aiguë ». Cette hépatite est le plus souvent asymptomatique. Elle peut se traduire par une fatigue qui n'éveille pas forcément les soupçons du sujet. Dans 10% des cas, cette hépatite aiguë va se traduire par des symptômes plus importants tel que l'ictère, et par des modifications biologiques de la fonction hépatique.

Après cette hépatite aiguë, 15% des sujets guérissent spontanément sans aucune séquelle. Seule la présence d'anticorps anti-VHC témoigne de leur exposition au virus. Toutefois, pour 85% des sujets le virus va persister pendant plus de 6 mois dans le sérum et dans le foie. On parle alors d'infection chronique. A ce stade il ne peut plus y avoir de guérison spontanée comme au stade de l'hépatite aiguë.

Au stade de l'hépatite chronique, 25% des patients vont avoir une hépatite non évolutive. Les lésions au niveau du foie seront alors minimales. Les 60% de malades restant auront une hépatite chronique active, qui se caractérise par des transaminases élevées. Le risque de voir se développer une fibrose au niveau du foie est alors plus ou moins important selon les individus. Dans 12% des cas le malade développera une cirrhose au terme d'une évolution de 10 à 40 ans de son hépatite chronique active. Le risque de complication d'une cirrhose existe dans 5,5% des cas, il consiste dans le développement d'un cancer du foie (cf. schéma page suivante).

Schéma de l'évolution d'une infection par le VHC

Source : Les chiffres clé Sida et Hépatite C - Edition 2000
Ministère de l'emploi et de la solidarité



1.1.5 Le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C

Les tests de dépistage répondent aujourd'hui aux trois critères d'acceptabilité, d'innocuité et de fiabilité. Ils sont de deux natures¹:

- soit basé sur les anticorps développés par le patient;
- soit basé sur la mise en évidence de l'ARN du virus.

Les tests de dépistage ELISA² et RIBA³

Les tests ELISA détectent les anticorps anti-VHC et permettent un diagnostic précoce dès les premiers symptômes dans 50 à 70 % des cas. En cas de résultat positif ou douteux, un test RIBA est utilisé pour confirmer la sérologie.

Recherche de l'ARN du VHC

La PCR (*polymerase chain reaction*) permet de mettre en évidence l'ARN du VHC présente dans le sérum des patients infectés.

Typage du VHC

Il existe une grande variabilité génétique de l'ARN du VHC. En France, le type 1b est le plus fréquent (41% des cas) et prédomine chez les sujets contaminés par transfusion. Les types 1a (16%) et 3a (22%) sont majoritaires chez les toxicomanes. Par ailleurs, les études cliniques ont démontré que les sous-types 1a et 1b étaient associés à une mauvaise réponse au traitement antiviral.

La ponction biopsie hépatique (PBH)

La PBH a un rôle diagnostique et pronostique. Elle permet également d'établir un inventaire lésionnel précis en quantifiant les lésions nécro-inflammatoires (activité du virus) et la fibrose (stade d'évolution) qui conditionnent le traitement antiviral, et de rechercher d'éventuelles maladies associées. Elle permet aussi l'évaluation de l'efficacité des traitements antiviraux.

Au total, le coût d'un bilan pré-traitement s'élève à environ 6500 Francs.

1.1.6 Le traitement : protocole, surveillance et évolution

Hépatite aiguë

La surveillance sérologique a pour objectif de juger d'un éventuel passage à la chronicité. L'évolution favorable de l'infection est caractérisée par un retour à la normale des transaminases et une disparition de l'ARN du VHC.

En revanche, une évolution vers la chronicité sera à craindre en cas de persistance de l'ARN du VHC au-delà du 6^e mois.

¹ Un troisième test est en phase expérimentale (salivette).

² *enzyme-linked immunosorbent assay*

³ *Recombinant ImmunoBlot Assay*

Aucun consensus n'existe actuellement quant à la prise en charge de l'hépatite C aiguë. Les experts sont assez favorables à la mise en œuvre d'un traitement en phase aiguë, mais le moment et la durée ne sont pas établis .

Hépatite chronique

La décision de traitement repose sur la constatation d'une élévation des transaminases, de lésions d'hépatite chronique avec ou sans cirrhose et d'une virémie positive.

hépatite chronique non éligible à un traitement

La conférence de consensus française ne préconise pas de surveillance du sujet non traité. Cependant, il peut être mis en œuvre une surveillance de paramètres biologiques

hépatite chronique éligible à un traitement

Le premier traitement de référence était une monothérapie d'interféron alpha, mais depuis mai 1996 l'association à la ribavirine est apparue intéressante. La dernière innovation est l'utilisation de l'interféron pegylé, « forme retard », qui permet une seule injection hebdomadaire et améliore la réponse au traitement (environ 70%, cf. annexe 1).

La durée du traitement dépend du génotype du virus : jusqu'à 48 semaines pour le génotype 1, contre 24 semaines pour les génotypes 2 et 3. Le coût du traitement varie selon sa longueur entre 80.000 et 130.000 francs par an, chiffre à rapprocher du coût d'une transplantation hépatique (600.000 francs, auxquels s'ajoutent 52.000 francs par an de traitement anti-rejet). La qualité de vie est en outre supérieure avec le nouveau traitement.

Toutefois, les effets secondaires imposent une surveillance rapprochée du patient, et sont parfois la cause d'arrêt ou d'échec du traitement.

L'efficacité du traitement est évaluée à 3 ou à 6 mois. Si l'ARN du VHC persiste le traitement est interrompu afin d'éviter le développement de résistance. En revanche, si l'ARN du VHC se négative (preuve de l'efficacité du traitement), ce dernier est poursuivi jusqu'à son terme. Une réponse prolongée, évaluable 6 mois après l'arrêt du traitement, est caractérisée par une normalisation durable des transaminases et la négativation de la virémie. La surveillance post-thérapeutique repose sur le dosage régulier des transaminases et la recherche de l'ARN du VHC.

L'hépatite C apparaît donc comme un enjeu prioritaire de santé publique, du fait de sa prévalence et de sa morbidité potentielle. L'amélioration récente de l'efficacité des traitements transforme le pronostic et donne de l'espoir aux malades.

La communication sur cette maladie n'en reste pas moins délicate, l'hépatite C pouvant être, selon les cas, une infection bénigne ou des plus graves. Cette spécificité explique que les pouvoirs publics aient été longtemps réticents à s'engager dans une campagne d'information s'adressant au grand public.

1.2 La genèse de la campagne

Cette campagne s'inscrit dans le plan quadriennal 1999-2002 de lutte contre le VHC (annexe 2), lequel prolonge les mesures prises depuis le début des années 1990.

1.2.1 Historique des mesures de lutte contre le VHC

La mise au point de tests de dépistage au début des années 90 a permis de développer les actions de prévention et de dépistage. L'organisation des soins a été améliorée, l'épidémiologie et la recherche soutenues.

▪ Prévention

- *Sécurisation des produits sanguins (1990-1995)*

Dès 1990, le dépistage des donneurs par recherche des anticorps anti-VHC est obligatoire.

- *Réduction des risques liés à l'usage des drogues, en particulier par voie intraveineuse*

Depuis 1987, les seringues sont vendues en pharmacie sans prescription. Cette offre a été complétée par les programmes d'échange des seringues, les distributeurs automatiques, la mise en vente en pharmacie des trousseaux de prévention Stéribox (1994) et Stéribox 2 (1999), et la distribution gratuite par les associations de son « modèle de rue ».

▪ Organisation des soins

1993 : prise en charge à 100% des soins relatifs à l'hépatite C

1995 : organisation des soins autour de 30 pôles hospitaliers dits « pôles de référence hépatite C », et autour de 34 réseaux de soins

1996 : mise à disposition de l'interféron en officine

1998 : renforcement des réseaux et des services cliniques (créations d'emplois)

1999 : mise à disposition de la bithérapie interféron retard - ribavirine en officine

▪ Epidémiologie et recherche

1994 : renforcement et financement de la recherche appliquée dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique

1997 : conférence française de consensus sur l'hépatite C, expertise collective de l'INSERM

1999 : les missions de recherche de l'ANRS sont élargies à l'hépatite C, conférence internationale de consensus

▪ Actions d'information et d'incitation au dépistage menées depuis 1993

La première campagne de presse d'incitation au dépistage a été lancée en 1993, en faveur des anciens transfusés et des professionnels de santé.

Depuis 1998 (date de la première journée nationale sur l'hépatite C), plusieurs autres campagnes d'information et d'incitation au dépistage ont été organisées par la DGS, pour les professionnels, les usagers de drogues et le grand public (cf. annexe 3).

Les résultats obtenus sont encourageants, même si les efforts doivent être poursuivis :

- L'incitation au dépistage a porté ses fruits :

En 1994, environ 20% des personnes atteintes connaissaient leur statut sérologique. Ce pourcentage était de 50% en 1998, il est estimé à 60-70% en 2000.

- Le nombre de personnes traitées a augmenté :

Entre 1990 et 1998, moins de 40.000 malades ont été traités. En 1998, 8.000 traitements ont été initiés par les services hospitaliers. Ce chiffre s'élève à 10.400 traitements pour 1999 et serait stable en 2000.

Malgré ces mesures, le dépistage reste insuffisant et la proportion de malades bénéficiant des thérapeutiques antivirales limitée. Face à cette situation et compte tenu des nouvelles perspectives thérapeutiques, un plan national de lutte contre l'hépatite C a été élaboré.

1.2.2 La campagne de 2001 s'inscrit dans un plan quadriennal de lutte contre le VHC

1.2.2.1 Le Plan national de lutte contre l'hépatite C

Ce plan, lancé le 22 janvier 1999 par le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, définit sur quatre ans des priorités nationales qui seront mises en œuvre aux niveaux local et régional. Il a pour but de renforcer l'accès au dépistage et à l'offre de soins par le travail en réseau autour de la personne malade. Ce programme met aussi l'accent sur la prévention de l'infection, la formation et la recherche. La prise en charge des nouveaux traitements est également intégrée dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de la loi de financement de la Sécurité sociale.

L'Assurance Maladie et l'Etat ont engagé des moyens importants et en progression constante afin de financer le plan (cf. tableau⁴, en millions de francs) :

	1998	1999	2000	2001
Budget de l'Assurance Maladie				
Etablissements de santé	22.7	35.7	55	70
En ville		800	1000	1300
Budget de l'Etat				
Programme national de lutte contre l'hépatite C		9	20.6	34.9
Recherche		40		22.5
Surveillance épidémiologique		0.6	2.3	3

⁴ cf annexe 2

Ce programme a 6 objectifs :

- renforcer l'accès au dépistage pour que d'ici 2002, au moins 75% des patients porteurs du VHC connaissent leur statut sérologique ;
- réduire les risques de nouvelles contaminations par le VHC ;
- améliorer la prise en charge pour que d'ici 2002, au moins 80% des patients relevant de la thérapeutique anti-virale soient sous traitement ;
- améliorer les connaissances sur la pathologie ;
- surveiller et évaluer l'évolution de l'épidémie ;
- évaluer le programme.

1.2.2.2 La campagne de 2001 est un des piliers du plan quadriennal

Cette campagne est l'une des modalités prévues pour atteindre les objectifs d'amélioration de l'accès au dépistage et de réduction des nouvelles contaminations. Elle participe également, de façon indirecte, à l'atteinte des autres objectifs du plan national.

