



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID

INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

RAPPORT ANNUEL 2016 : VIRUS DE L'HEPATITE C (VHC)

Muyldermans G., Van Baelen L.

Points-clés :

- Le nombre de demandes d'analyses sérologiques visant le diagnostic du virus de l'hépatite C (VHC) se stabilise depuis 2012 en Belgique : on en a compté 744 409 en 2016, dont 42 % chez des patients pour lesquels aucun diagnostic VHC n'avait été effectué au cours des 9 dernières années.
- Le nombre de cas de VHC nouvellement diagnostiqués reste stable depuis 2008.
- Sur la base du nombre de cas enregistrés dans le réseau des laboratoires vigies et du nombre de génotypages effectués, on estime l'incidence annuelle de l'hépatite C à 1500 cas (13,6 pour 100 000 habitants).
- En ce qui concerne la distribution par région, 35 % des cas sont observés en Wallonie, 23 % à Bruxelles et 41 % en Flandre.
- Malgré un dépistage en hausse chez les femmes âgées de 20 à 39 ans, la prévalence du VHC reste la plus haute chez les hommes avec un âge médian de 45 à 49 ans. L'âge médian augmente avec le temps.
- La réalisation d'une étude de séroprévalence et l'établissement d'un registre des patients infectés par le virus de l'hépatite C (et B) sont recommandés afin de surveiller le pourcentage de patients traités et l'influence des traitements et afin de satisfaire à la demande internationale de collecte de données.
- Entre 2008 et 2015, 85 % des sujets d'un groupe de 3352 patients qui s'étaient au moins une fois injecté de la drogue et qui avaient fait appel à une aide médicale entre 2011 et 2014 ont fait l'objet d'un dépistage. Un génotypage a été réalisé chez 504 (15 %) d'entre eux.

Introduction

Historique des événements

L'infectiologie et les mesures de surveillance ont potentiellement été influencées par les modifications récentes suivantes :

- 1990 : dépistage du VHC dans les produits sanguins et les organes (à partir du 1^{er} juillet 1990)
- 1991 : introduction dans la nomenclature du diagnostic par la mise en évidence d'anticorps anti-VHC
- 2001 : introduction dans la nomenclature du diagnostic moléculaire pour confirmer un résultat sérologique positif
- 2008 : introduction dans la nomenclature de la détection de manière quantitative et du typage du génotype du virus de l'hépatite C en remplacement de la précédente règle de nomenclature (à partir du 1^{er} juillet 2008)
- 2009 : suppression de la déclaration obligatoire pour l'hépatite C en Flandre
- 2011 : approbation par la FDA et l'EMA de deux inhibiteurs de protéase (Telaprevir et Boceprevir)
- 2011 : directives de l'European Association for Study of the Liver (EASL) [1]
- 2011 : rapport KCE 173B « Hépatite C : Dépistage et Prévention » [2]
- 2012 : collecte européenne de données reposant sur des critères de cas bien définis [3]
- 2012 : lancement de l'Euro Hepatitis Care index (<http://www.eu-patient.eu/News/News-Archive/Launch-of-the-Euro-Hepatitis-Care-Index/>)
- 2014 : directives de l'European Association for Study of the Liver (EASL) [4]
- 2014 : approbation du protocole d'accord « [Plan VHC](#) »
- 2017 : assouplissement du remboursement du traitement du VHC + remboursement de deux médicaments anti-VHC (Epclusa et Zepatier)

Séroprévalence dans la population générale

En 1993-1994, la séroprévalence du VHC dans la population flamande était estimée à 0,87 % [5]. Une nouvelle étude de séroprévalence menée en 2003 à l'aide de tests salivaires a mis en avant une prévalence de 0,12 % [6].

Facteurs de risques et séroprévalence parmi les groupes cibles.

Une étude menée auprès de 318 patients dans neuf hôpitaux belges entre novembre 2003 et novembre 2004 a mis en avant les principaux facteurs de risque d'infection suivants : usage de drogues injectables (27 %), transfusion sanguine (23 %) et intervention médicale invasive (11 %) [7].

Une étude longitudinale menée dans 5 hôpitaux en Wallonie, couvrant initialement la période 1992-2002 [8] et ensuite prolongée jusqu'à 2007 [9], a montré une diminution du nombre de patients infectés par le VHC lors de transfusions sanguines (20 % en 2007) et une augmentation des infections chez les usagers de drogues injectables (40 % en 2007).

Vu que l'impact des facteurs de risque change au fil du temps, il convient de disposer d'informations actualisées, avec une bonne répartition géographique.

Étant donné le caractère souvent multifactoriel des risques, la séroprévalence est décrite ci-après pour les groupes cibles en fonction des données disponibles. La séroprévalence dans les groupes cibles est une donnée importante pour décider d'intensifier ou non le dépistage dans ces groupes.

Usagers de drogues injectables

En 2010, on estimait à 43 % (intervalle 34 % à 57 %) le pourcentage d'usagers de drogues injectables (eux-mêmes estimés à 10 100 sujets) infectés par le VHC [10]. Sur la base de ces données, une modélisation a été réalisée en 2016, qui évalue à 2 970 le nombre d'utilisateurs de drogues injectables infectés par le VHC en 2015 [10].

Un chapitre ultérieur du présent rapport expose les résultats d'une étude descriptive rétrospective sur le VHC chez les patients ayant demandé une assistance médicale entre 2011 et 2014, étude reposant sur deux bases de données nationales belges.

Personnes incarcérées

Les prisons et les centres fermés sont des environnements propices à la prévention et au traitement de l'hépatite. Une revue de la littérature (année de publication 2005-2015) menée auprès de 10,2 millions de détenus mondialement a mis en avant les estimations suivantes : 15,1 % de détenus touchés par le VHC, 3,8 % par le VIH, 4,8 % par le VHB et 2,8 % par la tuberculose [11].

