

Maladies chroniques du foie en France : un fardeau croissant, mais évitable

1. Un fardeau croissant en Europe, la France en première ligne de l'épidémie métabolique

En Europe, les maladies chroniques du foie (MCF) sont une cause majeure de mortalité prématurée : plus de 151 000 décès annuels leur sont attribués dans les 35 pays du projet HEPAAHEALTH, l'alcool restant le premier déterminant en Europe occidentale, l'hépatite virale en Europe orientale (Pimpin et al., J Hepatol 2018). La trajectoire française se distingue par la progression rapide de la maladie hépatique métabolique (MASLD). Selon Estes et al. (J Hepatol 2018), parmi huit pays comparés, la France affichera d'ici 2030 les plus fortes hausses relatives de mortalité liée à la MAFLD (+182 %, 2 490 → 7 030 décès/an), de cirrhose décompensée (+164 % en incidence, +187 % en prévalence) et de maladie hépatique avancée (+156 %) — la trajectoire la plus défavorable des pays comparés, reflet de l'impact attendu de l'épidémie d'obésité et de diabète de type 2 sur le foie.

2. Un diagnostic trop tardif, une mortalité évitable et des traitements coûteux

Les données françaises de la cohorte Résonance (issue de l'échantillon à 2 % du système national des données de santé -SNDS- période 2015-2021) confirment ce constat : parmi 19 645 cas incidents de MCF, 44 % ont été révélés d'emblée à un stade sévère (décès lié au foie, cirrhose décompensée, transplantation ou cancer du foie). La survie à 2 ans chute de 87 % en cas de diagnostic à un stade précoce à 51 % en cas de découverte tardive. Pour le cancer primitif du foie (1920 cas incidents), la maladie hépatique sous-jacente n'était connue avant le diagnostic du cancer que dans 30 % des cas ; seuls 23 % des patients ont bénéficié d'un traitement curatif, et la survie à 2 ans plafonne à 30 %. Faute de diagnostic précoce, une part croissante des patients relève de traitements systémiques coûteux (immunothérapie), alors qu'un dépistage efficace permettrait un accès plus large aux traitements curatifs. **Cette mortalité est en grande partie prématurée et évitable** : les causes sous-jacentes sont accessibles à la prévention primaire, et des outils simples de prévention secondaire existent déjà.

3. Des outils simples et validés de prévention secondaire, sous-utilisés

Les recommandations de l'association européenne pour l'étude du foie (EASL) préconisent le FIB-4 (calcul gratuit à partir de variables biologiques de routine -transaminases + plaquettes) comme test de première ligne pour repérer la fibrose avancée en population à risque, suivi si besoin de tests non invasifs (TNI) de seconde ligne pour confirmer la cirrhose. Chez les patients cirrhotiques identifiés, une surveillance semestrielle par échographie permet un dépistage précoce du cancer primitif du foie, à un stade le plus souvent accessible à un traitement curatif. Or, dans la cohorte Résonance, un bilan hépatique simple (transaminases + plaquettes) n'était retrouvé que chez 0,4 % des patients dans les deux ans précédant le diagnostic de MCF, et l'adhésion à la surveillance semestrielle chez les cirrhotiques déjà connus n'atteignait que 46 %. Des algorithmes développés grâce à l'intelligence

artificielle à partir des données de santé permettent aujourd'hui de prédire les complications hépatiques, notamment le CHC, plusieurs années avant leurs survenue (Lahtinen et al J Hep Reports Aout 2026). Les données du système national des données de santé constituent une ressource majeure de prévention secondaire (identification précoce des pathologies hépatiques avant les complications mettant en jeu le pronostic vital) **aujourd'hui inexploitée**.

4. Une fois identifiée, même à un stade avancé, une prise en charge efficace existe

Le repérage précoce n'est pas la seule voie d'action : même à un stade avancé de la maladie hépatique chronique — cirrhose, y compris décompensée —, la prise en charge de la cause sous-jacente reste bénéfique et modifie le pronostic. Prise en charge addictologique structurée, traitements antiviraux de l'hépatite B et C, prise en charge médicale, endoscopique ou chirurgicale de la MASLD (chirurgie bariatrique, agonistes du GLP-1 ou nouveaux traitements de la MASLD) : le traitement de la cause est associé à une réduction du risque de complications, avec une possible recompensation de la cirrhose, une diminution documentée du risque de cancer du foie chez les patients abstinents et sous traitement antiviral, et des données émergentes suggérant une réduction de la mortalité hépatique avec les traitements du diabète également utilisés dans la MASLD. La prise en charge de la maladie hépatique chronique n'est donc jamais « trop tardive » pour être utile.