▪ Le choix d'un dépistage ciblé

Depuis 1993, les recommandations sur les populations à dépister ont été adaptées en fonction des données scientifiques et des résultats des stratégies antérieures. Après la recherche des transfusés demandée aux établissements de santé par voie de presse, les médecins sont incités depuis 1996 à proposer un test de dépistage à la population jugée à risque. Les recommandations de la conférence française de consensus de 1997 ont ciblé trois groupes de population (les personnes transfusées avant 1991, les toxicomanes et la population carcérale).

La nouvelle stratégie engagée depuis juin 2000, précisée par les recommandations de l'ANAES (janvier 2001), définit l'ensemble des populations susceptibles de nécessiter un test de dépistage. La recommandation d'un dépistage ciblé est maintenue, pour deux raisons principales :

- les populations à risque élevé sont identifiées ;
- l'évaluation du dépistage montre que l'efficacité d'un dépistage généralisé est à peine supérieure à celle d'un dépistage ciblé, alors que son coût global est bien supérieur.

▪ La réduction des risques

- *Réduction des risques liés au tatouage et piercing* : le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France a rendu un avis estimant que le risque de transmission virale lors d'actes corporels à visée cosmétique est possible, tout en étant difficile à individualiser pour des raisons méthodologiques. Plusieurs mesures ont été prises dans l'actuelle campagne pour réduire ces risques infectieux.

- *Réduction de la transmission du virus par les usagers de drogues par voie intraveineuse* : ce groupe est le plus touché par l'infection à VHC et reste très exposé malgré l'arrêt du partage des seringues (cf. supra). La politique a donc deux volets : prévention des risques de transmission virale (grâce à une meilleure information et un meilleur accès au matériel d'injection) et prise en charge de la toxicomanie (traitement de substitution). Cette population, souvent marginalisée, est difficile à atteindre dans le cadre d'une campagne nationale.

La campagne d'information et d'incitation au dépistage de l'hépatite C intervient donc dans le cadre du plan de lutte contre l'hépatite C initié en 1999 ; elle s'inscrit dans la continuité des actions réalisées en 2000, et dans un dispositif plus large de communication en 2001 sur l'hépatite C et sur les risques infectieux liés aux actes médicaux et aux actes non médicaux avec effraction cutanée. Nous allons maintenant en analyser la mise en œuvre et le ressenti.

2 LA MISE EN ŒUVRE ET LE RESSENTI DE LA CAMPAGNE 2001

2.1 Le dispositif de communication

La campagne a deux volets :

- incitation au dépistage des personnes susceptibles d'avoir été exposées au virus
- prévention des risques liés à certaines pratiques (piercing, tatouage, toxicomanie).

2.1.1 La stratégie adoptée

La campagne fait intervenir différents partenaires:

- La Direction Générale de la Santé (DGS) est chargée de définir les plans, les programmes et les stratégies de Santé Publique.
- Le Comité Français d'Éducation à la Santé (CFES) est le maître d'œuvre des campagnes ; il reçoit à ce titre des financements venant de l'État et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).
- Un comité de pilotage, qui regroupe les financeurs (DGS, CNAMTS), le Service d'information et de communication du gouvernement⁵ (SICOM), l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS), et si nécessaire les associations, les experts et les responsables des services d'appels téléphoniques (Hépatite Info Service), valide les actions de communication proposées par le CFES.

⁵ Organisme chargé de veiller à la cohérence des actions de communication.

Les objectifs généraux du plan de communication étaient les suivants:

- générer une prise de conscience collective de la potentielle gravité de l'hépatite C;
- isoler les situations à risque, afin de permettre une identification des personnes concernées;
- mettre en valeur les possibilités thérapeutiques nouvelles

Le CFES a, de son côté, mis en place les orientations stratégiques de communication, à partir du cahier des charges établi par le Ministère.

Il a été décidé de scinder la campagne d'information et d'incitation au dépistage en deux temps :

- *mi-juin 2001*: messages dans la presse quotidienne, citant les catégories de personnes concernées par le dépistage de l'hépatite C, afin de les inciter à se faire dépister ou à demander conseil à leur médecin. Encarts publiés à partir du 15 juin 2001 dans 66 titres de la presse quotidienne régionale et les principaux titres de la presse nationale (Le Monde, Le Figaro, Libération, Le Journal du Dimanche, L'Equipe et A Nous Paris) (cf. annexe 4).
- *septembre et octobre 2001*: annonces radio, complétant la campagne presse. Quatre messages (un par catégorie de situation à risque): à l'attention des personnes toxicomanes, transfusées, ayant des antécédents d'actes médicaux lourds ou impliquant l'usage d'aiguilles (mésothérapie, acupuncture, tatouage, piercing), soignées à l'étranger (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud) (cf. annexe 5).

2.1.1.1 La procédure classique d'appel d'offre

Le CFES, après avoir défini les axes stratégiques de communication, lance un appel d'offre aux agences de publicité (parution au Journal Officiel). Contre toute attente, il n'existe pas d'agence spécialisée dans le domaine pourtant particulier de la santé publique. Les agences spécialisées dans la communication commerciale du secteur de la santé (publicité des médicaments...) ne sauraient convenir à ce genre de campagne, car l'aspect commercial est bien loin du message d'information et de prévention que les pouvoirs publics souhaitent faire passer. Néanmoins, un certain nombre d'agences ont développé des compétences particulières dans les campagnes dites "institutionnelles"; ce sont elles en général qui répondent le mieux à la demande des promoteurs de ce type de campagne.

Une "short-list" est établie à partir des candidatures (seront bien évidemment écartées, les agences faisant la publicité de produits tels que le tabac, l'alcool). Les agences ainsi retenues (cinq à dix agences) se voient remettre un cahier des charges. Ce dernier prévoit de façon assez précise le déroulement de la campagne (en général il y a toujours

deux volets: une communication via les médias, et une communication hors médias). Pour la campagne Hépatite C 2001, 2 agences ont été retenues.

La phase de rédaction des messages constitue un important travail de collaboration entre la DGS et le CFES. Les personnes chargées de la communication à la DGS sont en relation avec les experts afin de valider la cohérence, la véracité et la lisibilité des textes ou des slogans. Chaque document⁶ est validé dans sa totalité par la hiérarchie du ministère chargé de la santé et ses partenaires (CNAMTS et CFES). Le choix des radios et la fréquence de diffusion des slogans ont été définis par la centrale d'achat d'espaces du CFES en s'appuyant sur des études médiométriques d'écoute des populations ciblées par la campagne.

Le CFES bénéficie par ailleurs de tarifs préférentiels concernant ces achats d'espaces, dès lors qu'il recueille l'agrément du service d'information du Gouvernement (réduction de près de 40%).

2.1.1.2 Les particularités de la campagne 2001

S'agissant de l'hépatite C, contrairement au VIH, les études scientifiques et épidémiologiques sont très atomisées, aucune n'a été réalisée sur l'ensemble de la population.

La DGS avait mandaté l'ANAES afin que celle-ci élabore des recommandations sur le dépistage ; l'agence a rendu son rapport en janvier 2001. Suite à ces recommandations, qui ont détaillé les différentes populations concernées par le dépistage, les responsables de la campagne se sont heurtés à une difficulté de taille : il s'agissait de mettre en place une campagne « ciblée - élargie » (selon la DGS), devant à la fois toucher le plus de monde possible, au regard du nombre important de personnes potentiellement concernées, tout en ciblant les populations à risque pour lesquelles un dépistage s'avère nécessaire.

De plus, une autre difficulté résidait dans la nécessité d'utiliser un message court, efficace et percutant, alors que les informations à donner sont quantitativement importantes, voire complexes.

A cet égard, s'il peut paraître surprenant que le support télévision n'ait pas été retenu, c'est parce qu'il est apparu comme inapproprié dans le cadre de cette campagne : message trop long et trop complexe; mode de communication particulièrement anxiogène. Le coût ne semble pas avoir été un facteur déterminant. Le choix s'est donc orienté essentiellement vers le support "papier" (dépliants, brochures, affiches et encarts dans la presse régionale et

⁶ textes, taille des caractères, couleurs, dessins, graphiques, formats des documents, date, heure, fréquence de diffusion des messages...

nationale), relayé par une communication radio (annonces en direction des populations ciblées).

Parallèlement à la campagne en direction du public, des outils hors médias ont également été utilisés : des « mémos » ont été réalisés à l'attention des professionnels de santé (notamment des médecins généralistes), et la diffusion de brochures grand public leur a été proposée. Une des nouveautés de cette campagne réside dans la distribution d'"agendas hépatite C", remis au patient par son médecin traitant. Véritables carnets de route, sources de conseils, ces agendas devraient améliorer la prise en charge au quotidien.

Une « aération » des maquettes a dans un premier temps été entreprise, afin de rendre plus lisibles et plus efficaces les documents existants, utilisés lors de la campagne 2000 (les documents tendant à l'exhaustivité présentent le défaut d'être trop longs, et entraînent alors des effets contre-productifs : ils ne donnent pas envie d'être lus) :

- 1 brochure grand public, distribuée par les professionnels de santé au sens large (environ 95 000 personnes concernées) ;
- 2 livrets pour les médecins ;
- 1 affichette d'incitation au dépistage, en direction des toxicomanes (diffusée auprès de tous les réseaux « usagers de drogues », professionnels en contact avec cette population...).

Les modalités de diffusion des différents supports sont retracées dans le tableau (annexe 6).

2.1.2 Le financement de la campagne

En règle générale, le coût moyen d'un plan de communication oscille entre 20 et 40 millions de Francs. En 2001, pour la campagne VHC, la DGS et la CNAMTS ont respectivement apporté leur participation financière à hauteur de 15 millions de Francs (1^{ère} partie de la campagne) et un peu moins de 12 millions de Francs (2^{ème} partie de la campagne). Cela représente un budget plutôt serré.

2.1.3 Les évaluations pré et post-campagne

Choix des supports

Le choix des supports a été guidé par des études d'impact effectuées au préalable par le CFES. Le message est adapté quand l'étude d'impact fait apparaître que 80% des personnes concernées ont été touchées par le mode de communication retenu.

Les post-tests

Le CFES procède également à des « post-tests », 15 jours après chaque campagne, pour évaluer leur efficacité. Il fait appel à un institut de sondage, qui soumet un échantillon

représentatif de la population (environ 1200 personnes) à un questionnaire afin d'évaluer l'étendue de leurs connaissances sur l'hépatite C. Le coût moyen d'un post-test est de 300 000 F .

Lorsqu'il est constaté que la campagne n'a pas atteint ses objectifs, il est alors procédé à un test-qualité, pour comprendre où la communication a échoué.

En 2000, l'évaluation avait concerné les médecins généralistes puisque la campagne était axée sur les professionnels de santé.

En 2001, l'évaluation portera sur le retentissement de la campagne radio qui s'achèvera le 24 octobre 2001 (la campagne presse n'a pas été évaluée)

Dans le cadre de notre recherche, 25 entretiens ont été réalisés auprès d'acteurs institutionnels, de médecins, d'associations et d'un tatoueur – pierceur. Sur ces 25 entretiens, 4 concernent des acteurs directement impliqués dans l'élaboration de la campagne : DGS, CFES, InVS, Hépatite Info Service (cf. annexe 7).