La population dans les prisons belges atteignait 11 769 en 2014 [12].

Migrants

Une étude de l'ECDC portant sur l'hépatite B et C chez les migrants dans l'UE a estimé à 18 607 le nombre d'adultes (> 15+) provenant de zones endémiques (séroprévalence > 1 %) chroniquement infectés par le VHC (intervalle 9 729-32 764) [13]. Cela représenterait 32 % du nombre total de personnes infectées par le VHC en Belgique (n = 58 360).

Personnes co-infectées (VIH-VHC)

Asper et al. [14] ont étudié à l'IMT d'Anvers la prévalence d'une co-infection par le VHC chez les HSH atteints par le VIH. Entre 2010 et 2014, 47,7 % (5 556) des 11 641 patients séropositifs (au VIH) ont été enregistrés comme des HSH. Au sein de ce groupe des HSH, 87 étaient co-infectés par le VHC (soit 1,6 %).

Une étude complémentaire a visé la description des facteurs de risque de co-infection par le VHC chez les patients HSH atteints par le VIH [15].

Cohorte baby-boom

Une étude menée en 2016 par les urgences de l'UZ Gent auprès de 1 106 patients a déterminé la séroprévalence du VHC dans la génération du baby-boom (année de naissance 1945-1965) et l'a comparée à celle des générations plus jeune et plus âgée [16]. Aucun lien n'a toutefois été démontré entre l'âge et la séroprévalence. Les baby-boomers ne semblent, par conséquent, pas être un groupe à cibler pour le dépistage.

Professionnels de la santé et infections nosocomiales

Une étude de prévalence a été menée en 1996-1997 auprès de 5 064 membres du personnel de 22 hôpitaux en Flandre et à Bruxelles [17]. L'étude consistait à recueillir chaque année des échantillons de sang et des données démographiques et professionnelles. Une prévalence générale de 0,41 % a été mesurée. Le seul lien statistiquement significatif trouvé était la transfusion

sanguine. La conclusion a été tirée que le groupe cible des professionnels de la santé ne présentait pas de risque accru d'être infecté par le VHC. La transmission nosocomiale est un phénomène connu dans le monde entier. Si une seule épidémie nosocomiale dans un hôpital belge a été documentée dans une publication [18], on soupçonne l'existence d'autres cas non décrits. En Belgique, l'enregistrement des épidémies nosocomiales n'est pas obligatoire.

Méthode

Sources disponibles pour la population générale

- Le WIV-ISP a commencé ses activités de surveillance du virus de l'hépatite C (VHC) en 2005, grâce au réseau des laboratoires de microbiologie, plus tard baptisés « laboratoires vigies ». Seuls les cas confirmés en laboratoire sont enregistrés, sans distinction entre les infections aiguës et chroniques [19]. Les doublons enregistrés pendant la période de l'étude (2005-2016) sont supprimés sur la base de la date de naissance, du sexe et du code postal [20]. En 2016, 34 des 77 laboratoires vigies (soit 37 %) ont participé à l'enregistrement du VHC, le nombre de cas rapportés par laboratoire allant de 1 à 339 (médiane = 14).
- Base de données de l'INAMI (années sélectionnées 2005-2016) : l'INAMI fournit des informations sur le nombre d'analyses demandées dans la population belge sur la base des critères décrits dans sa nomenclature, données réparties par arrondissement et par âge.
- Échantillon permanent, Agence intermutualiste (AIM), données 2006-2015 : il s'agit d'informations générales sur la santé d'un échantillon aléatoire de la population belge (\pm 300 000 résidents), recueillies dans le cadre d'un projet lancé en 2002 [21]. Les données obtenues sont multipliées par 11/0,3 pour les extrapoler à la population belge.

Règles de nomenclature

Les données de l'échantillon permanent et de la base de données de l'INAMI sont extraites sur la base des numéros de nomenclature suivants :

- 551154 et 551165 : diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale C, par la mise en évidence d'anticorps anti-HC (depuis le 1^{er} mars 1995) ;
- 556710 et 556721 : détection de manière qualitative du virus de l'hépatite C (HCV) (depuis le 1^{er} juin 2008) ;
- 556732 et 556743 : détection de manière quantitative du virus de l'hépatite C (HCV) (depuis le 1^{er} juin 2008) ;
- 556754 et 556765 : typage du génotype du virus de l'hépatite C (depuis le 1^{er} juin 2008) ;
- 550233 et 550244 : confirmation de l'hépatite C par amplification moléculaire, lors d'un résultat sérologique positif, en vue d'un traitement antiviral (1/12/2001-26/2/2010).

Données de mortalité

Les chiffres de mortalité sont disponibles sur le site web « Standardized Procedure for Mortality Analysis (SPMA) » du WIV-ISP, Santé publique et surveillance [22].

Patients dans le système d'aide aux toxicomanes

L'analyse du VHC chez les patients dans le système d'aide aux toxicomanes est le résultat d'une étude descriptive rétrospective, basée sur deux bases de données sanitaires nationales belges. La base de données TDI-AIM se sert du numéro d'identification au registre national pour relier les données du Treatment Demand Indicator (TDI), d'une part, et les données pharmaco-épidémiologiques et les données de soins de l'Agence Intermutualiste (AIM), d'autre part. Une sélection a été réalisée dans la base de données TDI pour retenir les patients pour lesquels un traitement spécialisé avait été lancé entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2014 pour un problème d'alcool ou de drogue. Lorsque plus d'un traitement avait été entamé chez un même patient pendant cette période, seul le premier épisode a été sélectionné. La base de données de l'AIM a permis d'obtenir, pour ces personnes, des informations sur les médicaments remboursés et sur le recours à des soins de santé remboursés entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2015. Vu que les mutualités peuvent mettre à jour les données jusqu'à 2 ans après l'année de référence, les données de 2015 sont encore provisoires. Les détails sur la mise en page du lien des bases de données ont été publiés ailleurs [23,24].

