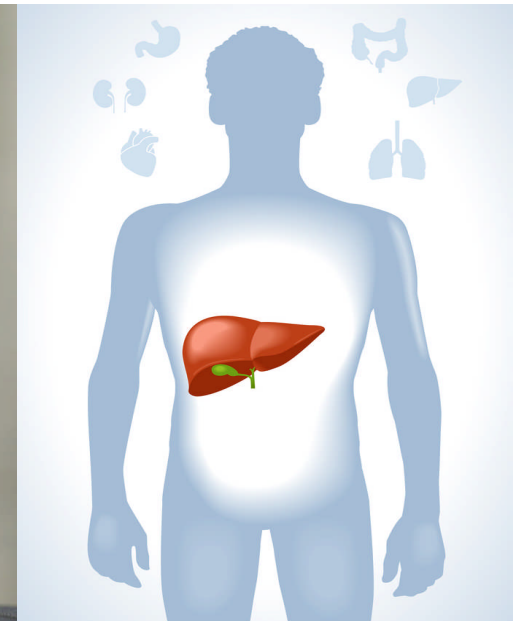


HÉPATITE C: DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

SYNTHÈSE



HÉPATITE C: DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

SYNTHÈSE

SOPHIE GERKENS, NATASHA MARTIN, NANCY THIRY, FRANK HULSTAERT



■ PRÉFACE

Voilà plus de 20 ans que le virus de l'hépatite C a été découvert et que les premiers tests sont disponibles. Ce virus s'installe généralement de manière chronique, avec peu de symptômes. Après de nombreuses années ou décennies d'infection asymptomatique, une maladie du foie, éventuellement sévère, peut parfois se développer.

Grâce à l'utilisation de tests plus sensibles, la propagation du virus via les produits sanguins s'est presque complètement arrêtée. L'approche des autres voies de propagation du virus, telles que l'usage de drogues injectables, a par contre été beaucoup moins fructueuse.

La détection de l'infection a du sens, notamment en raison du fait que des médicaments permettant d'éradiquer le virus sont disponibles. Par ailleurs, ces médicaments évoluent rapidement, entraînant qu'un nombre de plus en plus élevé de personnes peuvent être traitées avec succès. Cependant, vu la durée de traitement et les effets secondaires actuels, moins de la moitié des patients atteints d'hépatite C chronique commencent un traitement. Le fait que la plupart des nouvelles infections concernent les usagers de drogues injectables exige également que le traitement tienne compte de la situation psychosociale souvent difficile et de la grande mobilité de ces personnes.

La question suivante était posée au KCE: Y a-t-il, dans notre pays, beaucoup de personnes atteintes d'hépatite C chronique non diagnostiquées et le dépistage de l'hépatite C dans la population générale est-il utile et coût-efficace? Y a-t-il des groupes à risque spécifiques pour lesquels le dépistage ou une approche différente seraient plus judicieux?

Ce rapport se limite essentiellement à l'analyse de la littérature et à une description de la situation dans certains pays. Le potentiel du concept de traitement comme moyen de prévention de l'infection est également exploré en utilisant un modèle mathématique.

Nous espérons que vous apprécierez la lecture de ce rapport.

Jean-Pierre CLOSON
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

1. INTRODUCTION

1.1. L'hépatite C, le virus et la maladie

Tant les voies de transmission les plus courantes que les options thérapeutiques de l'hépatite C évoluent rapidement. Il a fallu attendre 1989 pour découvrir le virus de l'hépatite C (VHC), un virus à ARN responsable des cas d'hépatite dits « non-A non-B ». Peu de temps après (vers la moitié des années 90), des tests de dépistage des anticorps contre le virus ont été introduits pour enrayer la transmission du VHC via les produits sanguins, les transfusions ou les transplantations. Cet effort a été suivi par les diagnostics moléculaires, visant à permettre une détection et une quantification plus sensibles du virus ARN VHC, ainsi qu'à déterminer le génotype et le sous-type du VHC.