Etant donné le peu de temps qui nous était imparti, notre objectif ne pouvait être de réaliser un audit objectif et rigoureux de l'efficacité de la campagne. Nous avons cependant tenté d'évaluer à travers ces entretiens le degré de connaissance et surtout le ressenti des différents acteurs par rapport à la campagne. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette analyse.

2.2 Le ressenti des personnes relais

2.2.1 Les personnes relais consultées et leur connaissance de la campagne

Tout d'abord, nous avons été très surpris de constater que, sur les 21 personnes non impliquées dans l'élaboration de la campagne, 15 (soit 71%) n'avaient pas reçu d'information de source institutionnelle sur le dispositif. Parmi elles :

- 7 personnes avaient appris l'existence de la campagne par la radio (ce qui tendrait à démontrer l'efficacité du support "radio");
- 1 par la presse (médicale et généraliste);
- 1 par le réseau VHC dont elle fait partie;
- 1 par le biais de l'hôpital où elle travaille.

Parmi ces professionnels, certains n'étaient pas destinataires des dépliants et autres supports⁷. L'absence d'information de certains acteurs apparaît plus surprenante, voire problématique : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), association AIDES,

⁷ cf. liste des destinataires en annexe 8.

centre méthadone, Centre de Transfusion Sanguine, médecin généraliste, médecin gastro-entérologue.

Pour autant, qu'ils aient reçu une information spécifique au sujet de la campagne ou pas, les professionnels de santé interviewés estiment dans leur grande majorité que la prévention et le dépistage du VHC font pleinement partie de leurs missions. Ils affirment être déjà bien informés et faire systématiquement passer un message de prévention et d'incitation au dépistage aux personnes qu'ils estiment "à risque". Dans ces conditions, les campagnes ne semblent donc influencer que marginalement sur les pratiques des professionnels de santé.

Etant donné le nombre important de personnes soit non informées de la campagne, soit occupant une fonction non liée à la campagne, certaines questions de notre grille d'entretien se sont révélées sans objet (moyens mis en œuvre notamment). Nous avons toutefois recensé quelques enseignements significatifs.

En ce qui concerne les objectifs de la campagne, toutes les personnes interrogées mentionnent la sensibilisation du public pour éviter les nouvelles contaminations, identifier les séropositifs et traiter ceux qui peuvent l'être.

Au-delà de ces motifs de santé publique, trois personnes interviewées pensent que la campagne permet, en outre, de dégager la responsabilité de l'État en cas de contentieux futur sur des contaminations.

Quant au contenu des messages, de nombreuses personnes les trouvent satisfaisants (simple et concret). Toutefois, sept de nos interlocuteurs ont déploré un certain manque de clarté des informations diffusées, tant en direction du public que des professionnels de santé. Les principaux thèmes à expliciter seraient :

- les populations cibles;
- les modes de transmission;
- les nouveaux traitements.

Concernant le calendrier de la campagne, trois des personnes interrogées ont trouvé les campagnes de juin et septembre trop proches l'une de l'autre pour que la première puisse avoir de l'effet et être évaluée. Malheureusement l'indisponibilité des crédits avant juin représente une forte contrainte pour espacer plus les campagnes (cf. supra).

De façon générale, quatre personnes ont émis l'idée qu'une campagne à long terme est préférable à des actions "coup de poing" pour faire évoluer les mentalités (même si la journée de dépistage gratuit dans les laboratoires remporte chaque année un succès). Dans cette optique, on peut imaginer que ce travail de longue haleine semble prometteur, même s'il n'a pas encore porté tous ses fruits.

2.2.2 Les retombées de la campagne sur le public

En effet, la majorité des personnes interrogées n'a pas noté d'évolution majeure dans la demande de dépistage émanant des patients⁸. Certes, l'association Aides et le centre méthadone de Rennes enregistrent un taux de dépistage important parmi leurs usagers toxicomanes : de l'ordre de 70 à 80% depuis deux ans. Toutefois, ces bons résultats semblent davantage liés au parcours de la population (forte incitation au dépistage à l'entrée en prison, dans les centres méthadone) qu'à une démarche volontaire des toxicomanes suscitée par la campagne.

Si les demandes spontanées d'information semblent plutôt faibles dans l'ensemble, il existe d'importantes exceptions: ainsi le responsable du CDAG de Rennes trouve le public plus demandeur d'informations sur le VHC depuis 8 à 12 mois. De plus, le nombre d'appels au numéro vert "Hépatite Info Service" a été multiplié par 5 à 6 depuis le début de la campagne 2001 (environ 3.200 appels du 22/09/01 au 28/09/01). Enfin, le tatoueur a affirmé que les clients s'assurent dorénavant des conditions d'hygiène et de réalisation des actes avant de se décider.

Le grand public semble globalement plus attentif au VHC depuis le début des campagnes de communication et l'affaire du sang contaminé. Toutefois, les personnes qui se rendent au CDAG ou appellent le numéro vert sont-elles les plus concernées par le VHC? Les acteurs interrogés semblent plutôt penser le contraire : le public visitant le CDAG suite aux campagnes est composé d'une majorité de lycéens et d'étudiants, et 36% des appels au n° vert émanent de personnes connaissant déjà leur séropositivité. Ceci pourrait expliquer la baisse de rentabilité des dépistages⁹ (deux fois moins de cas positifs détectés sur un nombre de tests plus élevé), et semble indiquer que les populations "à risques" sont moins sensibilisées par la campagne que le grand public - alors qu'un dépistage de masse n'est pas recommandé (cf. supra).

Parmi ces populations à risque, si l'on considère que la grande majorité des personnes transfusées avant 1990 a déjà été dépistée ; si l'on considère également que les personnes incarcérées sont très fortement incitées à se faire dépister à leur entrée en prison ; alors reste le problème de la population toxicomane marginalisée (squats), mais aussi des populations étrangères (Afrique, pays de l'Est,...), qui demeurent extrêmement difficiles à sensibiliser au dépistage.

⁸ Il faut tenir compte d'un biais dans nos entretiens, puisque plusieurs personnes interrogées ne sont pas en contact direct avec des patients.

⁹ effectués notamment lors de la journée annuelle du dépistage gratuit organisée par les laboratoires

Le ressenti des acteurs de la campagne et l'étude du dispositif ont constitué l'axe principal de notre analyse. Il s'en dégage des points forts et des limites nous permettant de mettre en perspective quelques propositions.

3 ANALYSE ET PROPOSITIONS

3.1 Analyse de la campagne

3.1.1 Les aspects positifs de la campagne 2001

▪ Des moyens importants et adaptés au service d'un plan cohérent

La campagne d'information et d'incitation au dépistage s'intègre à la politique de sensibilisation au VHC voulue par le Ministère chargé de la Santé. Pour ce faire, l'État en partenariat avec la CNAMTS, a débloqué depuis quelques années des crédits importants et en constante augmentation (cf. supra), ce qui n'est pas le cas de tous les programmes de santé publique.

En outre, la campagne 2001 ne saurait s'envisager seule. En effet, elle s'intègre dans un ensemble plus vaste, véritable plan de communication :

- dans la continuité des actions antérieures, elle permet de relancer la sensibilisation ;
- elle apporte de nouvelles recommandations ou reformule les messages déjà diffusés.

Enfin, ce plan de communication est bien conçu dans la mesure où les questions suscitées par les messages peuvent trouver réponses auprès du numéro vert, de certaines associations, et au besoin des professionnels de santé – autant d'acteurs qui désamorcent l'angoisse éventuelle et informent plus largement sur la pathologie.

▪ L'utilisateur, acteur de sa propre santé

La campagne 2001 a permis une meilleure information du grand public sur les modes de contamination les plus fréquents. L'utilisateur, à qui l'on demande de se « reconnaître » comme personne à risque, est donc impliqué dans la démarche de dépistage auparavant laissée à la seule initiative du médecin. Dans ces conditions, on peut supposer que l'annonce d'une séropositivité est mieux vécue par le patient que lors d'un dépistage imposé.

Enfin, une des forces de cette campagne est de ne pas être anxiogène, comme l'ont souligné quatre des personnes que nous avons interrogées. Par l'emploi d'un message modéré, mettant en avant les possibilités de guérison, diffusé sur les ondes et dans la presse mais pas à la télévision, la campagne incite l'utilisateur à se faire dépister sans affoler la population. Elle est également source d'informations pour l'entourage des personnes contaminées.

3.1.2 Les limites de la campagne

La communication a été orientée vers les groupes les plus exposés. Néanmoins, il est regrettable que certaines populations n'aient pas fait l'objet d'une communication ciblée : migrants, personnes ne maîtrisant pas le français, populations en grande précarité, personnels de santé (victimes d'AES¹⁰). En effet, il est très difficile de toucher ces populations à moins de mettre en place un dispositif spécifique.

De plus, on peut déplorer un certain cloisonnement de l'information. La DGS n'a pas fait appel à des partenaires pourtant concernés, tels que les ministères de la Défense (santé des armées), de l'Education nationale (médecine scolaire). De même on constate une implication insuffisante des relais spécifiques existants : les DDASS, les DRASS, les centres méthadone, les associations, etc... alors que le propre de la campagne est d'impliquer tous les acteurs autour des populations cibles.

En outre, la campagne pâtit des contraintes du calendrier budgétaire : les financements de la CNAMTS destinés au CFES ne sont souvent disponibles et utilisables qu'au 15 juin de chaque année. De fait, les campagnes sont difficilement « matérialisables » avant le début du second semestre.

L'évaluation de la première phase (presse), élément pourtant important, n'a pu être faite avant la deuxième phase (radio). Surtout, l'évaluation envisagée à la fin de la campagne 2001 ne devrait s'intéresser qu'à la qualité et la compréhension des messages. Tel que le dispositif d'évaluation est prévu, la perception de la campagne par les professionnels de santé ne sera pas étudiée.

Enfin, certaines imperfections du dispositif de communication sont liées aux spécificités de la maladie. D'une part, la connaissance partielle des modes de transmission ne permet pas d'identifier toutes les populations à risques. D'autre part, le message à transmettre est complexe, et difficilement mémorisable en l'absence de slogan « choc » (contrairement aux campagnes contre le VIH ou l'alcool). Enfin, le fait que tous les séropositifs au VHC ne soient pas éligibles au traitement engendre des déceptions, qui vont à l'encontre du message rassurant voulu par les pouvoirs publics.

3.1.3 Les limites liées à la prise en charge des patients atteints de l'hépatite C

On observe une grande diversité dans le fonctionnement des réseaux hépatite C. Comme nous l'ont fait remarquer plusieurs de nos interlocuteurs, leur activité et leur organisation varient selon les régions et l'implication des acteurs. Il en découle des difficultés de communication et un certain cloisonnement.

¹⁰ Accidents d'Exposition au Sang

La diffusion de l'information au sein même des réseaux, et des réseaux vers l'extérieur reste très variable. La prise en charge des patients, thérapeutique, psychologique et sociale, n'est pas toujours optimale.