A. Résultats pour la population générale

G. Muyldermans

Demandes d'analyses sérologiques

Si l'on observe les chiffres de l'INAMI, on constate une stabilisation du nombre de demandes de tests sérologiques enregistrées depuis 2011 (Figure 1). En 2016, on en a compté 744 409.

Le suivi de l'échantillon permanent (données AIM), faisant état de 756 617 analyses en 2015, confirme cette stabilisation (voir Figure 1). L'échantillon permanent permet, en effet, de connaître le nombre et le type d'analyses effectuées par patient. Les 756 617 analyses sérologiques réalisées en 2015 portaient sur 644 453 patients différents (uniques). Pour 270 713 (42,0 %) d'entre eux, aucune analyse sérologique VHC n'avait été menée au cours des neuf dernières années.

Si l'on met en relation ces chiffres et la population belge totale de 11 millions d'habitants, on obtient un pourcentage annuel de 2,5 % de patients faisant l'objet d'un premier dépistage. Au cours des neuf dernières années, 3 679 427 patients se sont soumis à un examen de dépistage, soit 33,4 % de la population belge.

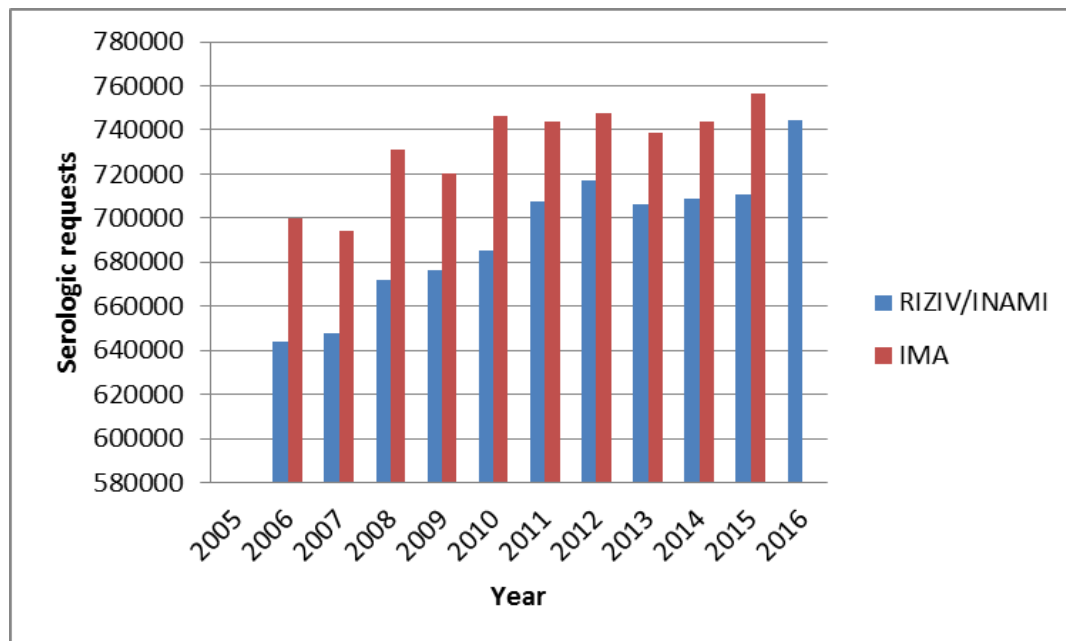


Figure 1 : Nombre de demandes d'analyses sérologiques enregistrées dans la base de données de l'INAMI et déduites des données de l'échantillon permanent (AIM).

Incidence

Le nombre de cas d'hépatite C enregistrés par le réseau de laboratoires vigies en microbiologie a légèrement augmenté entre 2006 et 2014 (n=1065 en 2014 contre n = 869 en 2006, Figure 2). Cette hausse peut notamment s'expliquer par une amélioration générale du rapportage du VHC par la plupart des laboratoires et par la nouvelle participation (à partir de 2013) d'un laboratoire de la Région flamande qui enregistre une haute activité diagnostique du VHC.

L'augmentation observée depuis 2015 est principalement imputable à la participation d'un nouveau laboratoire clinique (avec une forte activité) et à une bonne représentativité géographique (en Flandre).

En 2016, 1 578 cas de VHC ont été enregistrés. Compte tenu de ces éléments, on peut supposer un sous-rapportage du nombre de cas avant 2013.

Vu que les cas sont enregistrés par les laboratoires vigies, qui constituent seulement une partie du nombre total des laboratoires de microbiologie en Belgique, le nombre de cas pour la plupart des agents pathogènes doit être considéré comme une sous-estimation de l'incidence totale. Toutefois, les données sur la composition du réseau et sa stabilité permettent d'analyser et d'interpréter les tendances pour la plupart des agents pathogènes [25].

Si l'on observe les données de l'INAMI, on constate que le nombre de demandes de génotypage enregistrées (analyse effectuée en cas d'intention d'entamer un traitement chez les patients positifs au VHC) oscille entre 1262 et 1793 par an depuis 2009.

L'échantillon permanent nous livre des données similaires : 1063 à 1833 analyses de génotypage effectuées annuellement entre 2009 et 2015 dont 1027 à 1577 chez des patients pour lesquels aucune analyse génotypique n'avait été menée au cours des dernières années (Figure 2). Un génotypage du virus avait donc déjà été réalisé dans 15 % des cas. L'établissement d'un registre des patients souffrant d'une hépatite C, reprenant les résultats de ces analyses, permettrait de limiter le recours excessif à ce test coûteux (B4000).