Le sang joue un rôle central dans la transmission du VHC, entraînant notamment un risque de transmission via des aiguilles ou du matériel contaminé dans un environnement médical ou non-médical.

Les nouvelles infections par le VHC sont souvent asymptomatiques. Environ un quart de toutes les nouvelles infections guérissent spontanément, généralement dans les 6 mois. On a montré que des variations du génome humain à proximité de la région de l'interleukine 28B sont prédictives de l'éradication du virus, en particulier dans les infections de génotype 1. Les sujets qui restent infectés (définis comme ayant un ARN VHC détectable) sont exposés à un risque accru de développer une pathologie hépatique des années ou même des décennies plus tard (fibrose, cirrhose, cancer du foie).

La plupart des modèles analysant le rapport coût-efficacité du traitement de l'hépatite C font l'hypothèse qu'après l'éradication du virus, la progression vers des maladies hépatiques devient identique à celle de la population générale. Cette hypothèse n'est probablement pas correcte. Malgré une réponse au traitement de l'hépatite C, des cofacteurs de risque de progression vers des maladies hépatiques peuvent toujours être présents (notamment la consommation d'alcool ou de cannabis). Un taux de progression plus élevé vers des maladies du foie par rapport à celui de



la population générale a récemment été confirmée par des données de suivi à long terme de patients ayant éradiqué le virus après traitement.

1.2. Épidémiologie de l'hépatite C en Belgique

Les voies de transmission

Dans les années 90, les patients ayant reçu des **produits sanguins ou une transplantation** avant la mise en place du système de dépistage des produits sanguins (vers la moitié des années 90) représentaient le principal groupe de patients atteints d'hépatite C chronique en Belgique. Entre 1991 et 2002, un nombre croissant de patients atteints d'hépatite C chronique était identifié chaque année en Belgique, souvent contaminés par le VHC de génotype 1. Le nombre de nouveaux cas identifiés s'est stabilisé autour de 2000 par an.

Au fil du temps, une grande partie des patients infectés par des produits sanguins avant 1991 ont été identifiés (ou sont décédés). La principale voie d'infection pour les nouveaux cas identifiés est alors devenue **l'utilisation de drogues injectables**. C'est surtout le partage d'aiguilles et d'autre matériel contaminé qui est associé à un risque élevé de transmission. Les usagers de drogues injectables (UDIs) sont typiquement contaminés par un VHC de sous-type 3a et de plus en plus par un VHC de sous-type 1a. Plus de 80% de l'ensemble des nouvelles infections par le VHC en Europe occidentale concernent désormais des UDIs. L'infection se produit généralement au cours de la première année (ou des premières années) d'usage de drogues injectables.

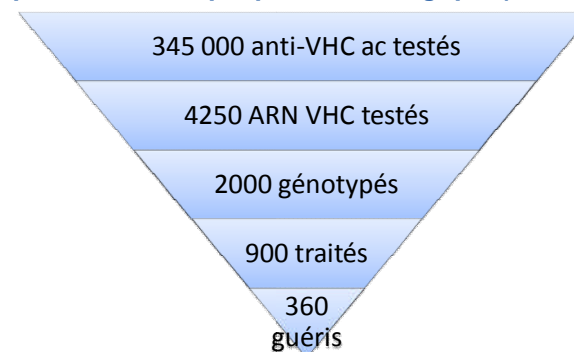
Un autre groupe à risque identifié au cours de la dernière décennie concerne les hommes séropositifs au virus de l'immunodéficience humaine ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (**VIH + HSH**). Des infections par un VHC de type 1 ou 4 ont également été observées chez des sujets masculins atteints de syphilis clinique et/ou de lymphogranulomatose vénérienne. Les **procédures médicales** continuent à représenter environ 10% de toutes les nouvelles infections par le VHC. Chez les femmes infectées, la **transmission de la mère à l'enfant** peut se produire à la naissance dans 3 à 5% des cas, surtout en cas de coinfection par le VIH et une charge virale du VHC élevée. Enfin, de

nouvelles infections par le VHC sont également détectées chez des immigrants de première génération provenant de pays à forte prévalence du VHC.

