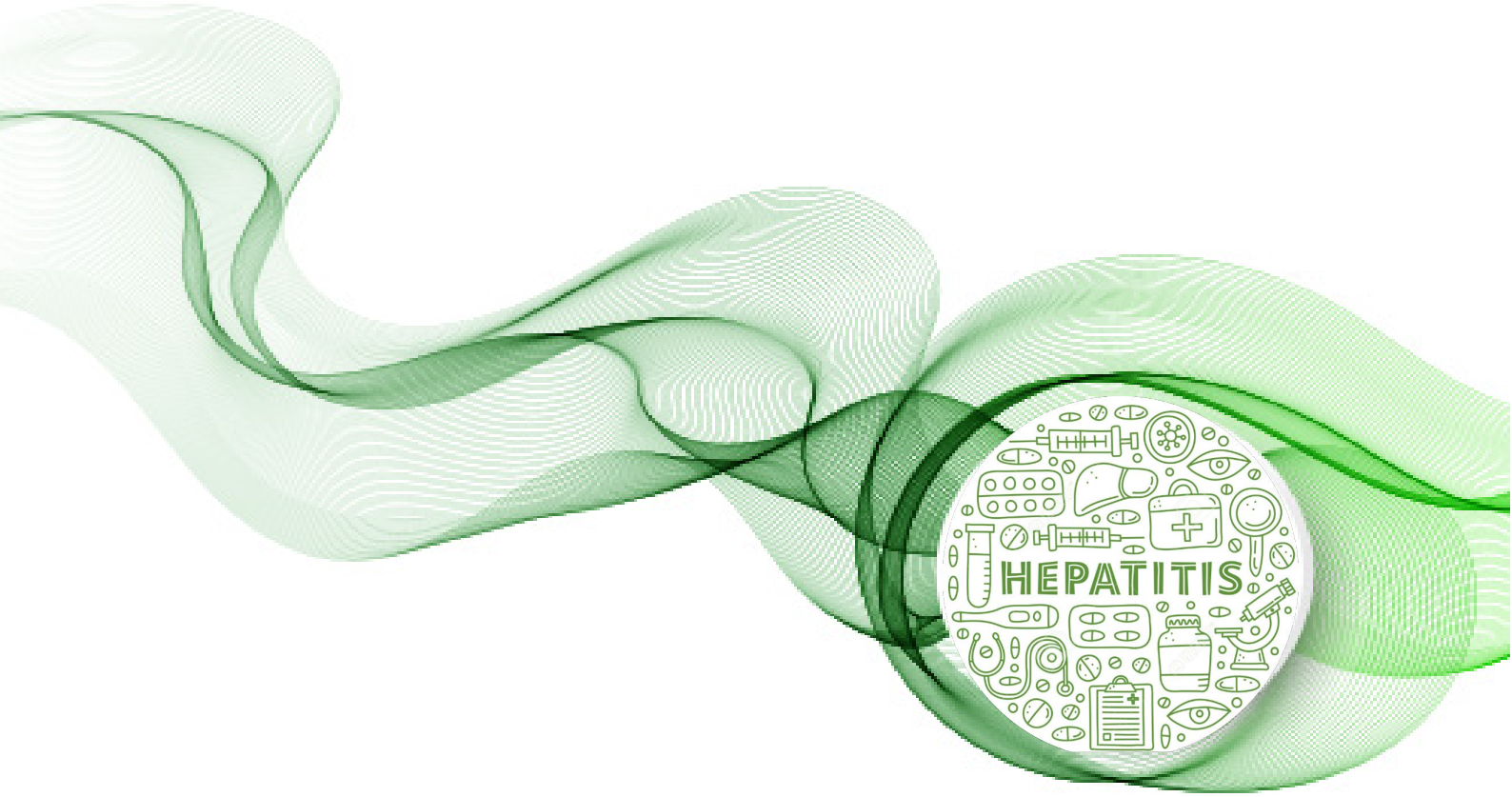
sciensano

ÉPIDÉMIOLOGIE
DES MALADIES INFECTIEUSES



SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES HÉPATITES B ET C EN BELGIQUE

Situation au 31 décembre 2023

toute une vie en bonne santé

.be

QUI NOUS SOMMES

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé.
Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.
Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Épidémiologie et santé publique – Épidémiologie des maladies infectieuses

Février 2025 • Bruxelles • Belgique
Numéro de référence interne : D/2025.14.440/11
DOI: https://doi.org/10.25608/qk5b-yx71

Laure Mortgat[1] • **Ben Serrien**[1] • **Helena Van Deynse**[1] • **Jessika Deblonde**[1] • **Dominique Van Beckhoven**[1] •

Avec la collaboration de
W. Dhaeze (DZ), N. Hammami (DZ), C. Huvelle (AVIQ), B. Kabamba (UCL), R. Ngandjui Ngandjui (AVIQ), M. Peeters (Sciensano), T. Vanwolleghem (UA)

1 Epidémiologie des maladies infectieuses, Epidémiologie et santé publique, Sciensano, Bruxelles

Personne de contact : Laure Mortgat • T+32 2 642 52 60 • Laure.Mortgat@sciensano.be

Avec le soutien financier de

Wallonie familles santé handicap AVIQ

Vlaanderen is zorg

Partenaires

vivalis .brussels

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

Remerciements

L' équipe VIH-IST-Hépatites B & C du service Épidémiologie des maladies infectieuses de Sciensano tient à remercier tout particulièrement le réseau de laboratoires sentinelles – EPILABO, l'INAMI et l'équipe Indicateurs de santé de Sciensano, pour la transmission des données nécessaires à l'analyse de l'épidémiologie des hépatites B et C en Belgique. Sciensano remercie également le comité d'accompagnement de la surveillance des hépatites B et C et l'équipe Drogues illégales de Sciensano pour leur soutien et conseils.

Merci de citer cette publication comme suit : L. Mortgat, B. Serrien, H. Van Deynse, J. Deblonde, D. Van Beckhoven. Surveillance épidémiologique des hépatites B et C en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2025. Numéro de rapport : D/2025.14.440/11. Disponible en ligne : https://doi.org/10.25608/qk5b-yx71

TABLE DES MATIÈRES

POINTS CLÉS 1
ABRÉVIATIONS 2
INTRODUCTION 3
MÉTHODES 5
1. Surveillance du dépistage: les données INAMI 5
2. Surveillance des tendances et des profils des personnes nouvellement diagnostiquées : les données du Réseau des laboratoires sentinelles (« Epilabo ») 5
2.1. Définitions de cas utilisées pour le rapportage par les laboratoires 6
2.2. Gestion et analyse des données 6
3. Surveillance des traitements et des soins : les données de l'Agence Intermutualiste 7
3.1. Données des tests 8
3.2. Données des traitements 8
3.3. Définitions et indicateurs 8
4. Surveillance de la mortalité : les données du registre des décès 9
5. Surveillance des hépatites virales B aiguës en région flamande 10
6. Autres 11
6.1. Données sur l'hépatocarcinome 11
6.2. Données sur l'hémovigilance 11
RÉSULTATS 12
1. Hépatite C 12
1.1. Dépistage 12
1.2. Diagnostics 14
1.3. Traitements contre le VHC 21
1.4. Complications 24
1.5. Autres 26
2. Hépatite B 27
2.1. Dépistage 27
2.2. Diagnostics 30
2.3. Complications 36
2.4. Notification obligatoire de l'hépatite B aiguë en Flandre 37
2.5. Autres 39
DISCUSSION & CONCLUSION 41
RECOMMANDATIONS 45
RÉFÉRENCES 47
ANNEXES 52
Annexe I: Données de l'INAMI - Codes de nomenclature utilisés pour analyser les tests liés aux hépatites 52
Annexe II : Données de l'AIM - Codes ATC et critères utilisés pour identifier les traitements et certaines catégories de personnes 54
Annexe III : Registre des décès - Codes CIM- 10 utilisés pour l'analyse de la mortalité liée aux hépatites 56
Annexe IV : Définition des cas d'hépatite B aiguë - Notification obligatoire de la région flamande 57
Annexe V : Distribution globale des hépatites virales B et C 58
Annexe VI : Objectifs OMS en matière d'élimination des hépatites virales B et C - Cibles et indicateurs clés 59

POINTS CLÉS

Hépatite C :

- L'incidence de l'hépatite C en Belgique diminue, et les objectifs d'élimination de l'OMS pour 2030 pourraient être atteints si les efforts de dépistage et de traitement sont maintenus, particulièrement pour identifier et prendre en charge les populations plus difficiles à atteindre.
- En 2023, les hépatites C étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les hommes (60 %) que chez les femmes. L'âge moyen lors du diagnostic était de 50 ans.
- On estime à 9 294 le nombre de personnes traitées pour une hépatite C en Belgique entre 2015 et 2022, dont 638 en 2022.
- Le dépistage de l'hépatite C augmente en Belgique. En 2023, 799 526 tests de détection des Ac anti-VHC ont été remboursés, soit 68 par 1 000 habitants. Une amélioration est souhaitable et possible, notamment au sein des populations clés.
- La mortalité liée à l'hépatite C présente une tendance légèrement décroissante et était en 2021 en-dessous des objectifs d'élimination de l'OMS pour 2030, hormis à Bruxelles.
- Le fardeau lié à hépatite C, tant en termes d'incidence que de mortalité, est plus élevé à Bruxelles que dans les deux autres régions. Cependant, l'intensification du dépistage et du traitement contre le VHC à Bruxelles semble avoir un impact favorable, entraînant une diminution du nombre de nouveaux cas.