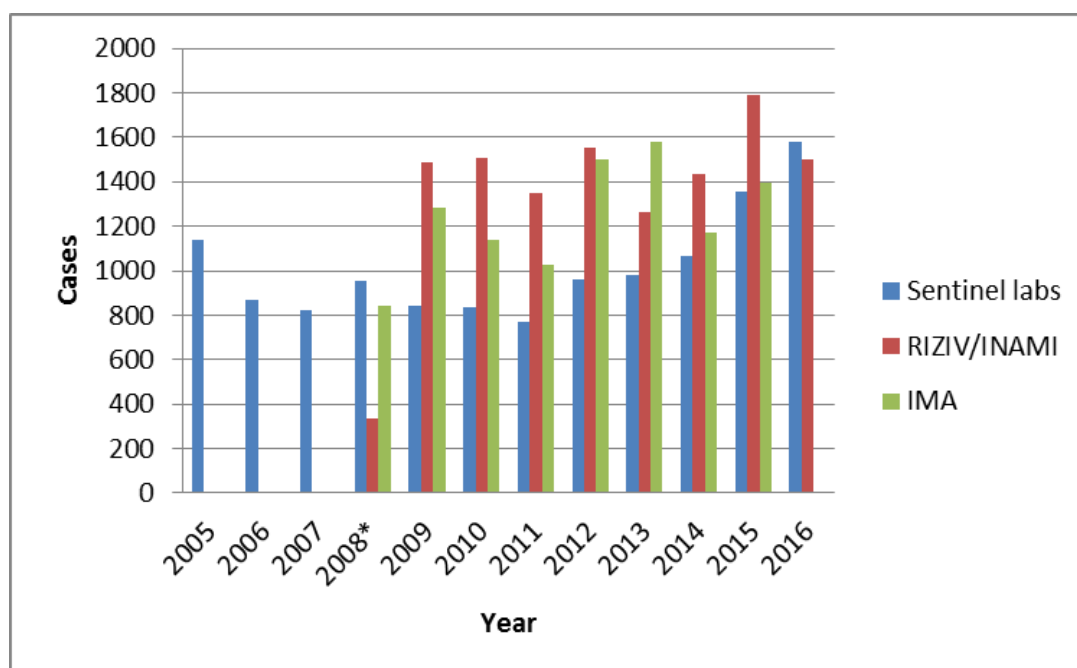


Figure 2 : Nombre de demandes de génotypage déduites des données de l'échantillon permanent (AIM), nombre de demandes de génotypage enregistrées dans la base de données de l'INAMI et nombre de cas enregistrés par le réseau de laboratoires vigies.

*En 2008, l'analyse génotypique a été reprise dans la nomenclature à partir du 1^{er} juillet.

Distribution régionale

Un aperçu de la répartition par région est présenté au Tableau 1.

Selon les données de l'INAMI pour 2016, la distribution du nombre de génotypes (représentatif du nombre de patients avec une intention de traitement) par région est

la suivante : 598 (40 %) en Wallonie, 302 (20 %) à Bruxelles et 592 (39 %) en Flandre.

Au cours des 7 années précédentes (2009-2015), 10 444 analyses (soit 1 482 en moyenne par an) ont, au total, été remboursées via la nomenclature de l'INAMI. Les données de l'échantillon permanent (AIM) indiquent (après extrapolation) que 10 193 analyses ont été réalisées au cours de la même période. Ces analyses portaient toutefois sur 8 727 patients différents (uniques) habitant dans les régions suivantes : Wallonie (35 %), Flandre (41 %) et Bruxelles (23 %) (voir Tableau 1). La répartition géographique des cas rapportés par le réseau des laboratoires vigies diverge de celle déduite des données de l'INAMI et de l'échantillon permanent et n'est, dès lors, pas représentative (voir Tableau 1).

Les données de l'INAMI permettent également de mettre en évidence le nombre d'analyses génotypiques effectuées en 2016 dans plusieurs arrondissements : Bruxelles (n=302 ; 20,1 %), Anvers (n=147 ; 9,8 %), Charleroi (n=137 ; 9,1 %), et Liège (n=120 ; 8,0 %). Ces arrondissements sont également ceux où le plus d'analyses sérologiques ont été réalisées, avec respectivement 147 167, 59 397, 36 777 et 51 394 analyses.

| | Laboratoires vigies 2016 | | Laboratoires vigies 2009-2015 | | INAMI, 2016 | | INAMI, 2009-2015 | | AIM, 2009-2015 | |
|-----------|--------------------------|-----|-------------------------------|-----|-------------|-----|------------------|-----|----------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Flandre | 909 | 58 | 3805 | 56 | 592 | 39 | 4453 | 43 | 3593 | 41 |
| Bruxelles | 459 | 29 | 2025 | 30 | 302 | 20 | 2134 | 20 | 2017 | 23 |
| Wallonie | 117 | 7 | 698 | 10 | 598 | 40 | 3834 | 37 | 3080 | 35 |
| Non connu | 93 | 6 | 279 | 4 | 11 | 1 | 23 | 0 | 37 | |
| Total | 1578 | 100 | 6807 | 100 | 1503 | 100 | 10444 | 100 | 8727 | 100 |

Tableau 1 : Estimation du nombre de cas d'hépatite C sur la base des données de différents réseaux.

Distribution par âge et par sexe

La distribution par âge et par sexe des patients pour lesquels des tests sérologiques et de confirmation ont été effectués est présentée à la Figure 3.