Prévalence

Selon une étude effectuée en 1993-1994, la séroprévalence du VHC en Belgique a été estimée entre 0.87 et 1%. Une étude plus récente, publiée en 2007, a trouvé une séroprévalence dans la salive pour seulement 0.12% de l'ensemble de la population en Flandre. En chiffres absolus, un tel pourcentage indiquerait qu'il y aurait probablement entre 10 000 et 75 000 patients chroniquement infectés en Belgique.

Figure 1: Sujets testés pour le VHC par rapport à ceux qui sont traités pour une hépatite C chronique par an en Belgique (2002-2009)



Ac: anticorps. Le nombre réel de patients traités peut être 10 à 20% plus élevés que dans la Figure 1 car, outre les patients couverts par l'assurance soins de santé obligatoire, d'autres patients bénéficient d'un remboursement de leur traitement par le CPAS, les programmes médicaux d'urgence ou le Ministère de la Justice. Ces données sont exclues des statistiques de l'INAMI/Pharmanet.

L'analyse des données de l'échantillon permanent de la population indique qu'un quart de la population belge (2.76 millions d'individus) a été testée pour des anticorps anti-VHC durant la période 2002-2009. Les données suggèrent que la plupart des femmes ont été testées pour les



anticorps anti-VHC à chaque grossesse. Les données montrent aussi que 29% de la cohorte de naissance 1945-1965 a été testée au moins une fois durant la période 2002-2009. Nous pouvons donc raisonnablement supposer que plus de 50% de cette cohorte de naissance a été testée au moins une fois pour des anticorps anti-VHC durant la période 1991-2011. Le nombre de tests réalisés et de traitements remboursés par l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) montre que plus de 2000 patients positifs pour le VHC ARN sont identifiés chaque année en Belgique (Figure 1), dont moins de la moitié entame un traitement. Le nombre de patients génotypés et traités chaque année a subi un léger fléchissement après 2002.

1.3. Traitements

Des traitements par injection d'interféron alpha (IFN) à large spectre antiviral ont été développés. Des formules à action prolongée (pégylation, PegIFN) et l'adjonction de ribavirine (RBV) par voie orale ont amélioré l'efficacité des traitements. Le critère d'évaluation de l'efficacité est une réponse virologique soutenue (RVS), définie comme un ARN du VHC indétectable 6 mois après la fin du traitement. Avec l'association pegIFN et RBV, jusqu'à 80% des infections de génotype 2/3 (après 6 mois de traitement) et 45% des infections de génotype 1 (après 12 mois de traitement) affichaient une RVS dans les essais cliniques randomisés. L'adjonction d'un inhibiteur de la protéase (telaprevir ou boceprevir) au pegIFN/RBV a encore amélioré le taux de RVS, passant de 45% à 70% chez les patients infectés par un VHC de génotype 1, tandis que la durée du traitement a pu être raccourcie.

Malheureusement, les effets indésirables sont plus nombreux avec ce traitement combiné et dépassent ceux du traitement standard pegIFN/RBV. La fatigue et la dépression qui peuvent survenir chez les patients souffrant d'hépatite C chronique non traitée empirent fréquemment sous traitement par pegIFN/RBV. Ces effets secondaires et une situation psycho-sociale difficile des patients peuvent constituer un obstacle à la participation au traitement.

En 2011, les premiers cas d'élimination du VHC après un traitement constitué de l'association de deux antiviraux à action directe (AAD) sans pegIFN/RBV ont été présentés. En se basant sur ces données, les experts prévoient que des associations thérapeutiques mieux tolérées et plus efficaces seront disponibles à l'horizon 2015-2017, à condition bien sûr d'être en mesure de maîtriser les problèmes de résistance aux médicaments.