Hépatite B

- L'incidence de l'hépatite B ne diminue pas et reste au-dessus des objectifs d'élimination de l'OMS. L'impact de la vaccination systématique des nourrissons et des adolescents implémentée en 1999 devient toutefois visible avec une diminution de la proportion des personnes de 25-34 ans parmi les cas.
- En 2023, les hépatites B étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les hommes (57 %) que chez les femmes. L'âge moyen lors du diagnostic était de 46 ans.
- Les personnes avec une hépatite B aiguë rapportée dans le cadre de la notification obligatoire en Flandre étaient majoritairement des hommes (83 %). Lorsqu'il a été rapporté (19 %), le mode d'infection était principalement (85 %) la voie sexuelle.
- Le dépistage de l'hépatite B augmente en Belgique. En 2023, 762 928 tests de détection de l'AgHBs ont été remboursés, soit 65 par 1 000 habitants. Une amélioration est souhaitable et possible, notamment au sein des populations clés.
- La mortalité liée à l'hépatite B est très faible, et en-dessous des objectifs d'élimination de l'OMS pour 2030.
- Le fardeau lié à hépatite B, tant en termes d'incidence que de mortalité, est plus élevé à Bruxelles que dans les deux autres régions.

ABRÉVIATIONS

AAD	Agents antiviraux à action directe
ADN VHB	Acide (désoxyribo)nucléique du virus de l'hépatite B
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
AgHBs	Antigène de surface de l'hépatite B
AIM	Agence intermutualiste
Ac Anti-VHC	Anticorps spécifiques contre le virus de l'hépatite C
ARN VHC	Acide (ribo)nucléique du virus de l'hépatite C
ATC	Classification anatomique, thérapeutique et chimique
CIM	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
Epilabo	Réseau des laboratoires sentinelles
EPS	Echantillon permanent
HCC	Hépatocarcinome
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IST	Infection sexuellement transmissible
N	Nombre
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCR	Polymerase chain reaction (réaction de polymérisation en chaîne)
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
Statbel	Direction générale statistique belge
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDI	Usagers de drogues injectables
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHD	Virus de l'hépatite Delta
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Ce rapport national vient s'inscrire dans le contexte de l'élimination des hépatites virales B et C à l'horizon 2030, préconisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2016 (1). Dans sa stratégie mondiale du secteur de la santé pour la période 2022-2030 (2), l'OMS a établi des cibles intérimaires d'élimination des virus de l'hépatite B et C pour 2025, également spécifiées pour l'Europe dans le Plan d'action régional européen 2022-2030 (3). La Belgique s'étant engagée à éliminer les hépatites virales sous l'égide de l'OMS, il est important d'évaluer les progrès réalisés au regard des cibles pour 2025.

Les hépatites virales continuent en effet à représenter un enjeu majeur de santé publique, de par la morbidité et la mortalité qu'elles peuvent entraîner. Les dernières données de l'OMS font par ailleurs état d'un nombre croissant de décès imputables à ces infections, avec 3 500 décès par jour dans le monde et 1,3 millions de décès en 2022 (4). L'incidence globale des hépatites B et C serait par contre en léger recul par rapport aux estimations de 2019, et atteignait 2,2 millions en 2022. En Europe, le nombre de nouvelles infections a également baissé, mais la charge reste lourde, avec approximativement 5,4 millions de personnes vivant avec une hépatite B ou C chronique en 2022 (5). La prévalence médiane de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) a été estimée à 0,18 % en Belgique, représentant plus de 16 000 personnes infectées, dont au moins 20 % l'auraient été via l'usage de drogues injectables (6). En ce qui concerne la prévalence des infections par le virus de l'hépatite B (VHB) en Belgique, une revue systématique l'a estimée à 0,69 % dans la population générale, et 3,51 % chez les migrants (7). Un chiffre comparable a été obtenu par une étude de séroprévalence dans la population générale adulte, mais en tenant compte des antigène HBs faussement positifs, cette prévalence était estimée à 0.31 % en 2020 (8).

Il existe pourtant aujourd'hui des outils de prévention et de diagnostic ainsi que des traitements extrêmement efficaces ; l'élimination des hépatites virales est donc à portée de main.

En ce qui concerne l'hépatite B, le dépistage et le diagnostic précoce de l'infection permettent la mise en place d'un suivi, éventuellement d'un traitement, et également de mesures de prévention auprès de l'entourage, comme la vaccination. En Belgique, la vaccination systématique des nourrissons est recommandée et remboursée depuis 1999, ainsi que celle des jeunes non encore vaccinés, de certains groupes de patients (9) et de travailleurs (10). L'introduction du vaccin hexavalent dans la vaccination de routine des nourrissons en 2004 a certainement contribué à augmenter la couverture vaccinale (11). La vaccination est également recommandée (mais non remboursée) pour certaines populations clés comme les personnes à partenaires sexuels multiples ou les usagers de drogues injectables (UDI) (12). Les efforts de vaccination auprès de ces populations plus exposées au risque d'infection ne doivent pas être relâchés. Outre la vaccination, l'accès au dépistage présente également des défis auprès des populations clés, et notamment des migrants qui sont particulièrement affectés par cette infection (13–15). Quant au traitement contre l'hépatite B, l'OMS préconise désormais d'en élargir et simplifier les indications afin de prévenir la survenue des complications tardives comme la cirrhose hépatique ou l'hépatocarcinome (HCC) (16).

Concernant l'hépatite C, l'arrivée sur le marché des agents antiviraux à action directe (AAD) en 2014 et l'extension de leur remboursement à toute personne atteinte d'hépatite C quel que soit son degré d'atteinte hépatique en 2019 constituent une avancée majeure en termes de lutte contre le VHC. En effet, ces traitements sont extrêmement efficaces, ont un impact sur la mortalité et la survenue de complications tardives, sont courts et bien tolérés (17). Ils permettent par ailleurs indirectement de réduire la transmission du virus notamment chez les personnes avec des comportement à risque répétés. Le renforcement du dépistage et les mesures de réduction des risques au sein de certaines populations clés sont, avec le traitement, les pierres angulaires dans la lutte contre le VHC (18).

Si la Belgique reste à ce jour l'un des rares pays sans plan national de lutte contre ces infections, la surveillance épidémiologique des hépatites B et C par Sciensano a été récemment renforcée. Ce rapport fait suite à un inventaire des sources de données existantes concernant les hépatites virales, et présente les données disponibles les plus récentes relatives au dépistage, au diagnostic et au traitement des hépatites B et C. Il reste encore quelques années pour rectifier et suivre la trajectoire vers les objectifs de développement durable concernant l'élimination des hépatites virales. Ce rapport a pour but d'apporter des informations utiles pour guider au mieux les stratégies vers l'élimination des hépatites B et C en Belgique.

MÉTHODES

Différentes sources de données ont été utilisées pour suivre l'épidémiologie des hépatites B et C en Belgique. Ce chapitre décrit chacune de ces sources et présente les méthodes de collecte, d'analyse et d'interprétation des données, afin d'en dégager des indicateurs pertinents au suivi des hépatites.

1. Surveillance du dépistage: les données INAMI

l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est l'institution publique belge de sécurité sociale. Les données transmises par l'INAMI sont quasi exhaustives, mais seuls les tests bénéficiant d'un remboursement par le système belge d'assurance maladie sont inclus. Les tests remboursés par d'autres systèmes d'assurance (institutions européennes par exemple), les tests réalisés sans prescription ou chez des personnes sans couverture sociale, ou encore les tests gratuits effectués par les organisations à base communautaire ne sont pas inclus. Les données relatives à une année sont disponibles après un délai de deux ans. Sauf spécifié différemment, nous avons utilisé pour ce rapport les données des tests remboursés chaque année, et non celles des tests réellement effectués, qui n'étaient pas complètes pour 2023.

L'INAMI nous a fourni, pour chaque année depuis 2016 et jusqu'à 2023 inclus, des données agrégées concernant le remboursement des tests effectués pour dépister, diagnostiquer ou suivre les hépatites virales B et C. Chaque test est identifié en utilisant un code de nomenclature spécifique, qui diffère si le test a été effectué chez un patient ambulant ou chez un patient hospitalisé. L'annexe I présente les codes utilisés pour les analyses, ainsi que les critères de remboursement s'y attenant. Ces chiffres ont été transmis par groupe d'âge et par sexe, par arrondissement de résidence des personnes testées, par type de prescripteur, ainsi que par laboratoire, sexe et région de résidence.

Ces données nous ont ainsi permis d'évaluer, de suivre et de cartographier les activités de dépistage des hépatites B et C, ou encore le nombre de personnes avec intention de traitement pour le VHC (via le génotypage). Les incidences ont été calculées en se basant sur les populations nationales ou régionales à la mi-année telles que rapportées par Statbel. Ces données ont également été utilisées conjointement à celles du réseau des laboratoires sentinelles pour le calcul des taux de diagnostics par tests.

2. Surveillance des tendances et des profils des personnes nouvellement diagnostiquées : les données du Réseau des laboratoires sentinelles (« Epilabo »)

Ce réseau, existant depuis plus de 40 ans, est constitué d'un ensemble de laboratoires de microbiologie qui enregistrent de façon volontaire le nombre de diagnostics qu'ils effectuent pour une quarantaine de pathogènes, en ce compris les hépatites B et C. Les données sont encodées chaque semaine et incluent des variables socio-démographiques (âge, sexe, code postal du patient, code du laboratoire) et diagnostiques (agent pathogène, date de diagnostic, test diagnostique utilisé, type d'échantillon). Ce réseau couvre approximativement 50-60% des laboratoires de microbiologie agréés en Belgique, mais sa représentativité diffère en fonction du nombre de laboratoires participant à la surveillance de chaque pathogène.

Les données extraites de ce réseau nous ont permis d'avoir une vue sur les tendances épidémiologiques des hépatites B et C dans le temps et sur les caractéristiques socio-démographiques de base des personnes nouvellement diagnostiquées. Les données utilisées ont été extraites le 23 septembre 2024, et l'analyse couvre les années 2016 à 2023.