L'un des acteurs principaux de cette prise en charge est le médecin généraliste, comme l'ont souligné huit des personnes interrogées. Des études ont également montré la difficulté de motiver ces professionnels à participer plus activement aux réseaux. Les causes en sont nombreuses : un nombre parfois faible de patients séropositifs pour le VHC au sein de leur clientèle, un temps disponible limité, une « sur-sollicitation », un manque d'informations claires sur les traitements ou le coût de ces derniers, qui restreint le potentiel de prescription des généralistes (quota annuel).

Quant aux spécialistes libéraux, certains se sentent court-circuités et déplorent l'effet de « trappe hospitalière » liée à la prescription initiale obligatoirement faite par un médecin de l'hôpital. Trois de nos interlocuteurs y voient un manque de coordination et un déséquilibre de leurs relations avec les établissements de santé. Cette mise à l'écart des gastro-entérologues libéraux ne facilite pas le développement d'une prise en charge ambulatoire, pourtant possible et souhaitable.

3.2 Propositions

3.2.1 Propositions concernant l'amélioration de la communication sur l'hépatite C

- Un effort supplémentaire de communication pourrait être fait en direction de certaines populations « à risque »
 - les *populations migrantes, maîtrisant mal le français* : les informer et leur proposer un test de dépistage par l'intermédiaire d'associations ou de médias spécifiques. Le recours à ces médias spécifiques nécessite des études médiamétriques préalables, en projet au CFES.
 - les *populations en grande précarité* : aller au-devant de ces personnes, les aider à se prendre en charge, à l'image de ce que font à Rennes les EMIPS¹¹ pour le VIH.
 - les *toxicomanes* : la communication grand public semble peu adaptée à ce type de population. Le recours à des équipes mobiles, relayées par le « bouche à oreilles », serait sans doute plus efficace. Certes, les Stéribox contiennent des messages de prévention ; toutefois, dans la mesure où les premières expériences sont les plus risquées car souvent effectuées en groupes (effet d'entraînement), la prévention à destination des adolescents apparaît particulièrement importante (cf. infra).

¹¹ équipes mobiles d'information et prévention sida

- Améliorer la sensibilisation des professionnels exposés à un risque de contamination
 - Le dispositif de déclaration et de prise en charge des AES (prévu par la circulaire de 1999) semble bien connu et appliqué dans les établissements de santé. En revanche, il semble nécessaire d'améliorer l'information des autres professionnels (professionnels de santé libéraux, personnels d'entretien et d'élimination des déchets...). Les médecins du travail ont en ce domaine un rôle important à jouer.

- La pérennité du message de prévention et d'incitation au dépistage doit être assurée
 - continuer à prévoir des actions de communication à long terme, avec des « piqûres de rappel » régulières.
 - mettre en place une information spécifique à destination des adolescents. Des associations pourraient assurer des missions de prévention primaire (sur la toxicomanie intraveineuse, les tatouages et piercings) en milieu scolaire. D'autre part, les infirmières scolaires sont les relais incontournables des campagnes d'information – pour peu qu'elles aient les moyens d'assurer cette mission (des hausses d'effectifs semblent nécessaires).
 - réaliser des évaluations pluridisciplinaires plus précises et plus qualitatives des campagnes de prévention. Le retour d'information en direction des professionnels en particulier, mais aussi des usagers, doit être développé.

3.2.2 Propositions concernant l'amélioration de la prise en charge de l'hépatite C

- Améliorer le fonctionnement et l'efficacité des réseaux
 - Lutter contre le cloisonnement pour améliorer la prise en charge et la connaissance de la maladie :
 - * *au sein du réseau* : mieux faire circuler les informations ;
 - * *entre les réseaux* : créer un site Internet commun, faire plusieurs réunions annuelles ;
 - * *des réseaux vers l'extérieur* : associer les acteurs (CDAG, associations de personnes atteintes, centres de soins spécialisés pour les toxicomanes...) ;
 - Favoriser la participation des médecins généralistes aux réseaux de prise en charge
 - ex : réunions communes des réseaux VIH – VHC ;
 - Développer la prise en charge psychologique des patients et de leur entourage (le succès des associations d'écoute et de soutien démontre l'existence de ce besoin) ;
 - Améliorer l'éducation des patients sous thérapeutique auto-injectable en ce qui concerne l'élimination des déchets (collecteurs d'aiguilles...).

- Favoriser le traitement des personnes incarcérées
 - Faciliter l'accès, pour l'instant limité pour des raisons pratiques (sécurité du transfert à l'hôpital) à la ponction biopsie hépatique ; selon une enquête¹², c'est le non accès à cet acte diagnostique qui empêche ensuite le traitement.

- Améliorer l'indemnisation des personnes contaminées
 - Faire évoluer le projet de loi, étudier la faisabilité d'une indemnisation à la lumière d'une meilleure connaissance des données épidémiologiques et de l'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2002.

- Poursuivre l'effort de recherche
 - Dépistage par salivette ;
 - Développement de vaccins ;
 - Traitement par ARN polymérase, devant empêcher la réplication du virus.

CONCLUSION

La communication est un outil au service de l'éducation à la santé du grand public, et des publics particulièrement exposés à un risque de santé.

L'utilisation des médias est particulièrement utile dans le domaine de la prévention : elle permet de s'adresser au plus grand nombre, avec des messages simples, d'attirer l'attention sur un problème, de diffuser une information.

La communication au service de la lutte contre l'hépatite C constitue un très bon exemple d'enjeu de santé publique, pour lequel il a été estimé plus efficace de cibler les messages sur des groupes de population particulièrement exposés (quatre messages simples d'incitation au dépistage, en direction des quatre groupes de populations à risque).

L'efficacité de la communication en santé publique est conditionnée par deux éléments essentiels, la durée et la cohérence :

- L'élément temporel : il est à ce titre plus pertinent d'utiliser la notion de « programme de communication », s'inscrivant sur le long terme, que celle de « campagne » : ponctuelle par nature, celle-ci doit nécessairement faire partie d'un programme plus vaste, pour

¹² « Vivre l'hépatite C en prison : une enquête nationale des pratiques sur 85 établissements pénitentiaires », THS, mars 2001

espérer produire des résultats durables. La lutte contre l'hépatite C fait en l'occurrence partie d'un programme national quadriennal, qui devrait se terminer en 2002.

- La communication doit absolument, en outre, être relayée par des actions d'éducation et d'information plus approfondies, menées par les acteurs de terrain (professionnels de santé, associations ...). L'action locale doit pouvoir bénéficier de la légitimité et de l'effet d'écho apportés par les médias.

A cet égard, l'une des faiblesses de la campagne actuelle réside dans le fait que tout le potentiel des relais locaux n'a sans doute pas été utilisé. Le choix des promoteurs de la campagne de ne pas impliquer tous les professionnels de terrain dans le dispositif a certainement contribué à une appropriation lacunaire du sujet par ces acteurs.

Ceci étant, peut-on réellement attendre de la communication un impact sur les comportements de santé, et peut-on l'évaluer ? S'il est possible de voir l'impact immédiat d'une campagne sur la compréhension du message diffusé, la prise de conscience suscitée, il serait abusif de mettre en relation des évolutions de comportement avec l'impact d'une campagne.

Dans le cas de l'hépatite C, il est encore trop tôt pour pouvoir disposer d'éléments objectifs permettant une évaluation des retombées des campagnes menées en juin 2001 dans la presse, et en septembre - octobre 2001 via la radio. Néanmoins, le numéro vert « Hépatite Info Service », a enregistré une forte augmentation du nombre d'appels téléphoniques suite à ces deux campagnes. On peut donc en déduire que la lecture de la presse écrite et la réception des messages radio a bien généré une prise de conscience, et une demande forte d'informations de la part des personnes, contaminées ou non.

Tant que les modes de contamination ne seront pas clairement identifiés, tant que les gestes diagnostiques (ponction biopsie hépatique) seront lourds sans pour autant garantir l'accès au traitement, tant que ce dernier sera long et contraignant, il sera difficile de communiquer en direction des publics les plus touchés.

Certaines limites de la campagne ne sont donc pas imputables à une communication défailtante, mais aux spécificités même de la maladie telle qu'on la connaît et qu'on la soigne actuellement. C'est pourquoi la meilleure façon d'améliorer les dispositifs de communication sur le VHC réside dans la recherche médicale, afin de clarifier nos connaissances sur la pathologie, mais aussi de simplifier son diagnostic et son traitement. A cet égard, certaines expérimentations en cours ouvrent des perspectives prometteuses.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

➤ Lois

- loi n°93-5 du 4 janvier 1993, relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicaments.
- loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle (art.35 : les CDAG peuvent être habilités par le représentant de l'Etat à participer, dans les mêmes conditions que pour l'infection à VIH, à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, notamment les hépatites).
- projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, titre III article 61 ("*Faciliter l'indemnisation contentieuse des victimes d'hépatite C d'origine transfusionnelle*").

➤ Décrets

- décret n°94-352 du 4 mai 1994, relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques.

➤ Circulaires

- circulaire DGS du 26 mars 1993, relative à la recherche des malades transfusés.
- circulaire DGS/DH n°51 du 29 décembre 1994, relative à l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique.
- circulaire DGS/DH n°44 du 9 mai 1995, relative à l'organisation pour les patients atteints d'hépatite C.
- circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998, relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
- circulaire DGS/DH n°98-249 du 20 avril 1998, relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
- circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998, relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit et de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine.
- circulaire DGS/DH n°99-299 du 21 mai 1999, relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.
- circulaire DGS/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999, relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.
- circulaire DGS/SD6A n°200-531 du 17 octobre 2000, relative aux modalités de désignation et aux missions des consultations de dépistage anonyme et gratuit.

➤ Recommandations des experts

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Association Française du Foie, Société Nationale Française de Gastro-entérologie. Dépistage et traitement de l'hépatite C. Conférence nationale de consensus des 16 et 17 janvier 1997.
- Conférence internationale de consensus sur l'hépatite C, 26-27 février 1999, Paris
- Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 27 juin 2000 : Risques infectieux liés au tatouage et au piercing.
- Recommandations du comité d'experts réunis par l'ANAES, janvier 2001

Ouvrages

B. BASSET, J. CHAPERON, M.-O. FRATTINI, P. JARNO, C. KELLER, *Hôpital et Santé Publique*, 1999 Editions ENSP

P. BEGUE *et al.* « *Hépatites virales : dépistage, prévention, traitement* », 1997, collection Inserm

F. CHAUVIN, O. BRIXI, B. ROUSSILLE, « *Du bon usage de la communication, en éducation pour la santé* », Séminaire International des 16 et 17 décembre 1996 (Château de Bierville, ESSONNE) Editions CFES

C. MENARD, A. GAUTIER, C. DRESSEN, « *Les médecins face au VIH et à l'hépatite C* » Education pour la santé, Baromètre santé médecins généralistes 98/99, édition CFES.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, *SIDA et Hépatite C : les chiffres clés* (8^{ème} édition), Flammarion

Articles

G. BABANY *et al.*, « *Les médecins généralistes souhaitent-ils prendre en charge l'hépatite chronique virale C et participer aux réseaux ville – hôpital ?* », Gastroentérol Clin Biol, 1999, 23, 1289-1295.