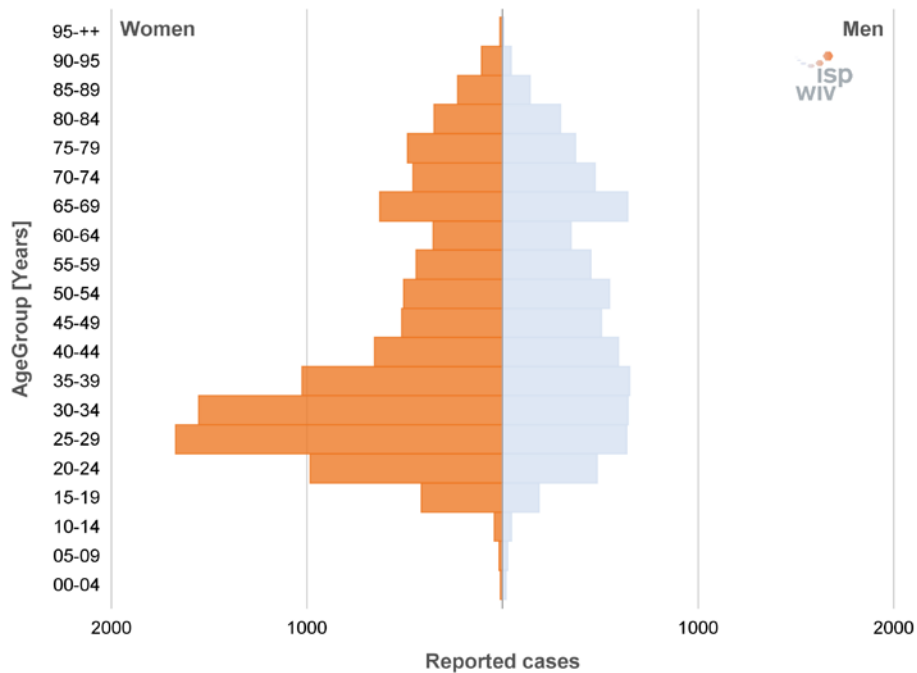
La hausse de la fréquence de tests sérologiques chez les femmes âgées de 20 à 39 ans est particulièrement frappante (Figure 3A).

Cette augmentation pourrait s'expliquer par le dépistage des femmes exprimant un désir de grossesse. Dans ce groupe, la fréquence des cas positifs pour le VHC n'a, en revanche, pas augmenté (voir Figure 3B). Selon les données du réseau des laboratoires vigies, davantage d'hommes font l'objet d'un diagnostic d'hépatite C et l'âge médian dans ce groupe est de 45 à 49 ans.

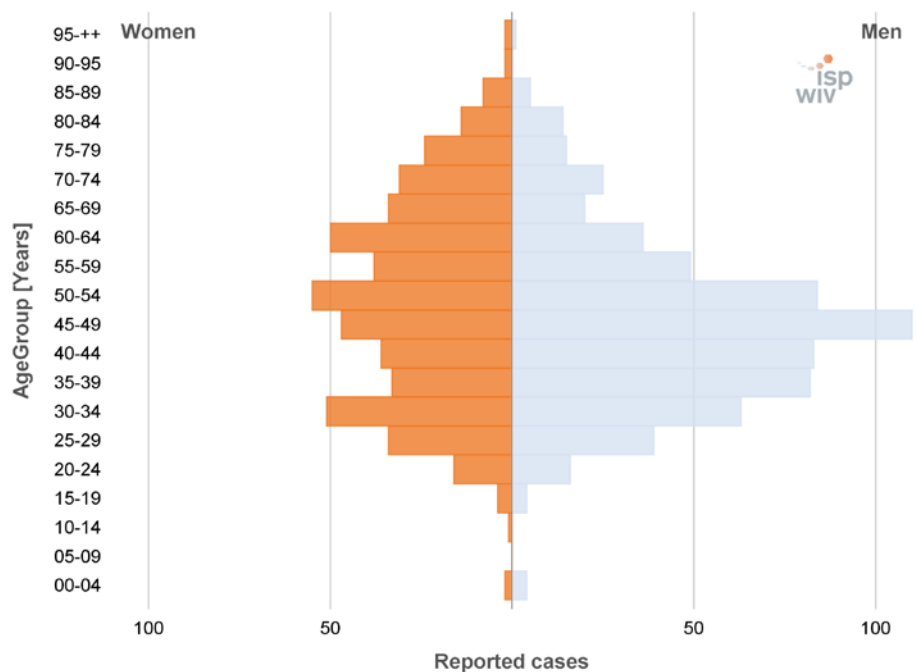
Autre constat marquant : le décalage vers un âge médian plus avancé pour les patients nouvellement diagnostiqués, et ce tant dans les chiffres rapportés par les laboratoires vigies que dans les données liées aux génotypages du VHC reflétés dans la base de données de l'INAMI et de l'AIM et dans les résultats du projet de génotypage du VHC (voir ci-dessous).

Figure 3 : Répartition par âge et par sexe des demandes de tests sérologiques de dépistage du VHC déduites de l'échantillon permanent (A) et répartition par âge et par sexe des nouveaux cas confirmés en laboratoire enregistrés par les laboratoires vigies (B)

A. Distribution par âge et par sexe des demandes de tests sérologiques VHC
Données de l'AIM, 2015, n=17 576



B. Distribution par âge et par sexe des nouveaux cas de VHC
Données des laboratoires vigies, 2016



Génotypage du VHC

Une étude de prévalence des génotypes du VHC circulant en Belgique a été réalisée en collaboration avec les 19 laboratoires qui ont mené ce type d'analyse entre 2008 et 2015. L'analyse est réalisée en vue d'offrir un traitement antiviral ciblé aux patients infectés par le VHC. Au total, 12 311 enregistrements ont été recueillis. Parmi ceux-ci, 11 013 (soit 1 379 par an) ont été retenus après suppression des doublons et des enregistrements au résultat inconnu.