2.1. DÉFINITIONS DE CAS UTILISÉES POUR LE RAPPORTAGE PAR LES LABORATOIRES

Actuellement, les diagnostics d'infection par le VHB ou le VHC sont rapportés par les laboratoires sentinelles lorsqu'ils correspondent aux définitions de cas suivantes[1] (basées sur celles du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies - ECDC) (19) :

VHB : infection confirmée si au moins un des tests suivants est positif :
- Détection de l'immunoglobuline M core de l'hépatite B (IgM anti-HBc)
- Détection de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs)
- Détection de l'antigène d'enveloppe de l'hépatite B (AgHBe)
- Détection de l'acide nucléique du virus de l'hépatite B (ADN-VHB).

VHC : infection confirmée si au moins un des tests suivants est positif :
- Détection de l'acide nucléique du virus de l'hépatite C (ARN-VHC)
- Réponse des anticorps spécifiques contre le virus de l'hépatite C (Ac anti-VHC), confirmée par un test sérologique de confirmation.[2]

Notons que ces définitions ne permettent actuellement pas de différencier une hépatite aiguë d'une hépatite chronique. Pour l'hépatite C, les données peuvent concerner une hépatite active mais également une hépatite ancienne guérie.

2.2. GESTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Chaque individu est identifié par la combinaison de sa date de naissance, de son code postal et de son sexe. La déduplication des enregistrements reçus des laboratoires est d'abord effectuée sur la base des trois variables précitées et de la date de diagnostic, en ne considérant que les enregistrements pour lesquels ces variables n'étaient pas manquantes. Ensuite, les enregistrements ayant le même numéro d'échantillon, le même numéro de laboratoire et la même date de diagnostic ont également été dédupliqués.

2.2.1. Définitions de cas utilisées pour l'analyse

Pour le VHB, chaque personne diagnostiquée n'a été incluse qu'une fois pour les analyses, lors de la première date de diagnostic. En effet, une personne ne peut être infectée qu'une fois par ce virus.

Pour le VHC, seuls les ARN positifs ont été inclus, afin de ne prendre en compte que les infections actives. Afin de considérer également la possibilité de réinfection, un même individu a pu être inclus plusieurs fois dans notre analyse s'il présentait un ARN positif au moins un an après un précédent épisode, et ce à partir du 01/01/2020 (un an après l'élargissement du remboursement du traitement à toutes les personnes diagnostiquées positives au VHC). Avant cette date, une personne diagnostiquée positive pour le VHC n'a été incluse qu'une seule fois (lors du premier diagnostic).[3]

Par ailleurs, un premier résultat positif correspond au premier résultat rapporté par un des laboratoires participants ; il peut ne pas correspondre en réalité au premier diagnostic d'un individu, si celui-ci a été effectué dans un laboratoire ne participant pas au réseau sentinelle par exemple.

[1] Extrait du codebook interne à Sciensano transmis aux laboratoires.
[2] Note : Une mise à jour de la définition de cas d'infection par le VHC a été effectuée en fin 2024. Les laboratoires seront tenus d'enregistrer toutes les sérologies et toutes les PCR positives pour le VHC. Cela permettra d'exclure les infections anciennes, éventuellement guéries, d'inclure les réinfections, et de ne rapporter que les infections actives.
[3] Les définitions de cas présentées ont été discutées et validées par le comité de surveillance des hépatites B et C en juin 2024.

2.2.2. Description des caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées

Les informations concernant l'âge, le sexe, le pays de contamination ou la méthode de diagnostic (dans le cas du VHB) des personnes nouvellement diagnostiquées ont été analysées en considérant l'ensemble des cas rapportés en 2023 par les laboratoires participants à la surveillance des hépatites B ou C.

2.2.3. Visualisation des tendances

La visualisation des tendances des nouveaux diagnostics s'est effectuée en utilisant les données rapportées uniquement par les laboratoires considérés comme « stables », c'est-à-dire les laboratoires qui ont rapporté les diagnostics d'hépatite B ou C de façon continue et cohérente depuis 2016. La sélection de ces laboratoires pour les deux pathogènes a été effectuée par trois chercheurs de façon indépendante, en évaluant pour chaque laboratoire son évolution en termes de nombre de cas rapportés et de tests de dépistage effectués au cours des années, ainsi que son délai de rapportage. Les résultats discordants ont été discutés ensemble.

Entre 2016 et 2023, 11 laboratoires sentinelles ont été considérés comme « stables » pour le VHC, et 19 pour le VHB. En raison de la faible participation des laboratoires sentinelles à la surveillance des hépatites, et de la faible couverture en région wallonne et en région de Bruxelles Capitale, des extrapolations à l'échelle nationale et régionale n'ont pas été réalisées. Les résultats présentent donc le nombre de cas rapportés par les laboratoires stables, et non pas le nombre de nouveaux diagnostics à l'échelle nationale. Cependant, ils nous informent sur les tendances générales des nouveaux diagnostics d'hépatite C et B.

2.2.4. Calcul des taux de diagnostics par tests

Les taux de diagnostics d'hépatite par tests de dépistage ont été calculés de la façon suivante, pour la population générale et pour chaque sexe:

- **VHB :** Nombre de nouveaux diagnostics de VHB (total et par sexe) rapportés par les laboratoires stables pour l'année x (données Epilabo) / Nombre d'AgHBs (total et par sexe) remboursés à ces mêmes laboratoires lors de l'année x (données INAMI).
- **VHC** : Nombre de nouveaux diagnostics de VHC (total et par sexe) rapportés par les laboratoires stables pour l'année x (données Epilabo) / Nombre d'Ac Anti-VHC (total et par sexe) remboursés à ces mêmes laboratoires lors de l'année x (données INAMI).

3. Surveillance des traitements et des soins : les données de l'Agence Intermutualiste

L'agence intermutualiste (AIM) collecte des données des sept mutualités de Belgique, issues de la facturation des soins et des médicaments remboursés. Comme pour l'INAMI, seules les données relatives aux prestations de soins faisant l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale belge sont enregistrées. Les données des tests ou traitements prescrits en milieu carcéral, ou au sein de Fédasil par exemple, ne sont donc pas incluses. Malgré cela, les données de l'AIM couvrent la totalité des citoyens belges assurés, garantissant des données individuelles quasi exhaustives. Un numéro unique permet d'identifier et de suivre chaque individu. Les données sont actualisées annuellement, sachant qu'un délai de deux ans est nécessaire pour que les dernières données soient disponibles.

Afin de rendre les données de l'AIM plus facilement accessibles pour les partenaires fédéraux et régionaux, une base de données longitudinale constituée d'un échantillon de base d'1/40ème des assurés ainsi que d'un échantillon supplémentaire d'1/40ème des assurés âgés de 65 ans et plus a été créée. Il s'agit de l'échantillon permanent (EPS).

Les données de l'EPS relatives aux hépatites B et C ont été analysées depuis 2015 jusqu'à 2022 inclus. Les analyses ont été effectuées après le retrait des données de l'échantillon supplémentaire. Les indicateurs ont été calculés par prestation ou par individu. Afin d'extrapoler les résultats obtenus à

l'ensemble de la population belge assurée, la couverture exacte de l'EPS a été calculée pour chaque année, en divisant la population belge totale à la mi-année (données Statbel) par le nombre de personnes incluses dans l'échantillon de base de l'EPS pour cette même année. Ce facteur, proche de 40, a ensuite été appliqué aux résultats obtenus. L'extrapolation aux régions a été réalisée de la même façon.

3.1. DONNÉES DES TESTS

Afin d'évaluer et de suivre le nombre annuel de tests effectués pour les hépatites B et C et le nombre de personnes testées, les mêmes codes de nomenclatures que ceux utilisés par l'INAMI ont été utilisés (voir annexe I). L'extrapolation des données de l'EPS concernant le nombre de tests effectués a également été comparée aux résultats obtenus par l'analyse des données de l'INAMI, afin de valider les données.

3.2. DONNÉES DES TRAITEMENTS

Le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (classification ATC) a été utilisé afin d'identifier les traitements utilisés contre le VHC, ainsi que pour identifier les personnes étant ou ayant été sous traitement de substitution aux opiacés (TSO). La liste des traitements considérés est disponible dans l'annexe II.

L'AIM elle-même utilise certains indicateurs pour identifier des patients atteints de maladie chronique sur base de la consommation de médicaments remboursés. Ces indicateurs, les « FKG » ou « Groupes de frais pharmaceutiques » ont été développés et sont mis à jour annuellement par le Zorginstituut Nederland. Leur dernière version est disponible en ligne[4]. L'un de ces indicateurs a été utilisé dans ce rapport pour identifier les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (HIV).

3.3. DÉFINITIONS ET INDICATEURS

Les données de tests et de traitements de l'EPS ont été utilisées pour définir certains indicateurs utiles dans la surveillance des hépatites B et C.

- **Nombre annuel estimé de personnes dépistées pour le VHC** : nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection des anticorps anti-VHC au moins une fois sur l'année.
- **Personne positive ou ayant été positive pour le VHC** : personne chez qui un test de génotypage du VHC a été effectué au moins une fois, ou chez qui un traitement par AAD contre le VHC a été remboursé au moins une fois.
  La **date estimée du diagnostic** de VHC sera celle du test de détection de l'ARN du VHC précédant immédiatement la date du génotypage ou du traitement (délai maximal d'un an entre ces deux dates). Cette date permettra le calcul du nombre estimé de **nouveaux diagnostics de VHC par an**.
  Le nombre de personnes génotypées et/ou traitées reste une sous-estimation du nombre de diagnostics, car elle ne prend pas en compte les personnes diagnostiquées sur base d'un ARN positif qui n'ont été ni génotypées ni traitées. Par ailleurs, pour l'année 2022, le nombre de génotypages remboursés dans l'EPS était incomplet.
- **Nombre annuel estimé de personnes traitées pour le VHC** : nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement de l'une des molécules utilisées contre le VHC au moins une fois sur l'année (voir annexe II). La date d'initiation de chaque traitement sera celle de la facturation de la première boîte, et permettra le calcul du **nombre annuel estimé de personnes initiant un traitement**. Si une personne bénéficie de plusieurs traitements, chaque traitement sera comptabilisé si le délai entre les deux dates d'initiation de traitement est d'au moins un an.
- **Nombre annuel estimé de personnes dépistées pour le VHB** : nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'AgHBs au moins une fois sur l'année. Ce nombre est surestimé étant donné que l'AgHBs est également prescrit dans le suivi des patients

[4] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/10/13/bijlage-2-referentiebestand-fkg_c-2024

vivant avec une hépatite B chronique ainsi que dans le suivi des patients traités (20).