P. BENKIMOUN, « *La France comble son retard dans la lutte contre l'hépatite C* », Le Monde, 30/04- 02/05/00

C. EUGENE. Hépato-gastro-entérologue, « *hépatite C aiguë :L'interféron alpha-2b prévient le passage à la chronicité* », Le quotidien du médecin, 3 octobre 2001.

F.R. INGOLD., « *L'hépatite du toxicomane, une épidémie de seconde zone* », Esprit, n°1, janvier 2001

A. LESTOURNELLE, MN. HILLERET, F.VERGARA, I. GAMOT, J.P. ZARSKI, « *Hépatite C : mobiliser les généralistes* » Enquête qualitative menée auprès des médecins généralistes. ADESSI Grenoble ; Prométhée-Alpes- Réseau, CHU Grenoble.

J. LANGLOIS « *Les risques de contamination des patients* » Bulletins de l'ordre des médecins, Mai, Juillet Août, 1997.

V. MASSARI, F. BANISADRE, « *Hépatite C : environ 20 000 sérologies positives détectées en médecine générale en 2000* », Le Quotidien du médecin, 25/01/2001

E. MONNET, P. MERCET, M.C WORONOFF-LEMSI..., « *Dépistage organisé de l'hépatite virale C : résultats et coût d'un de campagne dans un département pilote.* », Gastroentérologie clinique et biologique, Volume 24, fascicule n°5 2000

A-J. REMY, S. BENHAIM, F. KHEMISSA , « *Vivre l'hépatite C en prison : une enquête nationale des pratiques sur 85 établissements pénitentiaires* », THS, La revue des addictions- spécial prison, Volume III n°3, mars 2001

P SOGNI *et al.*, « *Hépatites Actualités n° 9. L'hépatite C : un enjeu de santé publique* », Le journal du Sida et de la démocratie sanitaire, n°136-137, juin/juillet 2001

« *Hépatite C : des campagnes tous azimuts en faveur du dépistage* », Le quotidien du médecin, 5 juin 2001

I.N.V.S « *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective.* » Revue de littérature, octobre 1999.

Dépêches de l'Agence Presse Médicale du 5 octobre 2001, « *Hépatite C : les Députés approuvent une mesure judiciaire en faveur des personnes contaminées par voie sanguine* » ; « *Droits des malades : création de l'Institut national de prévention et de promotion de la santé* »

Dossiers de presse

- Dossier de presse du 28/06/00, réalisé par le Ministère et le CFES, Hépatite C, « une personne atteinte sur trois l'ignore encore »
- Dossier de presse du 07/09/00, réalisé par le Ministère, « piercing et tatouage : les règles d'hygiène concernant la pratique du piercing et du tatouage et la prévention des risques infectieux »
- Dossier de presse du 01/06/01, réalisé par le Ministère, le CFES et l'Assurance Maladie, « Lancement de la campagne d'incitation au dépistage de l'hépatite C »

Sites Internet :

SETH.org : site de la Société Européenne Toxicomanies, Hépatites, Sida

<http://seths.org/>

http://seths.org/revue/n9_mars_01/THS_p542%20a%20551.pdf

- Rémy A.-J., Benhaïm S., Khemissa F., « Vivre l'hépatite C en prison : une enquête nationale des pratiques sur 85 établissements pénitentiaires », THS, Spécial Prison Mars 2001.

Quotimed : le quotidien du médecin

<http://www.quotimed.com/>

- Hépatite C : des campagnes tous azimuts en faveur du dépistage ; le quotidien du médecin du 05 juin 2001

Sante.gouv.fr : site du ministère de l'emploi et de la solidarité

<http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/hepatitec/index.htm>

- Programme national de lutte contre l'hépatite C
- DREES Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique et évolution des pratiques thérapeutiques
- quelles précautions à prendre pour les patients porteurs de l'hépatite C
- la mise au point de test de dépistage du VHC
- rapport sur le risque de transmission virale patient –chirurgien

<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossier/hygiene/recomand.htm>

Avis concernant les règles de prophylaxie des infections pour la pratique d'actes corporels sans caractère médical avec effraction cutanée (tatouage, piercing, dermographie, épilation par électrolyse, rasage). Conseil supérieur d'hygiène publique : Avis et recommandations.

<http://recherche.sante.gouv.fr/search97cqi/s97>

Madame Gillot Dominique secrétaire d'état à la santé et aux handicapés discours du 22 juin 2000.

<http://www.33docpro.com/>

Site des Editions JB BAILLIERE SANTE qui publie "Le Concours Médical", "Panorama du Médecin" et "La Revue du Praticien" constitue une référence dans l'univers professionnel de l'information et de la formation médicales. Elles sont conçues par des médecins pour des médecins.

- Hépatite C : les insuffisances de la prise en charge, Dr Chantal Guéniot, le Panorama du médecin du 12 mars 2001

<http://perso.wanadoo.fr/sos.hepatites/>

Site de l'association "SOS Hépatites" (créée en 1996). Le site a été mis en place en 1998, mais ne semble pas très à jour quant aux articles proposés. Propose un lien avec une autre association "Hépatite et pas toi?"

www.chez.com/hepatite/

C'est le site de l'association "Hépatite et pas toi?" association française de lutte contre les hépatites virales, qui travaille conjointement avec "SOS Hépatites" pour

créer une Fédération Nationale référente dans le domaine des hépatites virales. Site complet, contient des informations au niveau médical, juridique et social.

www.depistagehepatites.com

Site créé par France Télécom, à la demande du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Contient l'ensemble des coordonnées des CDAG de France métropolitaine et des DOM-TOM. Très facile d'utilisation.

www.cfes.sante.fr

Présente toutes les campagnes de communication réalisées par le CFES.

www.inserm.fr/bdc/hepatites

Le Directeur de l'Inserm, Christian Bréchet, a lancé un programme de recherche spécifiquement dédié à l'hépatite C, appelé action thématique concertée (ATC). Dans ce cadre, l'Inserm vient de mettre en ligne une base de connaissance qui recense les manifestations, les publications Inserm, les programmes de recherche nationaux et internationaux, les coordonnées des sociétés savantes et la bibliographie récente relatifs au virus de l'hépatite C.

<http://www.hc-sc.ca>

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
(anciennement LLCM)

Relevé des maladies transmissibles au Canada- Supplément Volume 25S3 juillet 1999

Pratiques de prévention des infections dans les services personnels: tatouage, perçage des oreilles, perçage corporel et électrolyse.

Annexe 1

Amélioration de la réponse au traitement

	Durée traitement	Réponse prolongée au traitement	
		Interféron a	Interféron a ribavirine
Patients naïfs Génotype 2 ou 3 Génotype 1	1 an	20%	> 40%
	6 mois		65%
	1 an		30 à 40%
Patients répondeurs rechuteurs Génotype 2 ou 3 Génotype 1	6 à 12 mois	5%	49%
			74%
			29%
Patients non repondeurs	12 mois		5 à 25% Fortes doses interférons

D'après Tout savoir sur l'hépatite C www.hepatite-c.org/hepatite/infos.html

Remarque : La ribavirine était disponible à partir de mai 1996 avec une ATU (dispensation strictement hospitalière), depuis août 1999 elle est titulaire d'une AMM sous le nom de REBETOL®

Réponse au dernier traitement de référence de l'Hépatite C : Interféron-pegylé et ribavirine

Patients Naïfs	Peg-INF 1,5 Ribavirine	Peg-INF 0,5 Ribavirine	Interféron Ribavirine
Taux général de réponse virale soutenue	54 %	47 %	47 %
réponse virale soutenue génotype 1	42 %	34 %	33 %
réponse virale soutenue génotype 2/3	82 %	80 %	79 %

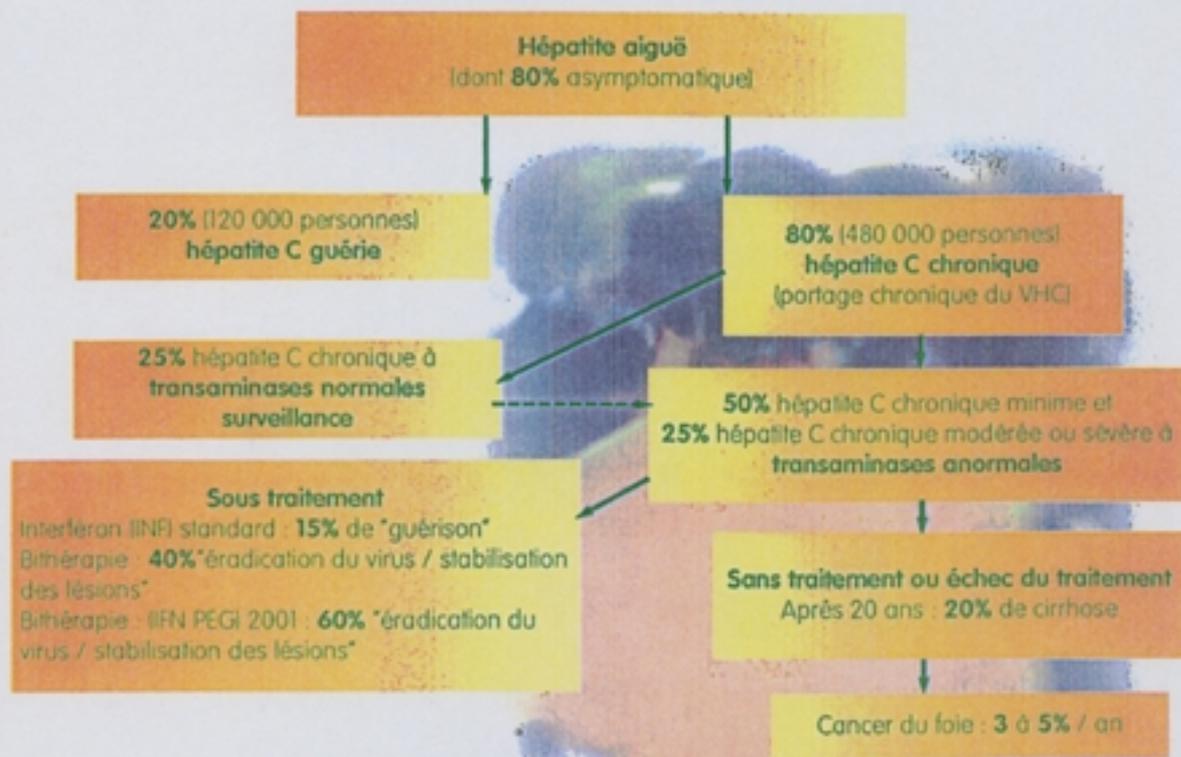
D'après Hépatite actualité n°4 décembre 2000 sur www.arcas-sida.org/