Table 1: Evolution des voies d'infection du VHC et du traitement

		Past	Today	Future ?
Route of infection		Blood products (G1,5) > IDU	IDU (G1a,3a) > HIV+ MSM (G1,4)	IDU (G1a>G3a) > HIV+ MSM (G1,4)
Treatment	Regimen	(peg)IFN + ribavirin G1,4:48 weeks G2,3:24 weeks	G1:pegIFN + ribavirin + telaprevir/ boceprevir: < 48 weeks	DAA combination, treatment as prevention?
	Response rate (short term)	G1,4:45% SVR G2,3:80% SVR	G1:70% SVR	All G:> 80% SVR? Resistance?
	Side-effects	depression, anemia	+rash, +dysgeusia	few
	Uptake	low	low	high

IDU: usagers de drogues injectables (UDIs). G: génotype. HIV: virus de l'immunodéficience humaine (VIH). MSM: hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). DAA: antiviraux à action directe (AAD). SVR: réponse virale soutenue (RVS)



2. OBJECTIFS ET MÉTHODES

Les objectifs du projet étaient les suivants :

- Documenter l'efficacité et le rapport coûts-efficacité des programmes de dépistage de l'hépatite C au sein de la population générale ou de groupes à risque spécifiques (excluant le dépistage des produits sanguins)
- Documenter l'efficacité et le rapport coûts-efficacité des programmes de prévention de la transmission de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables (UDIs)
- Décrire les recommandations pratiques et les plans d'action relatifs au dépistage et à la prévention de l'hépatite C réalisés à l'étranger (principalement dans les pays limitrophes)

Pour répondre aux deux premières questions, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature. Pour évaluer l'efficacité des programmes, nous avons d'abord cherché des essais cliniques randomisés. Ensuite, comme les études sur les programmes de dépistage et de prévention exigent une foule d'informations émanant d'un vaste éventail de sources pour informer correctement les décideurs, nous avons également cherché des études de modélisation de l'efficacité de ces programmes. Pour évaluer le rapport coût-efficacité, nous avons cherché des évaluations économiques complètes comparant à la fois les coûts et les effets d'au moins deux interventions.

Nous avons également eu la possibilité d'utiliser un modèle mathématique dynamique portant sur l'efficacité du traitement des UDIs dans le but de prévenir la transmission du VHC. Ce modèle a été développé par N. Martin, co-auteur de ce rapport. Sur base de ce modèle, nous avons investigué l'efficacité théorique du traitement des UDIs actifs pour prévenir l'infection avec des paramètres basés autant que possible sur des données belges. Le résultat final était la prévalence du VHC. Les paramètres ont été obtenus à partir de la littérature ou d'avis d'experts belges en hépatite C et/ou en prise en charge des UDIs. Plusieurs hypothèses ont dû être formulées durant cette analyse. Les modèles antérieurs indiquaient que les résultats étaient surtout sensibles aux taux

de RVS et de sortie des UDIs (incluant la cessation de la prise de drogues et le taux de mortalité des UDIs). Leur impact sur le résultat a dès lors été testé dans une analyse de sensibilité univariée de même que dans une analyse du pire et du meilleur scénario. Plusieurs scénarii sur la prévalence chronique de base du VHC (25%, 45%, et 65%), de même que sur les taux de traitement (5, 10, 20, et 40 par 1000 UDI annuellement) ont également été testés. En outre, un scénario sur un traitement hautement efficace et bien toléré a été modélisé, reflétant une vision optimiste du futur sur l'association de plusieurs agents antiviraux à action directe (AAD).