- **Personne positive ou ayant été positive pour le VHB** : personne chez qui un test de détection de l'ADN du VHB a été effectué au moins une fois. Il est effectivement recommandé de rechercher l'ADN du VHB directement après avoir obtenu un AgHBs positif chez un individu (16).
  La date estimée du diagnostic de VHB sera celle du premier test d'ADN du VHB effectué, en analysant les données rétrospectivement depuis 2002 (première année disponible dans l'EPS). Cette date permettra le calcul du nombre estimé de **nouveaux diagnostics de VHB par an**.
  Le nombre de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un ADN du VHB pour la première fois reste une sous-estimation du nombre de diagnostics, car elle ne prend pas en compte les personnes avec un AgHBs positif, chez qui la recherche d'un ADN viral n'a pas été effectuée.
- **Personne ayant déjà eu recours à un traitement de substitution aux opiacés**: personne ayant bénéficié du remboursement de chlorhydrate de méthadone, de buprénorphine, ou de buprénorphine/naloxone au moins une fois entre 2015 et 2022 . Notons que le nombre de personnes avec un TSO n'est pas représentatif du nombre de personnes ayant fait usage de drogues injectables étant donné que tous les UDI ne recourent pas à un TSO, et que toutes les personnes sous TSO n'ont pas fait usage de drogues injectables, mais il existe un certain chevauchement entre ces deux populations (21).
- **Personne positive pour le VIH** : variable déjà définie par l'AIM et présente dans les données de l'EPS (FKG_HIV=1). Notons que l' Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil (Truvada®) est inclus dans la liste des médicaments remboursés utilisée pour identifier les personnes vivant avec le VIH, or ce traitement est également utilisé comme prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour des personnes fortement exposées au VIH, mais non infectées.

3.3.1. Calcul des taux estimés de diagnostics par personnes dépistées

Les taux estimés de diagnostics d'hépatite par personnes dépistées ont été calculés de la façon suivante, pour la population générale et par région :

- **VHB :** Nombre estimé de personnes ayant bénéficié pour la 1ère fois du remboursement d'un ADN du le VHB (total et par région) lors de l'année x / Nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un AgHBs (total et par région) lors de l'année x.
- **VHC** : Nombre estimé de personnes génotypées et/ou traitées pour le VHC (total et par région) lors de l'année x / Nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un Ac Anti-VHC (total et par région) lors de l'année x.

4. Surveillance de la mortalité : les données du registre des décès

La direction générale statistique belge (Statistics Belgium – Statbel) collecte, produit et diffuse les chiffres sur la société belge, notamment les données de population et de mortalité. Les causes de mortalité sont codées sur base de la dixième révision de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS (CIM-10).[5] Les décès sont classifiés selon la cause de décès (décès « dus à » versus décès « avec »). Les codes utilisés pour identifier les décès « dus à » et « avec » une hépatite B ou C, aiguë ou chronique, sont présentés dans l'annexe III. Les données de ce registre sont exhaustives, mais des biais peuvent toutefois survenir en fonction de la façon dont les médecins puis les régions encodent les certificats de décès. Par ailleurs, elles sont disponibles avec un délai de deux ans minimum ; pour ce rapport, les données nous ont été transmises jusqu'à l'année 2021 incluse.

Les données transmises nous ont permis de suivre le nombre annuel de décès liés aux hépatites B et C (décès « avec ») et de calculer les taux de mortalité spécifique bruts et standardisés pour l'âge. Ces taux ont été calculés en divisant le nombre annuel de décès liés aux hépatites par le nombre d'habitants

[5] Depuis 2023, une onzième révision de cette classification est disponible (CIM-11). En Belgique, la transition entre la CIM-10 et la CIM-11 prendra quelques années et ne sera pas opérationnelle avant 2027 au moins.

(taux brut), éventuellement ajusté en fonction de la distribution par âge d'une population de référence, ici la population belge pour l'année 2015 (taux standardisé pour l'âge). Ces taux ont été calculés à l'échelle nationale et régionale, en utilisant le code postal de résidence de la personne décédée (et non pas le code postal du lieu de décès).

Bien que tous les décès mentionnant l'hépatite C, aiguë ou chronique, dans une des causes de décès aient été inclus[6], et non pas seulement les décès « dus à » une hépatite C, il est possible que certains certificats de décès des suite d'une hépatite C guérie par exemple, ne mentionnent pas l'infection dans ses causes de décès. La mortalité en serait dès lors légèrement sous-estimée.

Pour évaluer la mortalité liée aux HCC, seuls les décès « dus à » ont été analysés, étant donné qu'un HCC suite à une hépatite virale semble être encodé comme « cause initiale » de décès de façon systématique par les régions.

5. Surveillance des hépatites virales B aiguës en région flamande

L'hépatite B aiguë est une maladie à déclaration obligatoire en Flandre depuis 1971, ce qui signifie que tous les cas cliniques doivent être déclarés au service de contrôle des maladies infectieuses de la Communauté flamande. La définition de cas est fournie en annexe IV.

Chaque année, Departement Zorg envoie à Sciensano des informations individuelles sur les maladies à déclaration obligatoire en Flandre. Dans le contexte de l'hépatite B aiguë, les variables comme la date de naissance, le sexe, la date d'infection, le code postal des patients, l'issue, ou encore dernièrement le statut vaccinal ou le mode de contamination probable sont transmises.

Les données étaient disponibles de l'année 2017 à l'année 2023, et seuls les cas probables et confirmés ont été considérés pour ce rapport. La qualité et l'exhaustivité de la notification des cas aux autorités flamandes, ainsi que la possibilité pour ces dernières d'investiguer les notifications reçues (notamment en période de surcharge comme lors de la pandémie de COVID-19) est susceptible d'affecter la validité des résultats présentés.

[6] En effet, un décès des suites d'un HCC sur hépatite C va être codé comme étant « du » à un HCC, et non pas « du » à une hépatite C. Un décès des suites d'une cirrhose hépatique sur hépatite C peut être codé comme étant soit « du » à une cirrhose, soit « du » à une hépatite C. L'approche utilisée permet donc de prendre tous ces décès en considération.

6. Autres

6.1. DONNÉES SUR L'HÉPATOCARCINOME

Les données relatives à l'incidence des HCC en Belgique ont été extraites du Belgian Cancer Registry. Ces données sont disponibles en ligne, et peuvent être désagrégées par an, sexe, âge ou région[7]. Les données présentées sont celles de l'incidence standardisée pour l'âge en utilisant comme population de référence la population standard européenne de 2013.

Les données concernant les décès dus à un HCC ont été extraites du registre des décès, à l'instar de celles sur les décès liés aux hépatites B et C (voir annexe III).

6.2. DONNÉES SUR L'HÉMOVIGILANCE

Les données 2012-2020 relatives au nombre d'infections au VHB et au VHC parmi les donneurs de sang (connus et nouveaux) ont été extraites des rapports d'hémovigilance publiés par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) (22,23). Les données 2021 et 2022 ont été extraites du rapport de la cinquième concertation annuelle sur les critères d'exclusion temporaires et les périodes d'exclusion connexes des donneurs concernant le comportement sexuel, publié par le Service public fédéral santé publique fin 2023 (24). Les données 2023 nous ont été transmises directement par l'AFMPS.

[7] https://kankerregister.org/fr/module-de-donn%C3%A9es

RÉSULTATS

–

1. Hépatite C

1.1. DÉPISTAGE

L'activité de dépistage de l'hépatite C a légèrement augmenté entre 2016 et 2019, années pendant lesquelles les conditions pour accéder au remboursement des traitements par AAD se sont progressivement assouplies[8], avant de connaître une chute en 2020, pendant la pandémie de COVID - 19. Depuis lors, le nombre de tests de détection d'Ac anti-VHC remboursés est en hausse et n'a jamais été aussi élevé en Belgique qu'en 2023. Cette année-là, 799 526 tests ont été remboursés par l'INAMI, dont 449 251 (56 %) chez les femmes. Le nombre de tests a augmenté de 17 % par rapport à l'année 2020. Cette augmentation s'est vue dans les deux sexes, mais était plus marquée chez les hommes (+23 %) que chez les femmes (+13 %). La proportion d'anti-VHC effectués en ambulatoire était de 90,8 % en 2023, par rapport à 88,5 % en 2016.

L'évolution du nombre de tests de détection des anti-VHC remboursés par 1 000 habitants en Belgique et dans les trois régions est représentée dans la figure 1. Les trois régions présentaient une tendance comparable dans le temps. Bruxelles présentait le taux de dépistage le plus élevé, suivie de la Wallonie et de la Flandre. En Belgique, ce taux s'élevait à 68 par 1 000 habitants en 2023, il était respectivement de 134, 86 et 46 à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre. Par rapport à 2020, l'augmentation du taux de dépistage était plus prononcée à Bruxelles (+20%), qu'en Wallonie (+17%) et qu'en Flandre (+11%). Ce taux était cependant comparable à celui de 2019, la dernière année pré-pandémique, avec une petite augmentation à Bruxelles (+4 %), et une petite diminution en Flandre (-4 %).