Selon l'étude, le génotype 1 est le plus répandu en Belgique (53,6 % au total, et respectivement 19,7 % et 31,6 % pour les sous-types 1a et 1b), suivi du génotype 3, avec 22,0 %. Par ailleurs, les génotypes 4, 2 et 5 étaient responsables de respectivement 16,1 %, 6,2 % et 1,9 % des infections au VHC. Les génotypes 6 et 7 représentent la partie restante inférieure à 1 % [26].

Recours à un traitement contre le VHC

L'enregistrement de la prise de médicaments contre le VHC repose sur le remboursement de ces produits et est disponible dans la base de données TESSy [27].

Le Telaprevir et le Boceprevir ont été approuvés en 2012 et sont utilisés depuis lors (voir Tableau 2). Depuis 2015, le Simeprevir, le Sofosbuvir, le Daclatasvir et le Dasabuvir ont été ajoutés à la liste des produits anti-VHC remboursés, réduisant ainsi la consommation des agents précédents.

| Antimicrobial class | | DDD per 1000 inhabitants and per day | | | | | |
|---------------------|---|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ATC Code | Name | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 |
| J05AB04 | Ribavirin | 0.0109 | 0.0160 | 0.0110 | 0.0318 | 0.0404 | 0.0341 |
| J05AE11 | Teleprevir | 0.0000 | 0.0001 | 0.0006 | 0.0039 | 0.0025 | 0.0000 |
| J05AE12 | Boceprevir | 0.0000 | 0.0001 | 0.0021 | 0.0074 | 0.0267 | 0.0000 |
| J05AE13 | Faldaprevir | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AE14 | Simeprevir | 0.0008 | 0.0135 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AE15 | Asunaprevir | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AX14 | Daclatasvir | 0.0007 | 0.0007 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AX15 | Sofosbuvir | 0.0085 | 0.0237 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AX16 | Dasabuvir | 0.0034 | 0.0009 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AX65 | Sofosbuvir and ledipasvir | 0.0048 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AX66 | Dasabuvir, ombitasvir, paritaprevir and ritonavir | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| J05AX67 | Ombitasvir, paritaprevir and ritonavir | 0.0045 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| Total | | 0.0336 | 0.0550 | 0.0137 | 0.0430 | 0.0696 | 0.0341 |

Tableau 2 : Consommation des traitements contre le VHC, exprimée en DDD (defined daily dose) pour 1000 habitants et par jour.

Mortalité

Les décès causés par l'hépatite virale affichent une tendance à la baisse. Une telle diminution s'observe également pour la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme (Figure 4). Cependant, le nombre de décès (n = 71 en 2014) des suites d'une hépatite virale reste plus élevé que pour ces dernières maladies. Les enregistrements peu précis ne permettent pas de connaître la part de responsabilité des différents virus (VHA, VHB, VHC et VHE) ou de distinguer maladies infectieuses aiguës et maladies infectieuses chroniques.

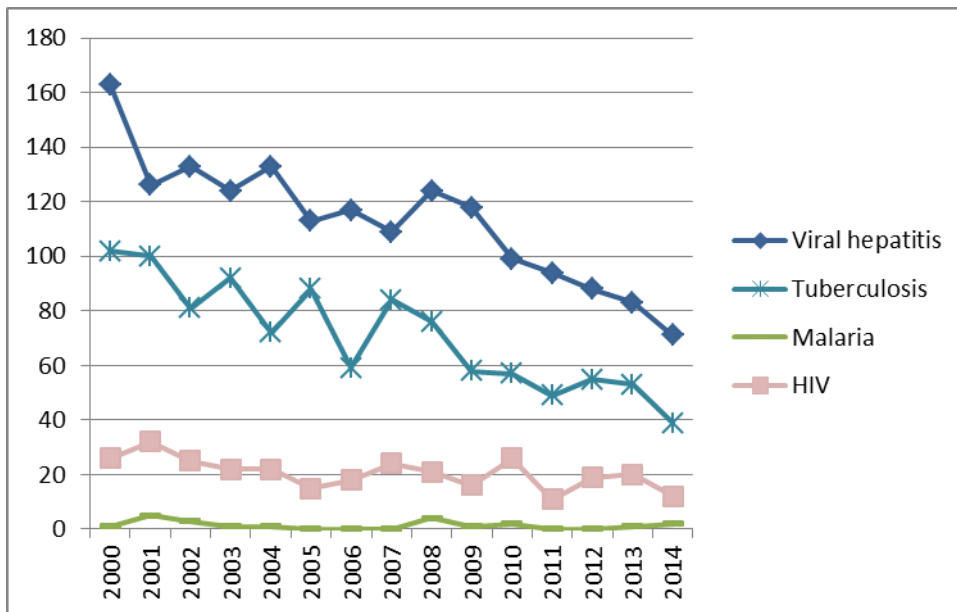


Figure 4 : Évolution de la mortalité causée par les hépatites virales, la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme, SPMA, 2000-2014.

B. Résultats pour les patients dans le système d'aide aux toxicomanes

Van Baelen L.