La description des plans d'action et des recommandations pratiques dans les autres pays s'est basée sur les sites internet d'instituts HTA ainsi que sur des contacts avec des institutions nationales officielles. Nous avons sélectionné la France, les Pays-Bas et l'Allemagne en raison de leur proximité géographique avec la Belgique. En outre, nous avons retenu les Etats-Unis et le Royaume-Uni (RU, y compris l'Ecosse) parce que ces pays avaient gradé le niveau de preuve de leurs recommandations.

3. RESULTATS

3.1. La revue de la littérature

Le nombre d'études primaires identifiées par la revue de la littérature est présenté dans la table 2. Seuls quelques rares RCT ont été identifiés. En conséquence, les recommandations reposent essentiellement sur les résultats d'études de modélisation de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des programmes.

**Table 2: Résultats de la revue de la littérature**

Design	Dépistage	Mesures de prévention globales visant à réduire les conséquences liées à l'utilisation de drogues injectables***	Traitement des UDIs
Essais cliniques randomisés	0	4	2
Etudes de modélisation de l'efficacité	1*	4	3
Evaluations économiques	6**	4	3

*L'impact du dépistage n'a été testé que lors de l'analyse de sensibilité et peu de détails ont pu être obtenus, empêchant l'analyse de cette étude. ** Des groupes de population multiples, notamment la population en général et les UDIs ont parfois été étudiés dans une même évaluation économique. ***Ces mesures incluent notamment les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés.

3.2. Les programmes de dépistage de l'hépatite C

3.2.1. Les évaluations économiques

Le dépistage du VHC dans la population générale

Diverses évaluations économiques ont estimé le rapport coût-efficacité du dépistage de l'ensemble de la population au Japon, au Royaume-Uni (RU) et aux USA. Si les études pour le Japon et le RU concluent en faveur du dépistage, en revanche, l'étude réalisée aux Etats-Unis ne recommande pas le dépistage du VHC dans la population générale. Alors que le présent rapport était en cours de finalisation, une seconde étude a été publiée pour les Etats-Unis, soutenant le dépistage des cohortes de naissance 1945-1965. Cependant, les auteurs ont utilisé une séroprévalence du VHC de 3.6% au sein de cette population et une proportion de 25% de personnes déjà testées. En Belgique, les estimations de séroprévalence sont inférieures (probablement comprises entre 0.1 et 1%) et la proportion de

personnes déjà testées est, quant à elle, très probablement supérieure à 50%. En conséquence, ces résultats ne peuvent pas être transposés à la situation belge.

Le dépistage ciblé

Au RU, le dépistage du VHC parmi les **détenus** n'est pas considéré comme coût-efficace au seuil de £30 000 par année de vie en bonne santé si les coûts et les effets sont actualisés de manière égale, conformément aux dernières recommandations de NICE.

Les évaluations économiques réalisées au RU, en Italie et aux Etats-Unis concluent en faveur du dépistage des **UDIs** pour le VHC. Néanmoins, si des taux d'actualisation égaux avaient été utilisés dans l'étude réalisée au RU, comme recommandé dans leurs récentes directives, le dépistage n'aurait plus été considéré comme coût-efficace (au seuil du RU).

Dans le cas des patients bénéficiant de **services de prise en charge de la toxicomanie et de l'alcoolisme**, une évaluation économique appliquée au RU a conclu que le dépistage de ces patients est probablement coût-efficace par rapport à l'absence de dépistage (au seuil du RU). Cette étude n'a cependant pas testé l'impact de l'utilisation de taux d'actualisation égaux.

Une évaluation économique réalisée au Japon chez des patients présentant un **niveau élevé d'alanine aminotransférases**, ayant subi une **chirurgie** lourde ou ayant eu une **transfusion sanguine**, a conclu que le dépistage de ces patients était coût-efficace par rapport à l'absence de dépistage. Dans une étude italienne par contre, le dépistage des patients ayant subi une chirurgie n'était pas considéré comme coût-efficace. Une étude américaine sur le dépistage des **femmes enceintes** et de leurs enfants est parvenue à la conclusion que cette stratégie n'était pas coût-efficace par rapport à l'absence de dépistage. Pour les autres groupes à risque, aucune évaluation économique n'a été identifiée.