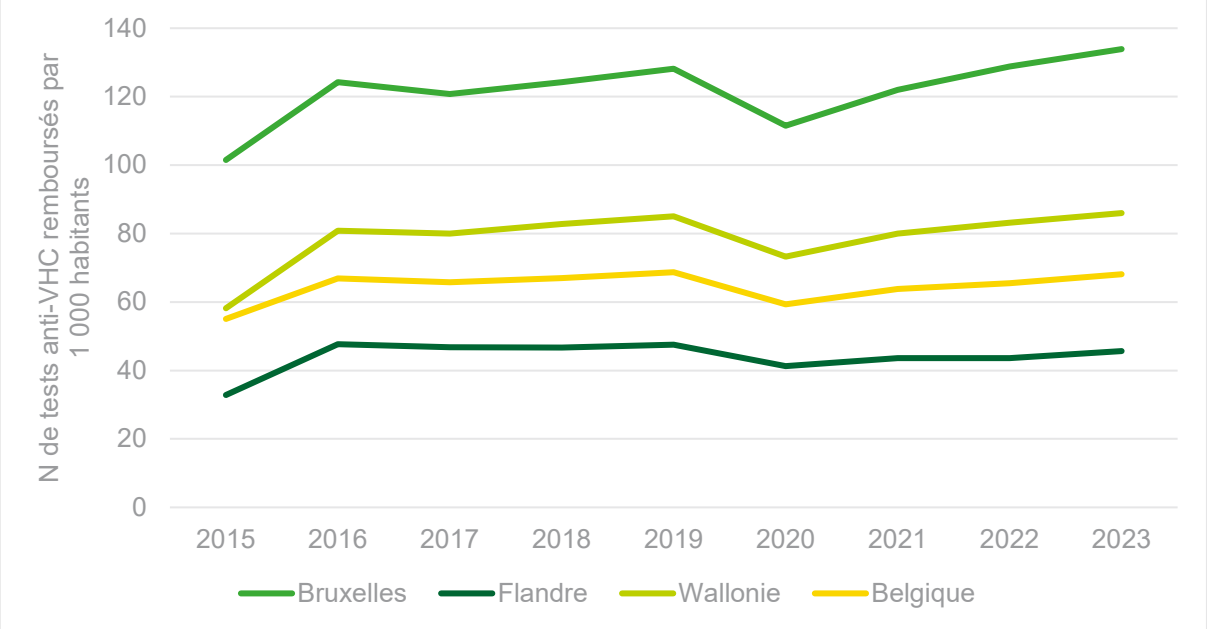


Figure 1 : Évolution du nombre de tests de détection des anticorps anti-VHC remboursés par 1 000 habitants, par région de résidence, Belgique, 2016-2023

[8] Avant le 01 janvier 2017, le remboursement des AAD était restreint aux patients avec un stade de fibrose hépatique avancé (F3-F4) selon la classification METAVIR ou aux patients ayant bénéficié d'une transplantation hépatique ou sur liste d'attente. A partir de cette date, les conditions de remboursement se sont assouplies, pour inclure les patients avec un score de fibrose hépatique F2 ou des patients avec certaines comorbidités à risque de progression de la maladie (transplantation d'organe, maladie extra-hépatique liée au VHC, co-infection avec le VIH ou le VHB, dialyse…). Depuis le 01 janvier 2019, le remboursement des AAD est accessible pour toute personne atteinte d'hépatite C

Le dépistage de l'hépatite C a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Bien que le dépistage de l'hépatite C pendant la grossesse ne soit pas systématiquement recommandé (25), il est fort probable que les cliniciens réalisent le dépistage des hépatites B et C simultanément, saisissant l'opportunité que représente la grossesse en termes de contact avec les soins. En 2023, le taux de dépistage était respectivement de 75 et de 61 par 1 000 chez les femmes et chez les hommes. La figure 2 représente la distribution, par âge et par sexe, des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection des Ac anti-VHC en 2023 en Belgique[9]. Dans les deux sexes, les personnes âgées de 25 à 39 ans étaient les plus dépistées. Le taux de dépistage dans cette tranche d'âge en Belgique s'élevait à 103 par 1 000 habitants chez les hommes, et 187 par 1 000 habitants chez les femmes. Au sein des tranches d'âge plus élevées, les hommes étaient légèrement plus dépistés que les femmes. La proportion de tests remboursés chez les personnes hospitalisées augmentait également avec l'âge.

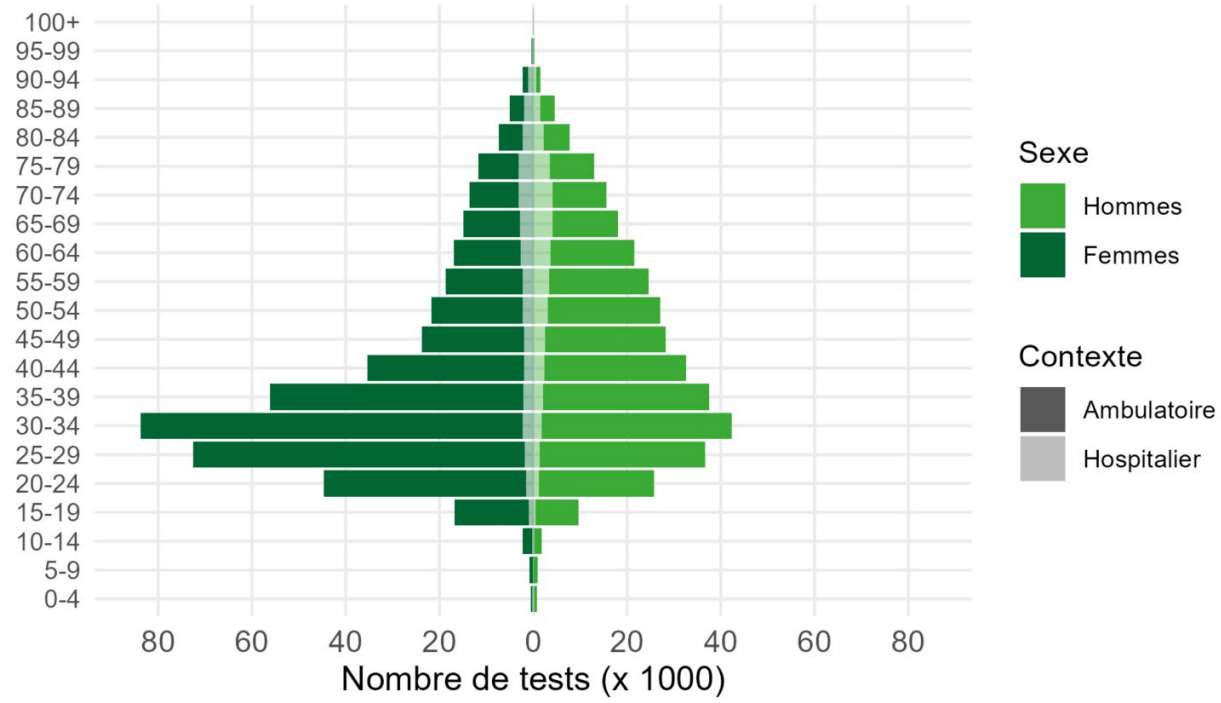


Figure 2 : Distribution des tests de détection des anticorps anti-VHC remboursés par âge, sexe, et contexte de la prestation, Belgique, 2023

L'analyse des données de l'AIM montrait des résultats comparables pour l'année 2022 (dernière année disponible) : 733 549 tests effectués[10] chez approximativement 611 093 personnes, soit 5,3 % de la population belge. Entre 2015 et 2022, l'on estime à 24 % la proportion de la population belge ayant été dépistée pour le VHC au moins une fois. Cette proportion variait par région et s'élevait respectivement à 38 %, 30 % et 18 % à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre.

Les médecins généralistes ont prescrits plus de 46 % des tests de dépistage en 2023, suivis par les gynécologues-obstétriciens (21 %) et les internistes (20 %). Parmi les internistes, les plus grands prescripteurs de ce test étaient par ordre d'importance les internistes généraux, les néphrologues, les gastro-entérologues, et les hématologues.

[9] Si une personne a été testée plusieurs fois sur l'année, elle a également été comptabilisée plusieurs fois.
[10] Ce chiffre est 2,5 % moins élevé que le même chiffre extrait des données INAMI sur les tests effectués en 2022, qui était de 752 540.

1.2. DIAGNOSTICS

1.2.1. Tendance des nouveaux diagnostics d'hépatite C rapportés par les laboratoires sentinelles

Parmi les 11 laboratoires sentinelles stables pour le VHC, un était localisé en Wallonie, un à Bruxelles, et neuf en Flandre. Comme illustré dans la figure 3, le nombre annuel de cas rapportés par ces laboratoires stables diminuait globalement dans le temps, malgré une petite augmentation chez les femmes entre 2021 et 2023. Entre 2016 et 2023, la diminution globale du nombre de nouveaux cas rapportés par ces laboratoires était de 36 %. La majorité des nouveaux diagnostics était faite chez les hommes (65 % entre 2016 et 2023).