Parmi les 30 905 patients uniques enregistrés dans la base de données Treatment Demand Indicator (TDI) entre 2011 et 2014 à la suite d'au moins un traitement pour des problèmes d'alcool et/ou de drogues, 18 880 (61 %) ont fait l'objet de tests à portée diagnostique (sérologiques et moléculaires) pour l'hépatite C entre 2008 et 2015 (Tableau 3). Parmi ces mêmes patients, 3 352 (10,8 %) s'étaient déjà injecté de la drogue dans le passé (récemment ou non), 21 796 (70,5 %) ne s'étaient jamais administré de drogue par voie intraveineuse et 5 757 (18,6 %) ne présentaient pas cette information dans leur dossier. 85,3 % des 3 352 patients avec un historique d'injection de drogue ont fait l'objet d'un dépistage pour l'hépatite C entre 2008 et 2015, contre 58 % de ceux sans historique et 59,1 % de ceux au statut inconnu.

| Code de nomenclature | Statut d'injection | | | | | | | |
|---|--|--------|-----------------------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
| | S'est déjà injecté de la drogue (récemment ou non) | | Ne s'est jamais injecté de drogue | | Statut inconnu | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 551154 ou 551165 | 1845 | 64,5 % | 12237 | 97,0 % | 3140 | 92,3 % | 17222 | 91,2 % |
| 551154 ou 551165 ET 556710 ou 556721 ou 556732 ou 556743 | 499 | 17,5 % | 212 | 1,7 % | 128 | 3,8 % | 839 | 4,4 % |
| 551154 ou 551165 EN 556710 ou 556721 ou 556732 ou 556744 EN 556754 ou 556765 | 481 | 16,8 % | 153 | 1,2 % | 122 | 3,6 % | 756 | 4,0 % |
| 551154 ou 551165 EN 556754 ou 556765 | 12 | 0,4 % | 7 | 0,1 % | 5 | 0,1 % | 24 | 0,1 % |
| 556710 ou 556721 ou 556732 ou 556743 | 11 | 0,4 % | 1 | 0,0 % | 6 | 0,2 % | 18 | 0,1 % |
| 556710 ou 556721 ou 556732 ou 556743 EN 556754 ou 556765 | 11 | 0,4 % | 7 | 0,1 % | 2 | 0,1 % | 20 | 0,1 % |
| 556754 ou 556765 | 0 | 0,0 % | 1 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 1 | 0,0 % |
| Total de tests | 2859 | 85,3 % | 12618 | 58,0 % | 3403 | 59,1 % | 18880 | 61,1 % |
| Total général | 3352 | | 21796 | | 5757 | | 30905 | |

Tableau 3. Analyse des tests de dépistage du VHC : nombre de patients par test, selon le statut d'injection

Sur les 18 880 patients testés, 91,2 % ont exclusivement fait l'objet d'un diagnostic ou d'un contrôle de l'évolution de l'hépatite virale C par la mise en évidence d'anticorps anti-HC (codes de nomenclature 551154 et 551165). 4,4 % des patients ont, en sus, été soumis à une détection qualitative ou quantitative du virus de l'hépatite C (codes de nomenclature 556710, 556721, 556732 et 556743). 4 % ont, en outre, fait l'objet d'un typage du génotype du virus de l'hépatite C (codes de nomenclature 556754 et 556765) en vue d'un traitement antiviral. Comme le montre la Figure 5, un génotypage a été réalisé entre 2008 et 2015 pour 2,6 % de l'ensemble des patients qui ont initié un traitement pour leur toxicomanie entre 2011 et 2014, ce qui indique une infection par le VHC.

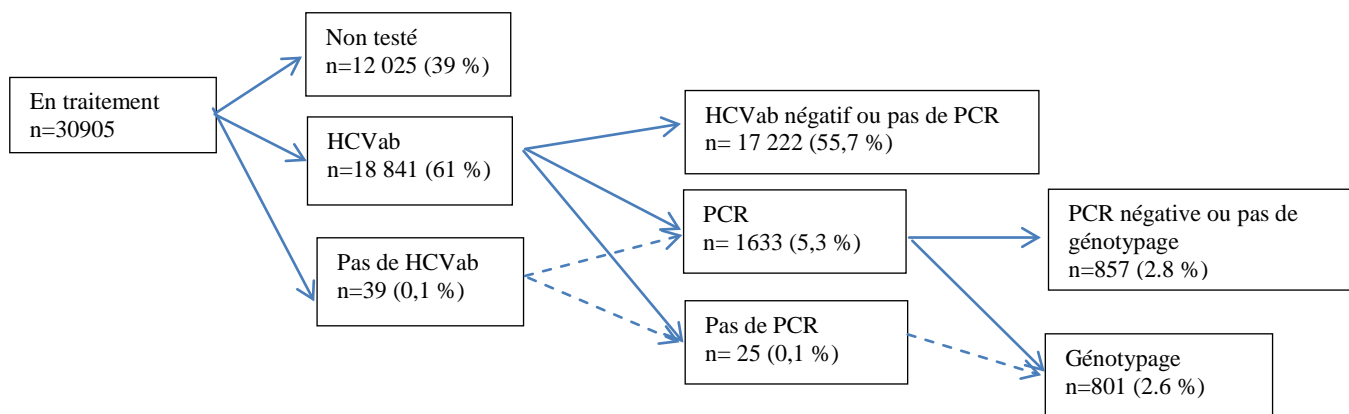


Figure 5. Suivi des tests VHC effectués entre 2008 et 2015 auprès de patients inscrits dans le TDI entre 2011 et 2014.