Discussion

Les plupart des études identifiées n'ont pas effectué d'analyse de sensibilité probabiliste pour traiter l'incertitude des paramètres. En général,



les taux de progression de la maladie variaient considérablement d'un modèle à l'autre. La modélisation de l'effet du traitement à long terme n'a pas tenu compte de l'impact potentiel de cofacteurs sur la progression de la maladie. La récente recommandation (il y a 5 ans) au RU d'appliquer des taux d'actualisation identiques à la place de taux différents aux coûts et effets s'est révélée critique pour les résultats des études réalisées dans ce pays. De plus, les conclusions tirées pour des pays autres que la Belgique ne peuvent pas être transposés aisément à la situation belge. Par exemple, le taux d'évolution vers le cancer du foie est supérieur au Japon.

3.2.2. *Recommandations de bonne pratique*

Selon notre revue des recommandations de bonne pratique internationales, l'information de la population quant aux facteurs de risque du VHC et le fait de proposer un test de dépistage pour les groupes à risque sont considérées comme bonne pratique clinique. La définition, sur base d'avis d'expert, des groupes à risque dans les pays étudiés varie toutefois légèrement.

Groupes à risque pour lesquels le dépistage de l'hépatite C est recommandé selon la « Belgian Association for the Study of the Liver » (BASL):

- **Les sujets ayant subi, en Belgique avant le 01.07.1990 (date à laquelle a débuté le dépistage anti-VHC dans le sang et les dérivés sanguins), les épisodes médicaux suivants: transfusion sanguine, procédures chirurgicales lourdes (cardiaques, vasculaires, digestives, pulmonaires, gynécologiques, obstétriques, orthopédiques, etc.), séjour dans une unité de soins intensifs, y compris les soins intensifs néonataux, accouchement difficile, hémorragies digestives, greffe de tissu, de cellule ou d'organe**
- **Patients dialysés**
- **Les anciens toxicomanes par voie intraveineuse ou intranasale**
- **Les enfants nés de mères séropositives pour le VHC**

- **Les partenaires sexuels et les membres du foyer de patients ayant une infection VHC**
- **Les individus qui se sont fait tatouer, poser un piercing ou ayant suivi un traitement d'acupuncture sans utiliser d'aiguille à usage unique ou leur matériel personnel**
- **Les personnes ayant reçu des soins médicaux dans des pays à haute prévalence du VHC (Asie du Sud-est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud)**
- **Les sujets présentant une hausse inexplicquée des transaminases**
- **Les patients séropositifs pour le VIH ou le VHB**
- **Les personnes souffrant d'asthénie inexplicquée**
- **Les patients ayant des antécédents d'ictère non élucidé**

Il est peu probable que le nombre élevé de tests des anticorps anti-VHC actuellement réalisés en Belgique (plus de 673 000 tests par an) ne cible que ces groupes à risque. Par exemple, beaucoup de gynécologues testent en routine toutes leurs patientes enceintes pour les anticorps anti-VHC.

Dans tous les pays étudiés, le fait d'être un UDI n'est plus un critère d'exclusion au traitement de l'hépatite C. Selon les recommandations de la BASL, une approche individuelle est toutefois recommandée. La population des UDIs tend à être assez mobile, rendant le suivi du traitement difficile. La décision de tester et traiter les UDIs ne devrait pas être prise sans la mise en place d'un système de soutien social et psychologique. Ce système de soutien devrait être flexible et mobile pour assurer le suivi de ces patients durant toute la période de traitement.

Le dépistage peut être justifié pour des raisons de surveillance épidémiologique. Cependant, cela doit se dérouler dans le contexte de protocoles de recherche scientifiquement valides.