Annexe 2
Plan national de lutte contre l'hépatite C 6 pages
Document couleur

L'hépatite C un problème de santé publique

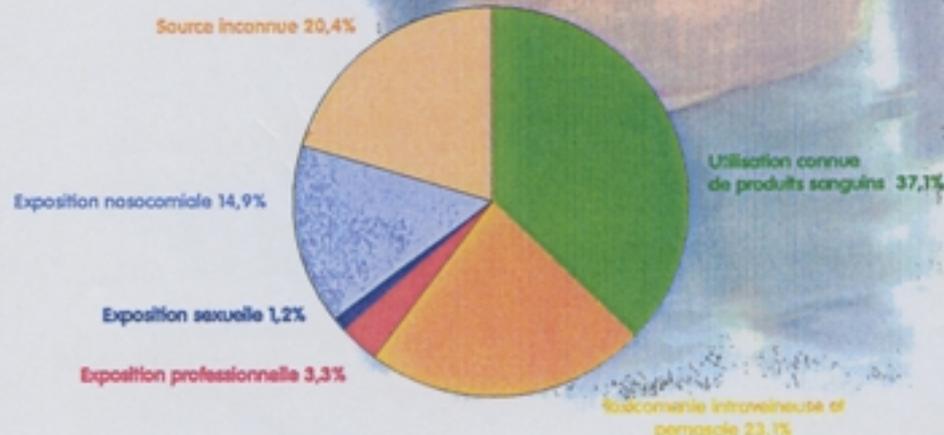
- Infection fréquente : 1% de la population (600 000 personnes)
- Hépatite chronique dans 80% des cas
- Evolution possible de l'hépatite chronique vers une cirrhose et un cancer du foie

Evolution de l'hépatite C



Source : adossement à l'usage des professionnels de santé 1999
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'état à la santé

Sources d'exposition au VHC



1999-2002 un plan sur 4 années

Les objectifs

Dépistage Information

Dépister 75% des personnes atteintes

Prise en charge

Traiter 80% des personnes relevant d'une thérapeutique

Soutenir les actions d'écoute et de soutien des patients (associations)

Prévention

Réduire l'infection chez les toxicomanes et les détenus

Réduire les infections nosocomiales

Déclinaison régionale

Mettre en oeuvre en fonction des particularités épidémiologiques locales

Programmation coordination

Impulser des actions

Suivre et analyser les actions et les effets du plan

Recherche clinique

Evaluer et financer des projets

Surveillance épidémiologique

Surveiller le dépistage

Analyser les caractéristiques des nouveaux consultants

Évaluer les risques de transmission résiduels

Réaliser une enquête nationale de prévalence

Les moyens financiers engagés en millions de francs (MF)

Budget de l'assurance maladie

	1998	1999	2000	2001
Établissements de santé	22,7	35,7	55	70

	1999	2000	2001
En ville	800	1000	1300
		estimation	prévision

Prévention (budgets État et Assurance Maladie)
Enveloppes CCLIN, réduction des risques...

Budget de l'État

	1999	2000	2001
Programme national de lutte contre l'hépatite C	9	20,6	34,9

	1999	2000	2001
Recherche		40	22,5

	1999	2000	2001-2002
Surveillance épidémiologique	0,6	2,3	+3
		estimation	prévision

2000-2001 Les actions et les indicateurs

Actions 2000

Information et Dépistage

Campagne d'information et d'incitation au dépistage à destination des professionnels de santé, des patients et du public (juin /octobre)

Dépistage du VHC dans les CDAG

Prise en charge

Organisation de la prise en charge (circulaire du 21 mai 1999)

Patients traités : un tiers de ceux ayant une indication

Prévention

Nouveau dispositif

Trousses de prévention pour les usagers de drogue par voie intraveineuse

Recommandations en cas d'accidents d'exposition au sang pour le personnel soignant (circulaire du 8 décembre 1999)

Recherche

Définition des priorités de recherche (ANRS) (Symposium 09/2000)

Deux appels d'offres

Surveillance épidémiologique

Mise en place de deux réseaux de surveillance coordonnés par l'InVS

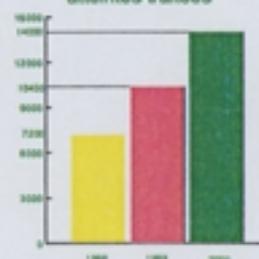
- 270 laboratoires d'analyse
- 25 pôles de référence

Indicateurs

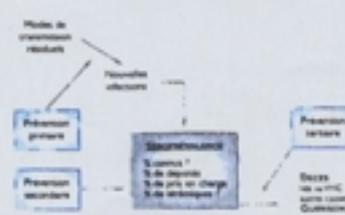
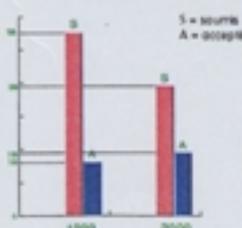
Pourcentage de personnes infectées connaissant leur statut



Nombre de personnes atteintes traitées



Nombre de projets financés



Actions 2001

Information et Dépistage

Campagne d'information et d'incitation au dépistage à destination du grand public (Recommandations ANAES 18/01/01)

Campagne spécifique piercing /tatouage

Prise en charge

Renforcement des moyens alloués aux consultations

Remboursement des tests de détection de l'ARN et de génotypage du VHC

Introduction de l'Interféron pégylé (PEG) en bithérapie

Prévention

Actions pour la réduction des risques chez les usagers de drogue en liaison avec les associations

Dépistage des génomes viraux (DGV) sur les dons de sang

Recherche

Création d'une action coordonnée pour les essais thérapeutiques (AC24)

Deux appels d'offres

Surveillance épidémiologique

Elaboration de protocoles d'enquêtes (dont enquête de prévalence du VHC planifiée en 2002)

Evaluation des risques résiduels de transmission (InVS)

La prise en charge une organisation en réseau

Ministère chargé de la santé : DGS DHOS DGAS DDASS DRASS

Agences : AFSSAPS ANAES ANRS CFES InVS

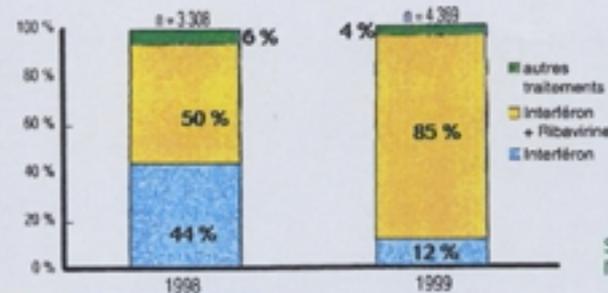


- Information / conseils
- dépistage
- Consultation
- Prise en charge médicale
- Prise en charge psycho-sociale

PR : 30 pôles de référence en CHU chargés d'animer 34 réseaux
élaboration des protocoles de prise en charge diagnostique et thérapeutique
référents pour les diagnostics et traitements complexes
coordination de la recherche clinique
surveillance épidémiologique avec l'InVS
contribution aux orientations stratégiques d'action et de formation
référents scientifiques pour l'information du public

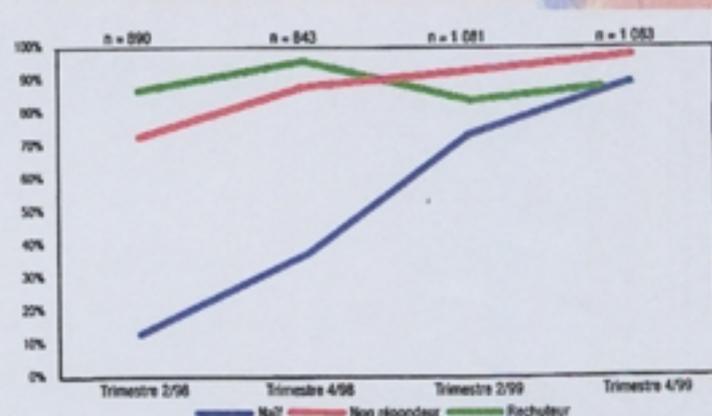
Les traitements

Les nouveaux cycles de traitement pour l'hépatite C chronique
(Enquête dans 69 services de 1998 à 1999)
Répartition des types de traitements



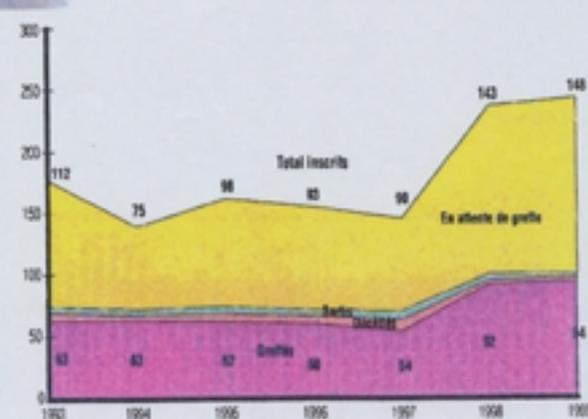
Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins / AP - HP

Évolution des bithérapies (Interféron + Ribavirine)
(Enquête dans 69 services de 1998 à 1999)



Source : DHOS / AP - HP

Nombre annuel de personnes inscrites en attente de greffe du foie
et de personnes greffées pour cirrhose post-hépatite C



Source : Établissement français des greffes

Plan national de lutte contre l'hépatite C

Les outils

Pour tous publics



Pour les usagers de drogues

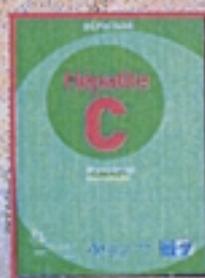
Pour les personnes atteintes et les associations



2^e semestre 2001

Pour les professionnels de santé

Pour les bijoutiers, esthéticiennes, tatoueurs, pierceurs



Documents édités par le Comité National d'Éducation pour la Santé
Sur commande : Eurodispatch CFES/HC - BP60 93152 Le Blanc Mesnil Cedex

Pour le public, les patients et les professionnels de santé

Numéro Vert
Hépatites Info Service
0 800 845 800

Minitel
3611 code CDAG Hépatites
code département

Site Internet
Ministère de l'Éemploi et de la Solidarité
www.sante.gov.fr : rubrique Les dossiers

Annexe 3

Les actions d'information et d'incitation au dépistage de l'hépatite C menées depuis 1993		
Population cible	Année	Support de communication et contenu
4 PROFESSIONNELS DE SANTE 5	- 1993	- incitation au dépistage des anciens transfusés et campagne de presse
	- 1996	- lettre du Directeur Général de la santé à tous les médecins de France, incitant au dépistage large du VHC - guide sur l'hépatite C adressé à tous les médecins généralistes et spécialistes intéressés par les hépatites, afin de les sensibiliser au dépistage ciblé de leurs patients et de leur apporter des informations scientifiques
	- 1997	- diffusion du guide de prévention de la transmission des maladies infectieuses pour les stomatologues et odontologues
	- 1998	- 1 ^{er} avril, première journée nationale sur l'hépatite C organisée par la DGS
	- 1999	- 24 juin, deuxième journée nationale organisée par la DGS - communication en direction des pharmaciens lors de la diffusion du Stéribox 2 ¹³ (affichettes « <i>Mine de rien</i> » et vitrophanie Stéribox 2)
	- 2000	- début mars, campagne d'incitation au dépistage du VHC, auprès des médecins, réalisée par l'Institut Alfred Fournier avec le soutien de la DGS (campagne sous forme d'affichettes encartées dans deux titres de la presse médicale) prévention de l'infection à VHC chez les usagers de drogues : lettre de sensibilisation en direction des pharmaciens et des Conseils de l'Ordre des médecins et pharmaciens, vitrophanie diffusée dans toutes les pharmacies informant de la mise en vente du Stéribox 2, affichette prévention sur les hépatites et le Stéribox 2

¹³ Comprenant deux seringues stériles, deux stéricups (récipient de dilution et de chauffe), deux filtres, deux tampons secs, deux fioles d'eau stérile, un préservatif.