Références

1. European Association ou the Study ou the Liver. 2011 European Association ou the Study ou the Liver: Hepatitis C virus clinical practice guidelines. Liver Int. 2012 Feb ; 32 Suppl 1:2-8.
2. Rapport KCE 173B « Hépatite C : Dépistage et Prévention »
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_173B_hepatitis_C.pdf
3. Hepatitis b and c surveillance in Europe.
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Pages/index.aspx
4. European Association ou the Study ou the Liver. 2014. European Association ou the Study ou the Liver: Clinical Practice Guidelines: Management ou hepatitis C virus infection. J. Hepatology. 2014 vol. 60 : 392-420.
5. Beutels M, Van Damme P, Aelvoet W, Desmyter J, Dondeyne F, Goilav C, Mak R, Muylle L, Pierard D, Stroobant A, Van Loock F, Waumans P, Vranckx R. Prevalence ou hepatitis A, B and C in the Flemish population. Eur J Epidemiol. 1997 Apr ;13(3):275-80.
6. Quoilin S, Hutse V, Vandenberghe H, Claeys F, Verhaegen E, De Cock L, Van Loock F, Top G, Van Damme P, Vranckx R, Van Oyen H. A population-based prevalence study ou hepatitis A, B and C virus using oral fluid in Flanders, Belgium. Eur J Epidemiol. 2007 ;22(3):195-202.
7. De Maeght S, Henrion J, Bourgeois N, de Galocsy C, Langlet P, Michielsen P, Reynaert H, Robaey G, Sprengers D, Orlent H, Adler M. A pilot observational survey of hepatitis C in Belgium. Acta Gastroenterol Belg. 2008 Jan-Mar;71(1):4-8.
8. Gérard C, Delwaide J, Vaira D, Bastens B, Servais B, Wain E, Bataille C, Daenen G, Belaïche J; GLEVHE. Evolution over a 10 year period of the epidemiological profile of 1,726 newly diagnosed HCV patients in Belgium. J Med Virol. 2005 Aug;76(4):503-10.
9. Loly JP, Gérard C, Vaira D, Lamproye A, Bastens B, Servais B, Wain E, Bataille C, Delwaide J. Evolution over a 15 year period of the epidemiological profile of 2,884 newly diagnosed HCV patients in Belgium. Personal communication.
10. Matheï C, Bourgeois S, Blach S, Brixko C, Mulkay JP, Razavi H, Robaey G. Mitigating the burden of hepatitis C virus among people who inject drugs in Belgium. Acta Gastroenterol Belg. 2016 Apr-Jun;79(2):227-32.
11. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, Courtney R, McKee M, Amon JJ, Maher L, Hellard M, Beyrer C, Altice FL. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. Lancet. 2016 Sep 10;388(10049):1089-1102.
12. Nombre de détenus dans les prisons belge :
<http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/autres/detenu/>
13. ECDC technical report : Epidemiological assessment of hepatitis and C among migrants in the EU/EEA
<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/epidemiological-assessment-hepatitis-b-and-c-among-migrants-eueea>

14. Apers L. 29/10/2015. Avondseminarie ITG
<https://www.itg.be/files/docs/avondseminaries/03/2LudwigHCVseminarie2015.pdf>
15. Apers L, Vanden Berghe W, De Wit S, Kabeya K, Callens S, Buyze J, Kenyon C, Florence E, Buvé A. Risk factors for HCV acquisition among HIV-positive MSM in Belgium. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 Apr 15;68(5):585-93.
16. Botterman R, Glorieus E, Lefere S, Verhelst X, Va De Voorde P, Hachimi Idrissi S, Geerts A, Padalko E, De Paepe P, Van Vlierberghe H. 2017. *Acta GE Belgica* 80, A11.
17. Moens G, Vranckx R, De Greef L, Jacques P. Prevalence of hepatitis C antibodies in a large sample of Belgian healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000 Mar;21(3):209-12.
18. Stuyver L, Claeys H, Wyseur A, Van Arnhem W, De Beenhouwer H, Uytendaele S, Beckers J, Matthijs D, Leroux-Roels G, Maertens G, De Paepe M. Hepatitis C virus in a hemodialysis unit: molecular evidence for nosocomial transmission. *Kidney Int*. 1996 Mar;49(3):889-95.
19. Réseau des laboratoires vigies. <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Surveillance/Pages/sentinelLabs.aspx>
20. Muyltermans G., Ducoffre G., Leroy M. Dupont Y., Quoilin S. and participating sentinel laboratories. Surveillance of infectious diseases by the sentinel laboratory network in Belgium: 30 years of continuous improvement. *PlosOne*. 2016 Aug. 29;11(8).
21. Échantillon permanent, AIM. <http://www.aim-ima.be/?lang=fr>
22. Standardized Procedures for Mortality Analysis – Belgium, Public Health and Surveillance, Scientific Institute of Public Health, Belgium. <https://spma.wiv-isp.be>
23. De Ridder K, Antoine J, Gremeaux L, Plettinckx E, Blanckaert P, Tafforeau J. Health care trajectories and medication consumption of substance users in treatment: linking TDI and IMA databases (Belgium). *Methods in Epidemiology Symposium*; 15 Sep 17; 2015.
24. Van Baelen L, De Ridder K, Antoine J, Gremeaux L : Longitudinal pharmacoepidemiological and health services research for substance users in treatment: protocol of the Belgian TDI-IMA linkage. submitted for publication 2017
25. Berger N, Muyltermans G, Dupont Y, Quoilin S. Assessing the sensitivity and representativeness of the Belgian Sentinel Network of Laboratories using test reimbursement data. *Arch Public Health*. 2016 Aug 8;74:29.
26. Bouacida L. and Hutse V., Suin V., Boudewijns M., Cartuyvels R., Debaisieux L., De Laere E., Hallin M., Hougardy N., Lagrou K., Oris E., Padalko E., Reynders M., Roussel G., Senterre J-M., Stalpaert M., Ursi D., Vael Carl, Vaira D., Van Acker J., Verstrepen W., Van Gucht S., Kabamba B., Muyltermans G.. Prevalence and distribution of HCV genotypes in Belgium from 2008 to 2015. Seminar Diagnostic and surveillance of infectious diseases. 2017, https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Pages/ssid_33_presentations.aspx
27. The European Surveillance System (TESSy) :
<https://tessy.ecdc.europa.eu/TessyWeb/Default.aspx>