5. Un défaut de repérage avant tout organisationnel, aggravé par des inégalités sociales et territoriales d'accès

Ce défaut de dépistage ne s'explique pas par un défaut de contact avec le système de soins : 86 % des patients avec MCF sévère d'emblée avaient eu au moins une consultation médicale par an dans les deux années précédentes dans la cohorte Résonance. La France dispose en outre d'une couverture maladie universelle, d'un maillage hospitalier et libéral dense et d'une expertise hépatologique reconnue — des atouts que n'ont pas tous les pays. Le premier verrou est donc organisationnel : absence de repérage systématique de la fibrose en soins primaires, absence de rappel structuré chez les patients cirrhotiques connus.

L'accès aux soins spécialisés n'est pas pour autant acquis partout : il constitue un second verrou, qu'il serait illusoire d'ignorer. Les données nationales les plus récentes montrent un allongement marqué des délais sur la filière digestive : entre 2014 et 2023, le délai médian entre une consultation de médecine générale et une consultation de gastro-entérologie est passé de 21 à 33 jours, et celui séparant la consultation spécialisée de la réalisation de l'examen endoscopique de 22 à 40 jours ; les taux de recours varient du simple au double selon les départements (DREES, Études et Résultats n° 1359, décembre 2025). À l'échelle régionale, une enquête en « patient mystère » menée auprès de l'ensemble des spécialistes libéraux du Grand Est retrouvait en 2024 des délais médians supérieurs à deux mois en hépato-gastro-entérologie, avec de fortes disparités entre départements et bassins de santé (URPS Médecins libéraux Grand Est, décembre 2024). Ces écarts, encore imparfaitement documentés à l'échelle nationale pour la seule hépatologie, peuvent atteindre plusieurs mois d'un

territoire à l'autre. Toute montée en charge du repérage déplacerait donc le goulot d'étranglement vers l'aval si elle ne s'accompagnait pas d'un renforcement et d'une gradation de l'offre spécialisée.

À ces disparités territoriales s'ajoute une disparité sociale marquée, désormais quantifiée à l'échelle nationale : dans un travail récent réalisé à partir du SNDS chez 62 351 patients atteints de cancer primitif du foie, la précarité sociale (45 % de la cohorte) réduisait indépendamment l'accès au traitement curatif et augmentait la mortalité, sans lien avec la distance au centre de soins ni la densité médicale locale. Ce surrisque disparaissait toutefois totalement lorsque les patients étaient diagnostiqués ou traités dans un centre expert : l'orientation vers des structures de recours identifiées pourrait ainsi neutraliser l'effet délétère de la précarité (Tzedakis et al., JHEP Reports 2025). Le même gradient social s'observe sur la filière endoscopique, où les personnes les plus aisées de 50 à 74 ans ont une probabilité 2,3 fois plus élevée de recourir à une coloscopie en ambulatoire que les plus modestes (DREES, 2025).

6. Des leviers d'action simples, sur le modèle du succès japonais

Le Japon, grâce à un dépistage structuré et remboursé depuis les années 1980 (échographie + marqueurs tumoraux), associé à une sensibilisation soutenue (« Stop HCC Campaign », référents hépatologie dans chacune des 47 préfectures), a fait passer la survie à 5 ans du carcinome hépatocellulaire, forme la plus fréquente des cancers primitifs du foie, de 5 % (1978-1980) à 58 % (2010-2013), avec plus de 60 % de traitements curatifs — contre environ 25 % en France aujourd'hui. La France pourrait se fixer un objectif comparable pour les maladies chroniques du foie dans leur ensemble, **doubler d'ici dix ans le taux de traitement curatif du CHC et amener la survie à 5 ans des MCF au-dessus de 80%**, en s'appuyant sur des leviers simples et rapidement mobilisables par un plan d'action conjoint de l'AFEF et des autorités françaises de santé **en 5 points**:

1. Sensibiliser et impliquer les acteurs pour un dépistage précoce des MCF

- **mise en place de campagnes annuelles coordonnées par un expert dans chaque département pour sensibiliser le grand public et les acteurs de soins primaires** (médecins généralistes) au repérage des populations à risque et à la prescription du FIB-4 en routine
- **Structuration de la filière de recours identifiée pour les maladies du foie impliquant les filières publiques et privées**: il n'existe pas à ce jour de cadre réglementaire instituant des « centres de référence maladies du foie ». Seuls existent les services experts de lutte contre les hépatites virales (SELHV), dont les missions demeurent circonscrites aux hépatites virales. Leur élargissement à l'ensemble des maladies du foie — demande portée auprès de la Direction générale de la Santé par la Fédération des Pôles et Réseaux Hépatites (FPRH) depuis 2024 et par SOS Hépatites depuis 2022 — et l'articulation avec le réseau PAN-TOGETHER (cancers digestifs de mauvais pronostic, labellisé par l'INCA le 27 juin 2025 pour 3 ans), fournirait le support opérationnel de cette orientation, en particulier pour la prise en charge du cancer du foie ;

2. **Rembourser les TNI de seconde ligne** en dehors des seules étiologies virales, pour permettre un repérage de la fibrose quelle que soit l'étiologie sous-jacente ;
3. **Structurer le dépistage semestriel du CHC** chez les patients cirrhotiques déjà identifiés, **par un rappel systématique** en s'appuyant sur le statut ALD, sur le modèle des dépistages organisés existants (cancer colorectal, cancer du sein) ;
4. **Adapter l'offre de soins aux besoins**
 - **Mesurer les indicateurs de qualité du parcours : Objectiver et réduire les délais d'accès à l'avis spécialisé** en mesurant, par territoire, les délais de recours en hépato-gastro-entérologie et en dimensionnant l'offre en conséquence — condition sans laquelle l'intensification du repérage se traduirait mécaniquement par un allongement des files d'attente
 - **Accompagner un transfert de compétences vers de nouveaux métiers infirmiers (pratique avancée)** pour la réalisation du repérage de la fibrose et le suivi de la surveillance du CHC en population à risque, afin de démultiplier l'offre sans alourdir la charge médicale ;
 - **Réduire les inégalités sociales d'accès en priorisant les zones et populations les plus défavorisées dans le déploiement de ces actions**
5. **Accélérer l'évaluation de l'intégration des données de santé dans le dispositif de prévention secondaire des complications des maladies chroniques du foie dans l'objectif de systématiser la mise en soins des patients à risque**