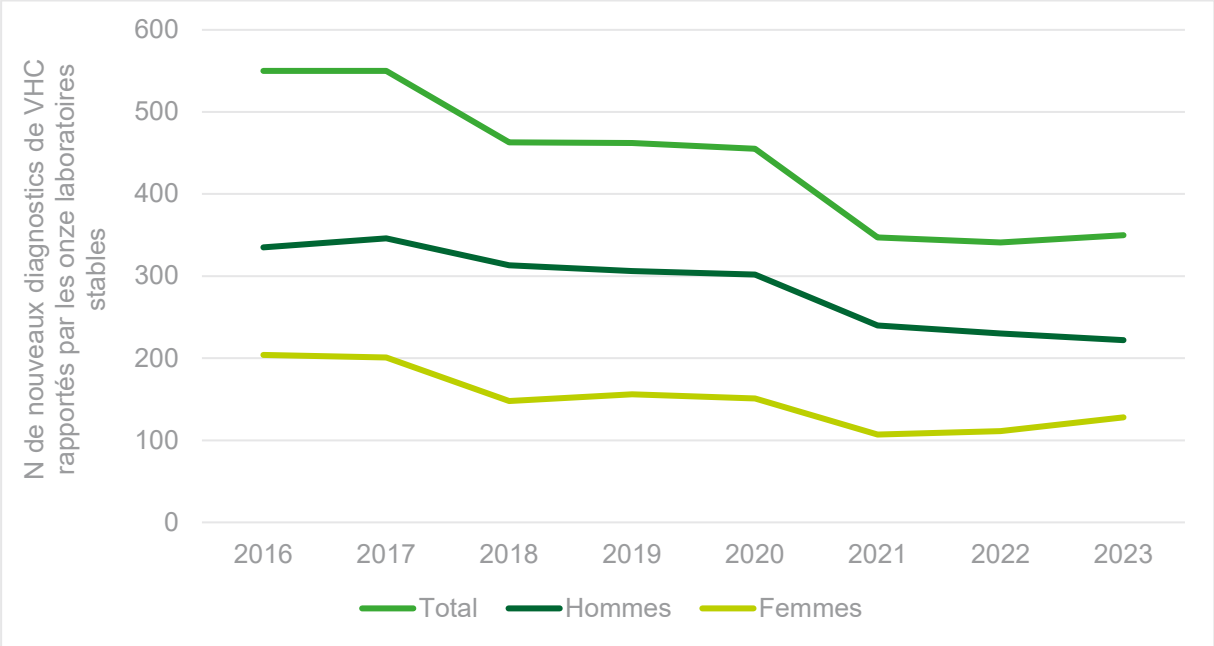


Figure 3 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VHC rapportés par les 11 laboratoires sentinelles « stables », par sexe, Belgique, 2016-2023

Rappelons que la participation des laboratoires étant basse, il est possible que certains de ces « nouveaux diagnostics » d'infection au VHC ne soient en réalité pas nouveaux. Ils ont par exemple pu avoir été diagnostiqués auparavant par un laboratoire ne participant pas au réseau. Il s'agirait alors de cas d'hépatite C chronique active nouvellement suivis dans le laboratoire participant, et non de nouveaux diagnostics. Il est important encore une fois de ne pas s'attarder sur les chiffres absolus présentés, mais bien sur les tendances générales.

1.2.2. Tendance du nombre estimé de diagnostics d'hépatite C sur base des données de l'échantillon permanent

Comme expliqué dans la méthodologie, il est possible de définir dans l'EPS un indicateur des personnes « positives ou ayant été positives pour le VHC », comme toutes les personnes ayant bénéficié du remboursement d'un génotypage et/ou d'un traitement par AAD pour le VHC[11]. Cet indicateur représente cependant une sous-estimation du nombre de diagnostics. Pour rappel, ces chiffres sont estimés sur base d'une extrapolation des données de l'échantillon permanent à la population belge ; ces chiffres étant relativement bas, ces estimations doivent être interprétées avec prudence. Cette définition est considérée comme une bonne estimation des « nouveaux diagnostics » à partir de 2020, un an après l'élargissement de l'accès au traitement pour toute personne infectée, étant donné que toute personne nouvellement diagnostiquée devrait dès lors être traitée sans délai (26). Avant cette année, le génotypage et la mise sous traitement étaient réalisés en fonction de certains critères, chez des personnes parfois infectées de longue date, et ne représentaient de facto pas des « nouveaux diagnostics ». De même, en 2019, la plupart des personnes connues comme étant infectées et n'ayant pas encore pu été traitées ont enfin pu l'être, sans représenter des « nouveaux diagnostics » pour autant.

Entre 2015 et 2022, on estime qu'approximativement 12 725 personnes ont été génotypées et/ou traitées au moins une fois, soit 0,10 % de la population belge. Cette proportion variait par région et s'élevait respectivement à 0,20 %, 0,12 % et 0,07 % à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre. En 2022, le nombre de personnes ayant été génotypées et/ou traitées était estimé à 678 en Belgique. Ce nombre était sous-estimé car les données concernant le génotypage en 2022 n'étaient probablement pas complètes. Aucune de ces personnes n'était âgée de moins de 5 ans[12].

La Figure 4 représente l'incidence estimée, par sexe, des personnes génotypées et/ou traitées entre 2015 et 2022. Cette incidence était estimée à 5,8 par 100 000 habitants en 2022, et était de 5,6 chez les hommes et 6,1 chez les femmes. Elle était pour la première fois plus élevée chez les femmes que les hommes[13]. Entre 2020 et 2022, période la plus représentative des « nouveaux diagnostics », la tendance montrait, comme celle des nouveaux cas rapportés par les laboratoires sentinelles, une diminution dans le temps (-47 %).

[11] En théorie, toute personne génotypée devrait être traitée, et toute personne traitée devrait avoir été génotypée, au vu des critères de remboursement. En pratique, les analyses de l'EPS indiquent que cela n'est pas toujours le cas. Cela est probablement le reflet tant des pratiques des médecins sur le terrain, que de l'entrée et la sortie des individus dans l'échantillon, qui ne permet pas toujours un suivi prolongé dans le temps. Pour cette raison, ces deux critères ont été utilisés pour définir une personne « positive ou ayant été positive pour le VHC ».

[12] Les données de remboursement INAMI, qui sont, elles, exhaustives, montraient également qu'aucun génotypage n'avait été réalisé dans cette tranche d'âge en 2022, ni en 2023 par ailleurs,

[13] Rappelons que le nombre de génotypages pour l'année 2022 était probablement incomplet. Les données de cette année-là seront donc réajustées l'année prochaine avec un possible impact sur les résultats présentés.

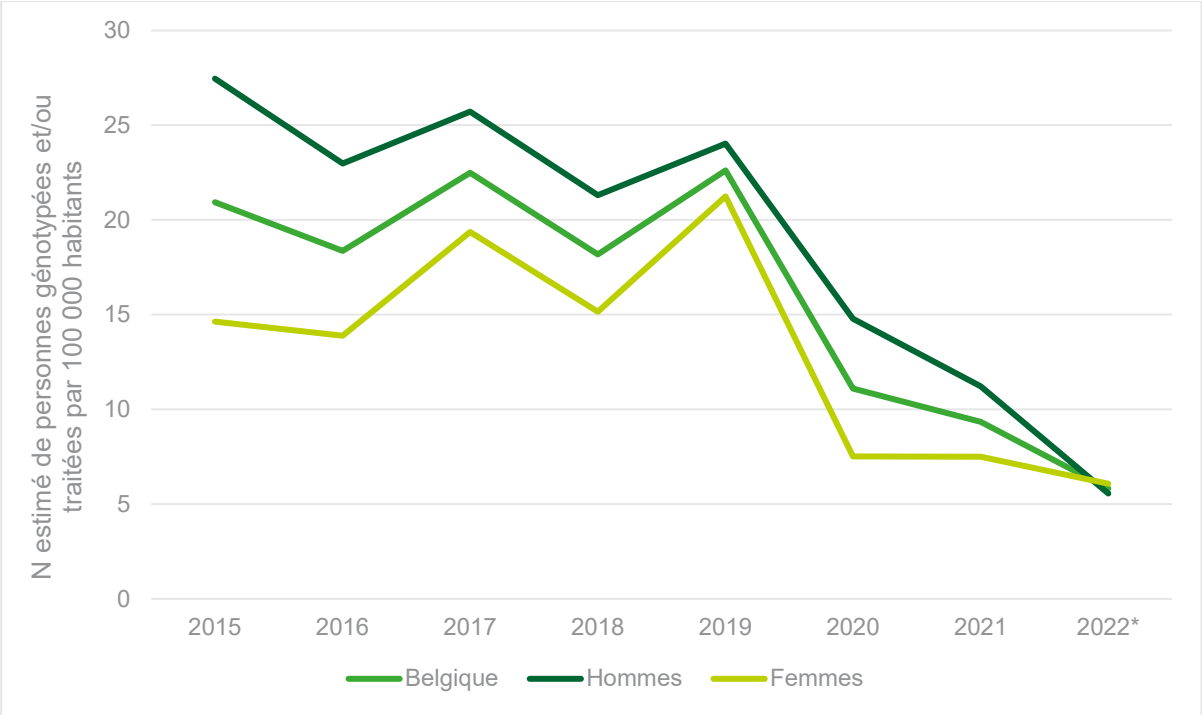


Figure 4 : Évolution du nombre estimé de personnes génotypées et/ou traitées par AAD par 100 000 habitants, par sexe, Belgique, 2015-2022

* *Données de génotypages incomplètes*

Cette même incidence est présentée par région dans la Figure 5. L'incidence des personnes génotypées et/ou traitées par 100 000 habitants était constamment plus élevée à Bruxelles, suivie par la Wallonie et par la Flandre. L'écart entre les régions semblait toutefois beaucoup plus faible à partir de 2020. Dans les trois régions, on notait une diminution de l'incidence très claire depuis 2019, mais également entre 2020 et 2022. Cette diminution était plus marquée à Bruxelles, et ce depuis 2018. En 2022, l'incidence était respectivement de 10,7, 8,9 et 3,6 par 100 000 habitants à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre.