L'assurance belge des soins de santé rembourse actuellement jusqu'à 4 tests ARN VHC par patient et par cycle de traitement. Aucun test n'est par contre couvert pour le contrôle des réinfections dans les groupes à risque. Ce problème n'a pas été étudié dans ce rapport mais a été soulevé par les



experts du terrain. Les groupes à risque comme les UDIs et les VIH+ HSH restent exposés à un risque de réinfection après avoir obtenu une RVS (ou une élimination spontanée du virus). La surveillance des réinfections ne peut cependant pas être effectuée en utilisant les tests d'anticorps anti-VHC puisque ceux-ci restent positifs (ou ne sont pas fiables en cas d'immunodéficience avancée). En conséquence, des tests réguliers (par exemple, annuels) peuvent être indiqués chez les sujets faisant l'objet d'une suspicion de réinfection. Ni le test ARN VHC ni le test antigène core du VHC (moins onéreux et plus facile à utiliser, mais légèrement moins sensible) pour la détection de réinfections n'ont cependant été évalués de manière critique dans le présent rapport.

3.3. Programmes de prévention de la transmission du VHC parmi les UDI

3.3.1. Les évaluations économiques

Des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) ainsi que des programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO) sont désormais présents dans tous les pays de l'UE.

La revue de la littérature a montré que les PES et TSO ont un impact manifeste sur la transmission du VIH. Des études de faible niveau de preuve laissent également entendre que la combinaison de ces programmes réduit aussi la transmission du VHC. Ces programmes sont considérés comme coût-efficace, principalement en raison de leur effet sur la transmission du VIH.

3.3.2. Le modèle sur le traitement en tant que prévention

Le traitement en tant que prévention de la transmission du VHC chez les UDIs constitue un concept de recherche relativement nouveau. L'objectif est de réduire la transmission du virus en traitant les individus à risque. Notre modèle est basé sur l'hypothèse non testée que la probabilité de transmettre le VHC est indépendante de la volonté de l'UDI à se soumettre à un test ou à être traité.

Certains paramètres clés devraient être mieux documentés en Belgique avant de pouvoir tirer des conclusions de ce modèle:

- la prévalence de base de l'hépatite C chronique chez les UDIs,
- la proportion des UDIs actifs pouvant être traités chaque année,
- le taux de réponse au traitement parmi les UDIs actifs et les UDIs qui ne se trouvent pas sous TSO (insuffisamment documenté puisque les études sur le traitement des UDIs enrôlent souvent des patients triés sur le volet sous TSO et soignés dans des centres d'expertise).

Les paramètres des essais sur le terrain actuellement en cours à l'étranger seront également utiles pour améliorer le modèle.

Pour 2015-2017, on escompte l'arrivée d'associations hautement efficaces et mieux tolérées d'antiviraux (sans interféron). Si cela se concrétise, de telles associations thérapeutiques seront susceptibles d'accroître la participation au traitement. Cependant, l'observance du traitement peut devenir encore plus importante pour éviter le développement d'une résistance aux médicaments. A condition que l'on puisse maîtriser les problèmes de résistance médicamenteuse, cette évolution pourrait également améliorer les résultats de l'étude du traitement des UDIs pour prévenir la transmission du VHC.



■ RECOMMANDATIONS^a

- Sur base des études publiées de l'efficacité ou du rapport coût-efficacité, le dépistage du VHC dans la population générale n'est actuellement pas recommandé.
- Sur base des études publiées de l'efficacité ou du rapport coût-efficacité, le dépistage du VHC chez les usagers de drogues injectables pourrait être envisagé. Toutefois, la décision de tester et de traiter ne doit pas être prise sans qu'un soutien social et psychologique soit mis en place. Un tel système de soutien, flexible et mobile, devrait viser à améliorer la sécurité des traitements et leur efficacité.
- Compte tenu de l'important volume de tests pour les anticorps anti-VHC réalisés en Belgique, il est recommandé de rappeler à la communauté médicale la liste des indications appropriées pour les tests d'anticorps anti-VHC dans la pratique clinique.