<p>5.1 Usagers de drogues</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 	<ul style="list-style-type: none"> - - annonces diffusées dans la presse associative et affinitaire (« <i>Voici trois bonnes raisons de ne pas réutiliser votre seringue</i> »), brochures et dépliants (« <i>Tout ce que vous avez toujours voulu savoir : le code du shoot à moindre risque</i> ») - dépliants « <i>Sida, hépatites B et C</i> » et « <i>Le manuel du shoot à risque réduit</i> » - incitation au dépistage dans la presse associative et affinitaire ; brochure et affiche « <i>eau de javel</i> » et trois dépliants sur les substances, l'injection, le risque sexuel et les drogues - incitation au dépistage du VHC en direction des usagers de drogues dans les messages accompagnant la diffusion du Stéribox 2 - annonce dans la presse affinitaire en février (Nova Magazine, Technicart, les Inrockuptibles, Max, Magic....) comportant une information complète sur l'hépatite C, sa gravité, le dépistage et les moyens d'y faire face - brochure d'information sur les modes de transmission, le dépistage, les traitements et des conseils pratiques, diffusée dans les réseaux prenant en charge les usagers de drogues et dans les Stéribox 2
<p>5.1.1 Grand public</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1993 - 1999 - 2000 	<ul style="list-style-type: none"> - incitation au dépistage des anciens transfusés et campagne de presse (26 mars) - conférence de presse lors du lancement du programme national de lutte contre l'hépatite C - juillet : création d'un numéro vert national « Hépatites Info service », avec le soutien de la DGS - début mars : campagne d'incitation au dépistage réalisée par l'institut Alfred Fournier, avec le soutien de la DGS, via une affichette apposée dans les salles d'attente des médecins

Annexe 4
Encart Presse

Vous ignorez tout de La preuve, c'est que vous ne savez pas que l'on peut en guérir.

L'hépatite C est une maladie qui peut être grave, mais dont on peut guérir. Elle est due au virus de l'hépatite C qui se transmet principalement par le sang. Tout d'abord, il faut savoir si vous avez besoin d'un test de dépistage. Parce que l'hépatite C est une infection souvent silencieuse jusqu'à l'apparition de complications, plus tôt on est dépisté, plus tôt on est pris en charge, plus on a de chances de guérir.

Un test de dépistage est nécessaire si :

- Avant 1992, vous avez reçu des produits sanguins, été opéré, subi une intervention chirurgicale importante, été hospitalisé en réanimation, eu une hémorragie digestive, un accouchement difficile, reçu des soins en néonatalogie ou pédiatrie pour une maladie grave.
- Vous avez utilisé, même une fois dans votre vie, des drogues par voie intraveineuse ou nasale.
- Vous vivez ou vous avez vécu avec une personne atteinte par l'hépatite C.
- Vous avez eu recours au tatouage, au piercing, à la mesothérapie ou à l'acupuncture sans aiguilles jetables ou paracannelles.
- Vous avez reçu des soins dans les pays du Sud-Est asiatique, du Moyen-Orient, d'Afrique ou d'Amérique du Sud.

N'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant. Il pourra vous prescrire un test de dépistage remboursé à 100% par la sécurité sociale.

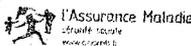
Vous pouvez également vous rendre dans un service de dépistage anonyme et gratuit. En étant dépisté, c'est pouvoir se soigner.

Pour en savoir plus sur les hépatites :

<http://www.sante.gouv.fr> (Rubrique: les dossiers)

Hépatites Info Service: 0 800 845 800

appel anonyme et gratuit



libération 15/2011

Annexe 5

Spots radio



Le 19 juillet 01

Message d'annonce 25" : le thème et les 3 signataires de la campagne

VO : En France, l'hépatite C est encore peu connue du grand public. Voilà pourquoi le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et le Comité Français d'Éducation pour la Santé s'associent pour que vous en sachiez plus sur l'hépatite C. Cette maladie peut entraîner des complications, mais on peut en guérir. La première démarche est le dépistage. D'ici mercredi, sur cette antenne, un médecin vous informera sur le dépistage de l'hépatite C.
Hépatite C : se faire dépister, c'est pouvoir se soigner.

Les dates de passage des annonces :

Semaines de communication (bloc du samedi au mercredi)

→ 22/09 au 26/09

→ 29/09 au 03/10

→ 06/10 au 10/10

→ 13/10 au 17/10

→ 20/10 au 24/10

Le 19 juillet 01

Message 35" : les Pays où l'hépatite C est très répandue

La journaliste : L'hépatite C se transmet par le sang. Pour connaître les différentes situations à risque, adressons-nous à un spécialiste, le PR Marcellin. Il nous parle aujourd'hui des personnes qui ont reçu des soins dans les pays où l'hépatite C est très répandue ...

PR Marcellin : En effet, les personnes qui ont reçu des soins dans les pays d'Asie du Sud-Est, du Moyen-Orient, d'Afrique ou d'Amérique du Sud peuvent avoir été infectées par l'hépatite C

La journaliste : Pourquoi est-il important de se faire dépister ?

PR Marcellin : Parce qu'aujourd'hui un traitement efficace existe. Se faire dépister, c'est pouvoir se soigner.

VO : Il existe d'autres situations à risque. Parlez-en à votre médecin ou appelez Hépatites Info Service au 0 800 845 800. Appel anonyme et gratuit.

ANNEXE 5 (2/2)

Le 19 juillet 01

Message 40" : Les interventions chirurgicales

La journaliste : L'hépatite C se transmet par le sang. Pour connaître les différentes situations à risque, adressons-nous au professeur Lienhart qui nous parle des personnes ayant subi une intervention ou des soins médicaux lourds.

PR Lienhart : Les personnes ayant subi avant 1992, des interventions lourdes ayant été en réanimation, qui ont eu une hémorragie digestive, un accouchement difficile ou reçu des soins en néonatalogie ou en pédiatrie pour une maladie grave et bien sûr les personnes transfusées ou greffées, peuvent être concernées par l'hépatite C

La journaliste : Pourquoi est-il important de se faire dépister ?

PR Lienhart : Parce qu'aujourd'hui un traitement efficace existe. Se faire dépister, c'est pouvoir se soigner.

VO : Il existe d'autres situations à risque. Parlez-en à votre médecin ou appelez Hépatites Info Service au 0 800 845 800. Appel anonyme et gratuit.

Le 19 juillet 01

Message 40" : La Drogue

La journaliste : L'hépatite C se transmet par le sang. Pour connaître les différentes situations à risque, adressons-nous à un spécialiste, le PR Marcellin . Il nous parle aujourd'hui de l'usage de drogues.

PR Marcellin : Le partage du matériel d'injection est une cause d'infections majeure, c'est pour cela que les personnes prenant, ayant pris des drogues par voie intraveineuse ou même nasale, ne serait-ce qu'une fois, même il y a longtemps sont particulièrement concernées par l'hépatite C

La journaliste : Pourquoi est-il important de se faire dépister ?

PR Marcellin : Parce qu'aujourd'hui un traitement efficace existe. Se faire dépister, c'est pouvoir se soigner.

VO : Il existe d'autres situations à risque. Parlez-en à votre médecin ou appelez Hépatites Info Service au 0 800 845 800. Appel anonyme et gratuit.

Le 19 juillet 01

Message 40" : Les aiguilles

La journaliste : L'hépatite C se transmet par le sang. Pour connaître les différentes situations à risque, adressons-nous à un spécialiste, le professeur Lienhart. Il nous parle aujourd'hui de la mésothérapie, de l'acupuncture, et aussi du tatouage et du piercing.

PR Lienhart : En effet, ces actes impliquent des mesures de désinfection très strictes : désinfection systématique des instruments, usage d'aiguilles jetables ou personnelles. Si ces mesures ne sont pas respectées il y a un risque d'infection par l'hépatite C.

La journaliste : Pourquoi est-il important de se faire dépister ?

PR Lienhart : Parce qu'aujourd'hui un traitement efficace existe. Se faire dépister, c'est pouvoir se soigner.

VO : Il existe d'autres situations à risque. Parlez-en à votre médecin ou appelez Hépatites Info Service au 0 800 845 800. Appel anonyme et gratuit.

Annexe 6 (1/4)

LA CAMPAGNE NATIONALE D'INFORMATION SUR L'HEPATITE C ET D'INCITATION AU DEPISTAGE LE DISPOSITIF DE COMMUNICATION 2000-2001

Population cible	Support de communication et contenu	Mode de diffusion	Période de diffusion	Objectifs
Le grand public	<ul style="list-style-type: none"> - campagne de presse - campagne radio - document d'information tout public (réalisé dans le cadre de la campagne 2000) - nouveau document 	<ul style="list-style-type: none"> - 66 titres de la presse quotidienne régionale, 6 titres nationaux - par les médecins généralistes - l'ensemble des médecins concernés par le VHC, les réseaux associatifs et institutionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - mi-juin - septembre - octobre - juin - septembre 	<ul style="list-style-type: none"> - campagne en 2 temps pour favoriser le dépistage chez les personnes concernées - information du grand public

Annexe 6 (2/4)

Population cible	Support de communication et contenu	Mode de diffusion	Période de diffusion	Objectifs
Les professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - « mémo » sur le dépistage (reprend les catégories de personnes à inciter au dépistage et les situations à risques) - information pratique pédagogique, faisant point sur tous les aspects de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - MG, anesthésistes, gynéco, pédiatres, cardiologues, gastro-entéro, médecins des prisons, DDASS, DRASS, CPAM, associations de lutte contre le VHC, réseaux VHC, pôle de référence VHC - idem 	<ul style="list-style-type: none"> - juin - septembre 	<ul style="list-style-type: none"> - aider les médecins à déterminer quelles personnes ils doivent inciter à se faire dépister
Les personnes atteintes et leur entourage	<ul style="list-style-type: none"> - agenda d'accompagnement. - livret « <i>hépatite C : questions – réponses</i> », avec l'essentiel des connaissances actuelles sur l'hépatite C 	<ul style="list-style-type: none"> - diffusé en priorité dans les pôles de référence aux personnes débutant leur traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - juin - septembre 	<ul style="list-style-type: none"> - faciliter la vie quotidienne des personnes en traitement - répondre aux questions que se posent les personnes atteintes et leur entourage

Annexe 6 (3/4)

Population cible	Support de communication et contenu	Mode de diffusion	Période de diffusion	Objectifs
<p>Les usagers de drogue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - brochure faisant le point sur le VHC et les pratiques susceptibles de transmettre le virus (réalisée en 2000) - affichette d'incitation au dépistage (réalisée en 2000) - un outil rappelant la nécessité de se faire dépister et inséré dans les trousses d'injection - travail de formation, via un partenariat avec la revue des CCAS et les ASH 	<ul style="list-style-type: none"> - les associations et les réseaux ville-hôpital - les travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - septembre - à partir de septembre 	<ul style="list-style-type: none"> - information régulière sur les pratiques susceptibles de transmettre le virus et la nécessité de se faire dépister - pour donner une plus grande visibilité au message d'incitation au dépistage - pour permettre aux travailleurs sociaux de répondre aux questions des usagers

Annexe 6 (4/4)

Population cible	Support de communication et contenu	Mode de diffusion	Période de diffusion	Objectifs
Les tatoueurs – pierceurs	<ul style="list-style-type: none"> - guide de bonnes pratiques (réalisé par des professionnels de santé et des personnes pratiquant le tatouage et le piercing) - campagne radio sur les risques liés au piercing et au tatouage - page d'information sur Internet 	<ul style="list-style-type: none"> - diffusé auprès des personnes pratiquant des actes non médicaux avec effractions cutanées - mis en ligne sur les sites internet du Ministère, de l'assurance maladie et du CFES, bandeaux renvoyant au guide sur les sites dédiés au tatouage et au piercing - radios en affinité sur les 15-24 ans (Skyrock, NRJ, Fun, les Parisiennes et Maurice radio) - sites du Ministère, de l'Assurance Maladie et du CFES, partenariat avec les sites consacrés aux pratiques du tatouage et du piercing et les sites « jeunes » 	<ul style="list-style-type: none"> - septembre - pendant trois semaines à partir du 19 mai - septembre 	<ul style="list-style-type: none"> - information

Annexe 7

Grille d'entretien

1/ Que savez-vous de la campagne d'information et d'incitation au dépistage du VHC ?