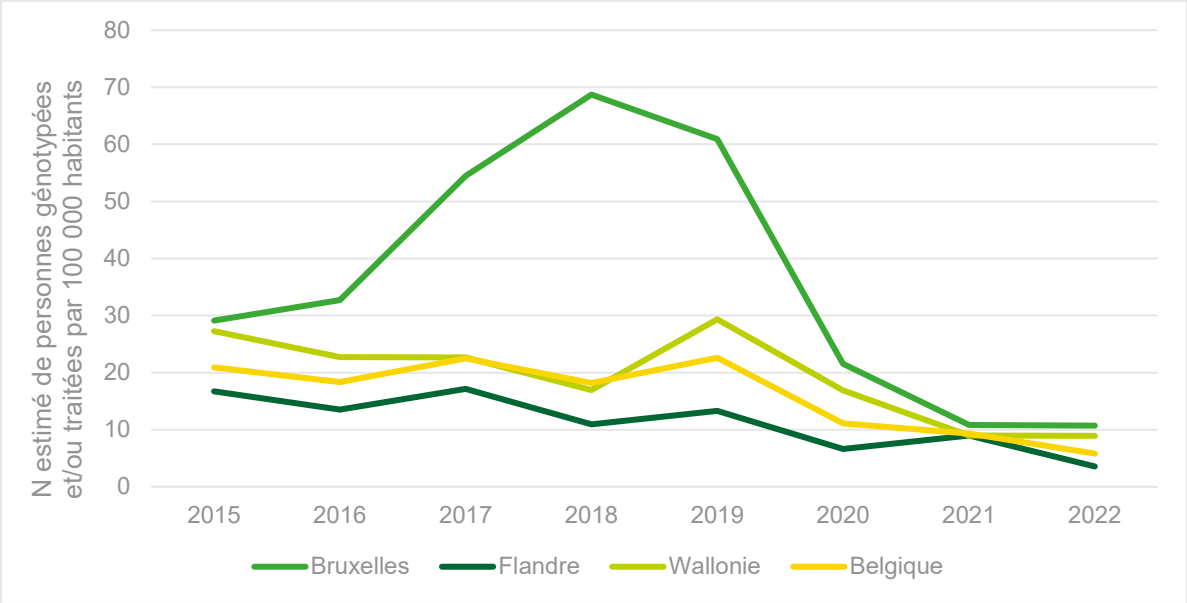


Figure 5 : Évolution du nombre estimé de personnes génotypées et/ou traitées par AAD par 100 000 habitants, par région de résidence, Belgique, 2015-2022

La Figure 6 permet de visualiser en parallèle le nombre de génotypages remboursés (données INAMI) ainsi que le nombre estimé de traitements contre le VHC initiés en Belgique (données AIM). Les deux pics de traitements en 2017 et 2019 reflètent l'élargissement des indications de remboursement des AAD mis en place ces années-là. Entre 2016 et 2019, le nombre plus élevé de génotypages réalisés par rapport aux initiations de traitement suggère une stratégie des cliniciens visant à recruter les patients en vue de l'élargissement des critères de remboursement du traitement. Par la suite, les nombres de génotypages et de traitements ont présenté la même tendance à la baisse.

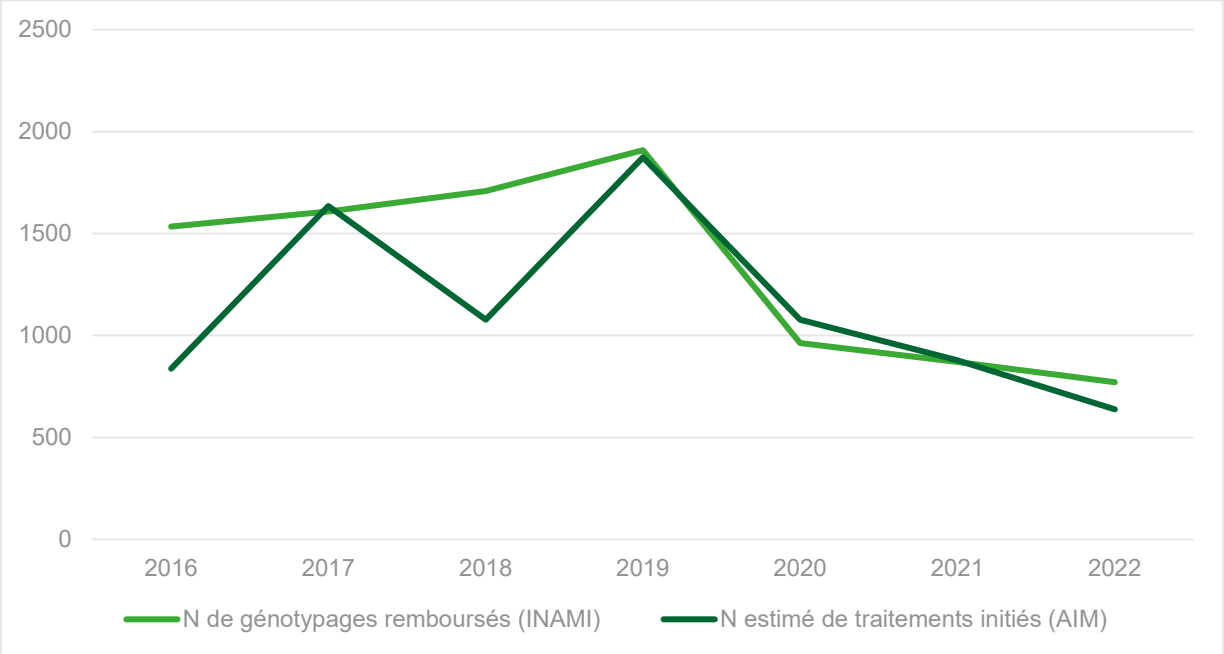


Figure 6 : Évolution annuelle du nombre de génotypages de l'hépatite C remboursés (données INAMI) et du nombre estimé de traitements initiés (données AIM), Belgique, 2016-2022

1.2.3. Taux des nouveaux diagnostics d'hépatite C rapportés par les laboratoires sentinelles par tests de détection des anti-VHC remboursés

Le taux de nouveaux diagnostics par tests de dépistage calculé pour les laboratoires sentinelles stables montrait globalement une tendance décroissante entre 2016 et 2023, légèrement plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. On observait toutefois une petite augmentation en 2020, année pendant laquelle le dépistage avait légèrement diminué en raison de la pandémie. Ce taux était toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ces dernières sont effectivement moins touchées par l'hépatite C, et elles sont également plus dépistées, comme décrit ci-dessus. En 2023, ce taux s'élevait à 0,31 % pour les 11 laboratoires sentinelles stables. Dans ces laboratoires, approximativement 0.42 % des tests de détection des anti-VHC étaient positifs chez les hommes, et 0,22 % chez les femmes.

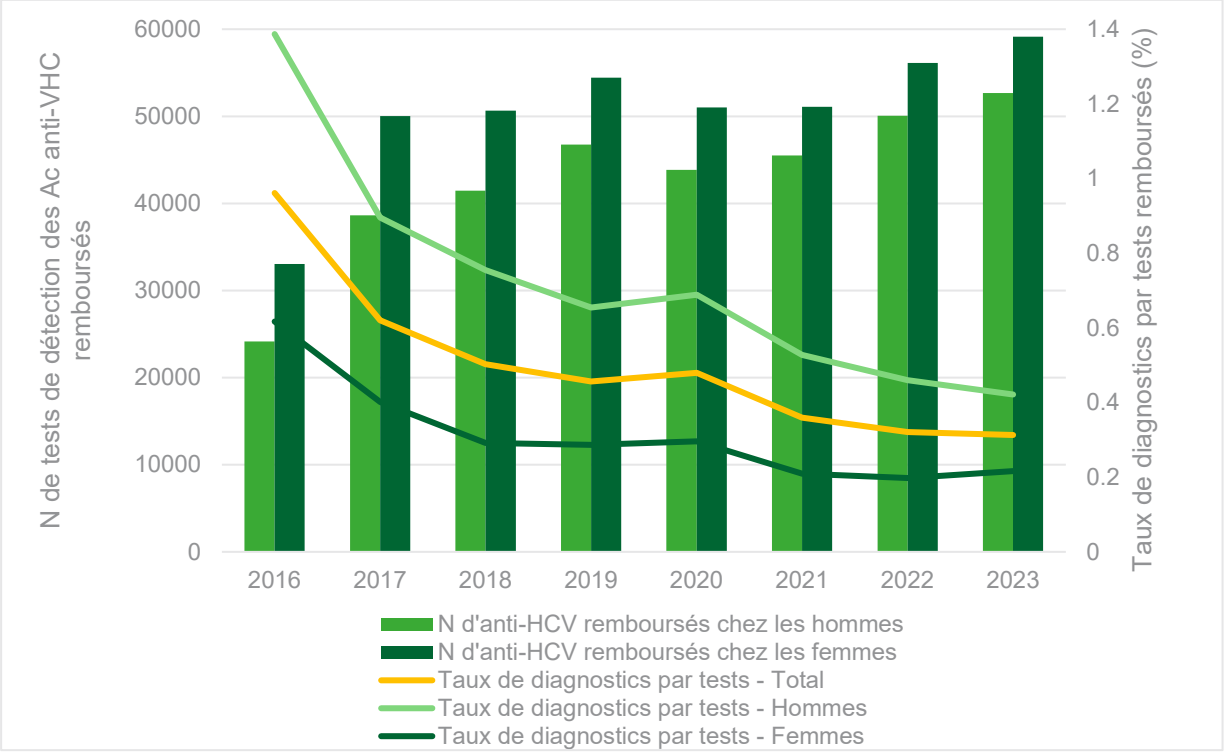


Figure 7 : Évolution du nombre de tests de détection des anticorps anti-VHC remboursés et du taux de nouveaux diagnostics d'hépatite C par tests remboursés, par sexe, Belgique, 2016-2023

1.2.4. Taux des diagnostics d'hépatite C estimés sur base des données de l'échantillon permanent par personnes ayant bénéficié d'un test de détection des anti-VHC

Les données de l'EPS permettent d'estimer le taux de personnes génotypées et/ou traitées par personnes dépistées. Sur les années 2020-2022, plus représentatives des « nouveaux diagnostics », ce taux montrait à l'échelle de la Belgique une diminution constante, et était en moyenne de 0,17 %.