■ AGENDA POUR LA RECHERCHE

- Les estimations relatives à la séroprévalence et la prévalence du ARN VHC dans la population générale et les groupes à risque spécifiques (par exemple, les utilisateurs de drogues injectables) étant peu nombreuses, de nouvelles recherches épidémiologiques bien conçues sont indiquées.
- Plus de données sur la participation au traitement et le taux de réponse chez les usagers actifs de drogues injectables doivent également être collectées pour le contexte belge, et ce afin d'améliorer le modèle théorique relatif au traitement en tant que prévention de la transmission du VHC.
- Les usagers de drogues injectables et les sujets homosexuels porteurs du VIH sont susceptibles de rester exposés à un risque de réinfection par le VHC après s'être débarrassés d'une infection antérieure par le VHC. Actuellement, aucun test ne fait l'objet d'un remboursement pour cette indication. Il convient encore d'identifier le test le plus approprié et le plus coût-efficace dans cette indication.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations faites aux autorités publiques



COLOPHON

Titre :	Hépatite C: Dépistage et Prévention – Synthèse.
Auteurs :	Sophie Gerkens (KCE), Natasha Martin (Department of Social Medicine, University of Bristol), Nancy Thiry (KCE), Frank Hulstaert (KCE)
Relecture :	Chris De Laet (KCE)
Experts externes :	Michael Adler (Hépatologie, Hôpital universitaire Erasme, Bruxelles), Philippe Beutels (Economie de la santé, Universiteit Antwerpen), Isabelle Colle (Hépatologie, Universitair Ziekenhuis Gent), Chantal de Galocsy (HIS Hôpital Bracops, Bruxelles), André Elewaut (Hépatologie, Universitair Ziekenhuis Gent, emeritus), Yves Horsmans (Hépatologie, Hôpital universitaire UCL St-Luc, Bruxelles), Geert Leroux-Roels (Universitair Ziekenhuis Gent), Ruud Mak (Communauté flamande), Catharina Mathei (UK Leuven), Peter Michiels (Hépatologie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen), Gaetan Muyltermans (Institut de santé publique, Bruxelles), Frederik Nevens (Hépatologie, Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg, Leuven), Hans Orient (Hépatologie, AZ Sint-Jan, Brugge), Geert Robaeys (Hépatologie, Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg, Leuven and ZOL Hospital), Anne Slimbrouck (Projet Lama, Bruxelles), Peter Starkel (Hépatologie, Hôpital universitaire, UCL St-Luc, Bruxelles), Pierre Van Damme (Universiteit Antwerpen), Marc Van de Casteele (Hépatologie, Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg Leuven et INAMI/RIZIV), Jerry Wérenne (Projet Lama, Bruxelles), Dirk Wildemeersch (Communauté flamande)
Remerciements :	Nous remercions Stephan Devriese et Stefaan Van De Sande (KCE) pour les données provenant de l'échantillon permanent
Validateurs externes :	Pierre Deltenre (Hépatologie, Hôpital de Jolimont), Maarten Postma (Department of Health-economics, Groningen University, The Netherlands), Hans Van Vlierberghe (Hépatologie, Hôpital universitaire Gent)
Conflits d'intérêt :	Aucun conflit déclaré
Layout :	Sophie Vaes, Ine Verhulst



Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

17 janvier 2012

Domaine :

Health Technology Assessment (HTA)

MeSH :

Hepatitis C; Mass Screening; prevention and control; Primary Prevention; Communicable Disease Control

Classification NLM :

WC 536

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2012/10.273/05

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Gerken S, Martin N, Thiry N, Hulstaert F. Hépatite C: Dépistage et Prévention. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Reports 173 B. D/2012/10.273/05

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