→ dates, raisons, supports, acteurs, populations cibles

2/ A votre avis, quelles sont les attentes du ministère ?

3/ Quel est votre rôle dans le cadre de cette campagne ?

→ objectif / ressenti

4/ Estimez-vous qu'on vous a donné les moyens de remplir ce rôle ?

→ combien de temps par semaine consacrez-vous à la campagne ?

→ depuis combien de temps ?

→ réseaux, financement,...

5/ Dans l'idéal, qu'espérez-vous de cette campagne ?

6/ Et concrètement, avez-vous déjà noté des évolutions/retombées ?

7/ Pensez-vous que les populations cibles sont / seront effectivement sensibilisées ?

→ sur quels éléments vous fondez-vous ?

→ si oui : quel(s) aspect(s) de la campagne vous semble(nt) le(s) plus efficace(s) ?

→ si non : où situez-vous les lacunes de la campagne ? Suggestions ?

Annexe 8

Liste de diffusion des supports de communication

Annexe 9

Synthèse de l'article paru dans la revue *Gastroentérologie clinique et biologique*, Volume 24, fascicule n°5/ 2000 :

« DEPISTAGE ORGANISE DE L'HEPATITE VIRALE C

Résultats et coût d'un an de campagne dans un département pilote. » (E. MONNET, P. MERCET, M.C WORONOFF-LEMSI...)

S'agissant de l'hépatite C, l'intérêt du dépistage est double :

- d'une part, c'est un outil majeur de prévention primaire : il permet le repérage des personnes contaminées ;
- d'autre part, dans le cadre de la prévention secondaire, l'efficacité du traitement est d'autant plus grande que le dépistage est fait de manière précoce.

Pour autant : l'organisation et l'efficacité de ce dépistage en pratique courante sont-elles établies ?

Pour apporter des éléments de réponse à cette question, des **programmes pilotes de dépistage**, financés par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) de la CNAMTS, ont été mis en place en 1997 dans 3 sites disposant d'un réseau ville-hôpital Hépatite C : le Doubs, le Val de Marne, et la communauté urbaine de Lyon.

Ces programmes avaient pour mission d'**évaluer la faisabilité, les résultats et le coût des procédures de dépistage ciblé sur les facteurs de risque, et proposé par le médecin dans sa pratique courante.**

Les résultats suivants ont été constatés après un an de campagne de dépistage organisé dans le Doubs.

Matériel et méthode

Le programme de dépistage a été placé sous la responsabilité d'une association multidisciplinaire de professionnels de santé, le Réseau Ville-Hôpital Hépatite C (REVHOC, créée en 1996).

• **Protocole de dépistage.**

Tous les médecins généralistes libéraux, médecins du travail, laboratoires de biologie-virologie publics et privés, en activité dans le Doubs en 1997, ont été invités par courrier à participer à la campagne.

Taux de participation :

- médecins généralistes libéraux : 23%
- médecins du travail : 42%
- laboratoires : 100%
- 1 service de médecine pénitentiaire, et 1 centre d'exams de santé ont accepté de participer.

Le protocole recommandait de proposer une sérologie virale C à tout consultant domicilié dans le Doubs, non porteur d'une hépatite C déjà diagnostiquée, et présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- antécédent de transfusion sanguine réalisée avant 1991
- toxicomanie intraveineuse ou nasale, actuelle ou ancienne

- tatouage artisanal
- hépatite C diagnostiquée dans l'entourage

Pour inclure un consultant dans la campagne, le prescripteur devait :

- lui remettre une lettre d'information et obtenir son accord ;
- compléter une fiche autocopiante à 3 feuillets (2 étant destinés au centre de gestion, avec les informations suivantes : âge, sexe, commune de résidence, indication de l'examen, date de prescription / résultats de la sérologie, coordonnées du praticien auquel était adressé le malade en cas de positivité)
- utiliser un bon de prescription de sérologie virale C conférant au consultant la gratuité de l'examen.

La campagne s'est déroulée de mai 1997 à juin 1998 ; elle n'a été accompagnée d'aucune opération de communication grand public, hormis la disposition d'affiches et de dépliants dans les lieux de soins participants.

Une lettre de relance, rappelant la campagne, a été envoyée au bout de 6 mois à l'ensemble des médecins volontaires. La participation des médecins n'a pas été rémunérée.

- **Tests biologiques.**

→ Utilisation du test ELISA de 3^{ème} génération, avec contrôle systématique en cas de résultat positif, par un laboratoire extérieur.

Les résultats du 2nd test ont été concordants avec ceux du premier dans 100% des cas de positivité.

- **Evaluation économique**

Les coûts engagés ont été recensés comme suit :

- coûts administratifs de la campagne, comprenant : les coûts en personnel, en communication (conception, impression et diffusion d'affiches et de dépliants dans les lieux de soins), gestion des données (impression des bordereaux autocopiants...). Calculs pour 12 mois, sur la base d'un praticien hospitalier à 10%, et d'un secrétariat médical à 40% d'un temps plein ;
- coûts médicaux directs, correspondant à la facturation des laboratoires de biologie-virologie pour la réalisation des sérologies virales prescrites dans le cadre de la campagne : B 70 et PB 1,5 dans la nomenclature NGAP, soit un prix unitaire de 150,75 F, plus en cas de positivité B 100, soit 180 F pour un test de confirmation.

Le coût des honoraires médicaux n'a pas été pris en compte, la prescription ayant lieu au cours d'une consultation pour un autre motif.

La somme des coûts administratifs et des coûts médicaux directs a été rapportée au nombre de sérologies positives obtenues en 12 mois, afin d'estimer le coût par cas dépisté.

Résultats

- **Participation des médecins**

Parmi les volontaires : 58 % des médecins généralistes, 63% des médecins du travail, 44% des laboratoires de biologie ont participé à la campagne, en prescrivant au moins une sérologie.

- **Sérologies prescrites et malades dépistés**

En 12 mois : - 948 sérologies prescrites (39% en médecine générale, 23% en médecine du travail, 19% en médecine pénitentiaire, 12% dans les laboratoires, et 7% dans les centres d'exams de santé).

- 66% des sérologies prescrites concernaient des hommes,
- 62% des personnes de moins de 40 ans
- dans 91% des cas : 1 seul facteur de risque était signalé. Indication la plus fréquente : l'existence d'un tatouage artisanal (45%), suivi par les antécédents de transfusions

avant 1991 (28%), puis la toxicomanie intraveineuse ou nasale et l'hépatite C dans l'entourage (7% pour chacune d'elle). 6% des sérologies ont été prescrites en raisons de symptômes chez le consultant (le plus souvent : élévation de l'activité sérique des aminotransférases), et 7% pour d'autres raisons (antécédent d'acte médical invasif, pratique sexuelle à risque...)

Sur les 948 sérologies prescrites, seules 83% ont été effectivement réalisées.

3 facteurs étaient liés de façon indépendante et significative à la fréquence de la réalisation de l'examen :

- **l'âge (meilleure observance des consultants de 40 ans et plus**, par rapport aux plus jeunes)
- **l'indication de l'examen (observance tendant à être plus élevée en présence de symptômes**, et plus faible en cas de prescription pour toxicomanie ou tatouage)
- **le lieu de prescription (observance plus faible en médecine du travail et en centre d'examens de santé qu'en médecine générale).**

Parmi les 782 consultants ayant eu une sérologie, 31 étaient positifs → 4%.

Parmi les personnes ayant une sérologie virale C positive, un an après la fin de la campagne, seules 22 (71%) avaient consulté un hépatologue. Parmi elles, après recherche d'ARN viral C par PCR, 3 étaient négatives et 19 positives.

Une ponction-biopsie hépatique a été proposée à 10 malades, et réalisée chez 8 d'entre eux. L'histologie a montré chez 5 malades une hépatite modérée justifiant un traitement ; 3 malades ayant des signes d'hépatite minime n'ont pas été traités.

Coût de la campagne

Le coût total des 12 mois de campagne a été estimé à 340 802 F.

Les **coûts administratifs** représentaient **64% du coût total**.

Le coût par cas dépisté s'élevait à 10 994 F.

DISCUSSION

La campagne menée dans le Doubs visait à appliquer, au niveau d'un département, les recommandations des autorités sanitaires pour la prise en charge de l'hépatite C.

Les résultats enregistrés illustrent la difficulté de centrer la démarche de dépistage organisé sur les professionnels de santé : en effet, cette stratégie ne parvient à impliquer qu'une faible proportion de médecins, et s'avère d'un rendement modeste (bien que la prévalence de positivité de 4% traduise une pertinence globale des prescriptions de dépistages).

Plusieurs motifs peuvent expliquer la faible participation des médecins :

- insuffisante compréhension de la nécessité d'une démarche organisée pour le dépistage ;
- difficulté de questionner sur ses antécédents et son mode de vie une personne consultant pour un autre motif ;
- et, pour les médecins généralistes, pratique peu compatible avec les contraintes économiques de l'exercice libéral.

Or, l'étude a également démontré que l'adhésion des consultants à la démarche de dépistage est meilleure lorsque le prescripteur est le médecin généraliste.

S'agissant de la poursuite des soins : tous les positifs n'ont pas eu de consultation spécialisée d'hépatologie. La poursuite des soins est particulièrement mal aisée à organiser et à évaluer chez les détenus.

De plus, les répercussions psychologiques de l'annonce de la positivité, l'acceptabilité et la compréhension par le malade du bien-fondé des examens invasifs semblent ne pas être suffisamment prises en compte.

La mise en place d'un dépistage organisé de l'hépatite C est une procédure coûteuse. Néanmoins, l'investissement consenti pour le dépistage doit être rapproché des années de vie gagnées, grâce au traitement des hépatites chroniques et des coûts évités par la prévention des complications graves (cirrhoses, carcinomes hépatocellulaires).

Enfin, il paraît primordial de présenter au public de façon simple les facteurs de risque et l'intérêt du dépistage et du traitement, en utilisant des modes de communication autres que le recours unique aux médecins (et autres professionnels de santé) comme vecteurs d'information.