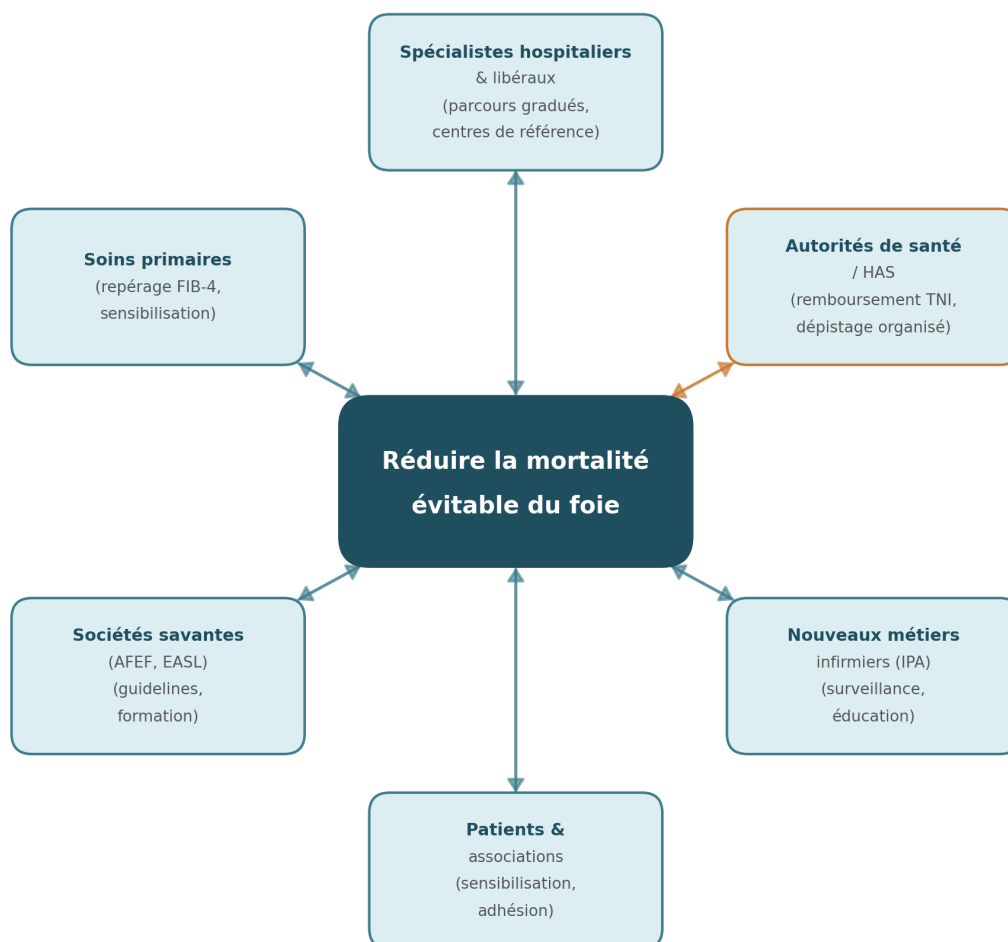
Conclusion

La France est engagée dans une trajectoire épidémiologique préoccupante, portée par l'épidémie métabolique, avec un **risque de plus forte progression de la mortalité hépatique parmi les grands pays comparables d'ici 2030**. Cette évolution n'est pas une fatalité : les causes sont majoritairement évitables, les outils de dépistage comme les outils de prise en charge existent, sont simples et validés, et le système de santé français dispose des ressources structurelles nécessaires. De plus le système national des données de santé constitue une ressource inexploitée de prévention secondaire des maladies chroniques du foie à large échelle, grâce aux innovations en matière d'intelligence artificielle. Mais aucun de ces leviers ne produira d'effet isolément : l'expérience japonaise le montre, c'est la coopération organisée de l'ensemble des parties prenantes — professionnels de soins primaires, spécialistes hospitaliers et libéraux, nouveaux métiers de la prévention secondaire, sociétés savantes, associations de patients, avec l'engagement des autorités de santé pour porter le remboursement des tests et la structuration d'un dépistage organisé — qui permettra de transformer ces outils en résultats de santé publique. C'est cette mobilisation conjointe, et non l'addition de mesures isolées, qui pourrait rapprocher la France des résultats obtenus par le Japon en matière de cancer du foie.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉPATOLOGIE

Association reconnue d'utilité publique



Une coordination active de l'ensemble des parties prenantes, à l'image du modèle japonais

Sources : Pimpin L et al., *J Hepatol* 2018;69:718-735 (HEPAHEALTH) ; Estes C et al., *J Hepatol* 2018;69:896-904 ; RESONANCE Protocol, *JMIR Preprints* #89577, 2025 ; Tzedakis S et al., *JHEP Reports* 2025;7:101585 ; Costentin C, Éditorial AFEF, octobre 2025 ; Kudo M, *Liver Cancer* 2023;12:95-102 ; Lahtinen et al *J Hep Reports* <https://doi.org/10.1016/j.jhepr.2026.101859>; Bara W, Naouri D, *Endoscopies digestives : moins de recours pour les plus modestes et des délais qui s'allongent*, DREES, Études et Résultats n° 1359, décembre 2025 ; URPS Médecins libéraux Grand Est, *Étude des délais de rendez-vous chez les spécialistes libéraux*, décembre 2024.

Georges Philippe Pageaux
Président de l'AFEF

Alexandre Louvet
Secrétaire Général de l'AFEF

Pour le groupe de travail : Manon Allaire, Frederic Chaffraix, Charlotte Costentin, Julie Devictor, Laure Elkrief, Lucy Meunier, Lucia Parlati et Antonio Savanio.