Les taux estimés de personnes génotypées et/ou traitées par personnes dépistées sont présentés dans la figure 8 par région. Dans les trois régions, ces taux diminuaient par rapport à 2019, essentiellement à Bruxelles. Ces résultats suggèrent une diminution réelle du nombre de nouveaux diagnostics de VHC. Entre 2017 et 2019, le nombre de diagnostics de VHC par personnes dépistées était plus élevé à Bruxelles que dans les deux autres régions, mais cette tendance s'est inversée en 2020. Entre 2020 et 2022, les taux moyens étaient respectivement de 0,14 %, 0,18 % et 0,18 % à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie.

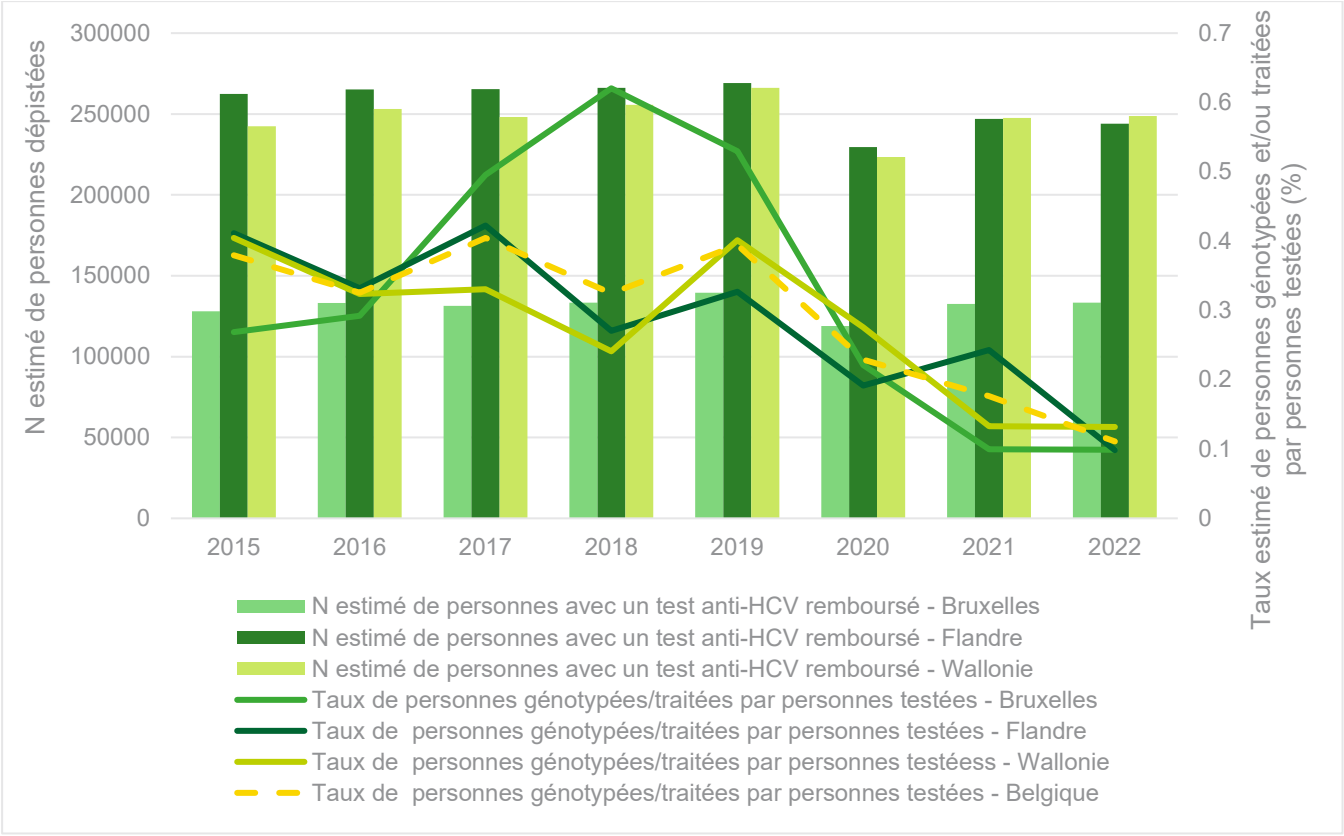


Figure 8 : Evolution du nombre estimé de personnes avec un test de détection des anticorps anti-VHC remboursé et du taux de personnes génotypées et/ou traitées par personnes dépistées, par région de résidence, 2015-2022

1.2.5. Caractéristiques socio-démographiques des personnes avec un nouveau diagnostic d'hépatite C

En 2023, 17 laboratoires sentinelles ont rapporté 471 nouveaux diagnostics d'hépatite C. Douze de ces laboratoires étaient situés en région flamande, trois étaient localisés en région wallonne, et deux en région de Bruxelles-Capitale.

Sur ces 471 diagnostics, 394 (84 %) concernaient un premier diagnostic (tel que défini par les critères décrits dans la section « méthodologie »), 60 (13 %) un deuxième diagnostic, 16 (3 %) un troisième diagnostic, et un quatrième diagnostic avait également été rapporté.

L'âge moyen au diagnostic d'hépatite C était de 50 ans, ce qui était comparable aux années précédentes. Les femmes étaient en moyenne diagnostiquées à un âge plus avancé (53 ans) que les hommes (48 ans). Un nouveau diagnostic avait été réalisé chez un enfant âgé de deux ans, et six chez des personnes de 85 ans ou plus. Près de 50 % des personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 étaient âgées de 40 à 59 ans. Les tranches d'âge les plus affectées étaient les 45-54 ans chez les hommes, et les 50-59 ans chez les femmes. Soixante % des cas diagnostiqués étaient des hommes en 2023, ce qui était moins que les années précédentes (67 % en moyenne sur les cinq années précédentes). La distribution par âge et par sexe des nouveaux diagnostics est présentée dans la figure 9.

Le pays où la contamination avait probablement eu lieu n'était connu que pour 40 personnes (8,5 %), qui avaient toutes été contaminées en Belgique. Ces données ne nous donnent cependant pas d'indication quant au pays d'origine des personnes nouvellement diagnostiquées.

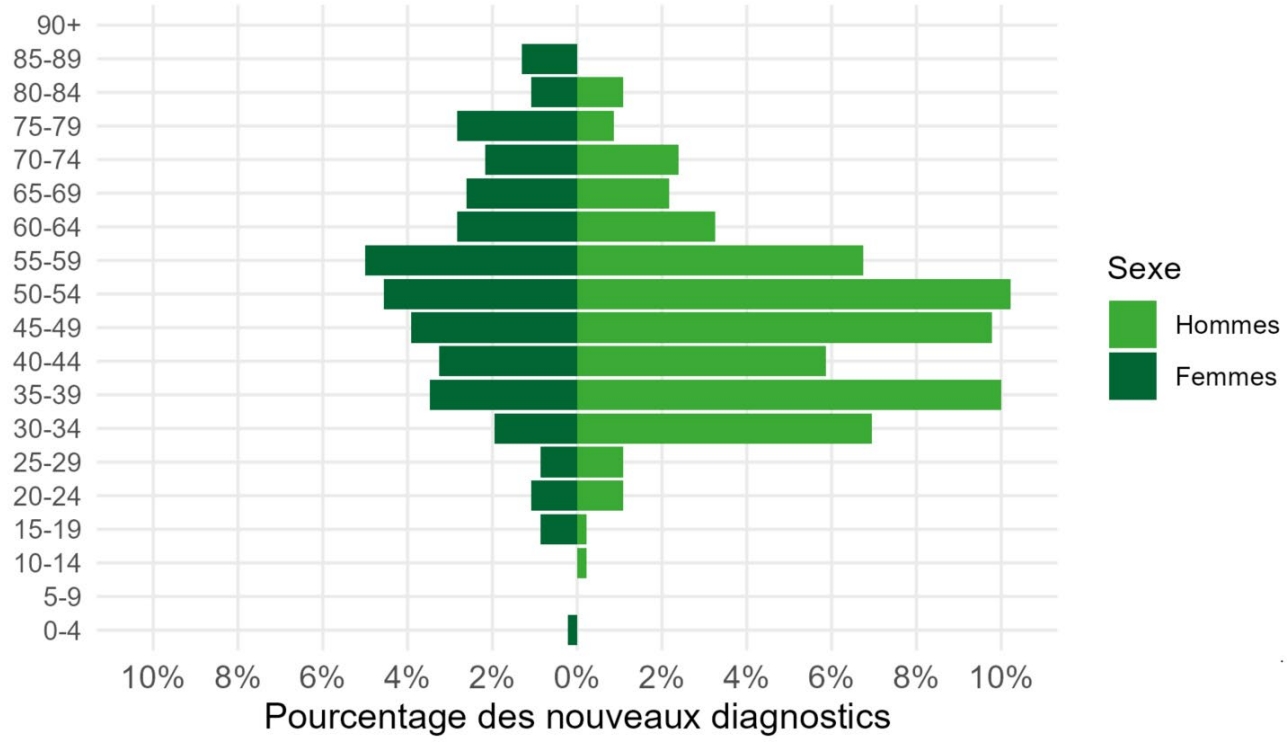


Figure 9 : Distribution par âge et par sexe des nouveaux diagnostics d'hépatite C rapportés par les laboratoires sentinelles participants, Belgique, 2023

1.3. TRAITEMENTS CONTRE LE VHC

Le nombre annuel de personnes chez qui un traitement contre l'hépatite C a été remboursé par 100 000 habitants est représenté dans la figure 10. Les molécules considérées sont décrites dans l'annexe II. Les pics observés en 2017 et en 2019 correspondent aux années où les indications de remboursement des AAD ont été progressivement élargies[14]. En chiffres absolus, l'on estime à 9 294 le nombre de personnes traitées pour une hépatite C en Belgique entre 2015 et 2022. Ce nombre était estimé à 1 874 en 2019 et est descendu de manière constante depuis lors pour atteindre 638 en 2022. Par rapport à leurs populations respectives, Bruxelles était la région où le plus de traitements étaient initiés, suivie par la Wallonie, puis par la Flandre.

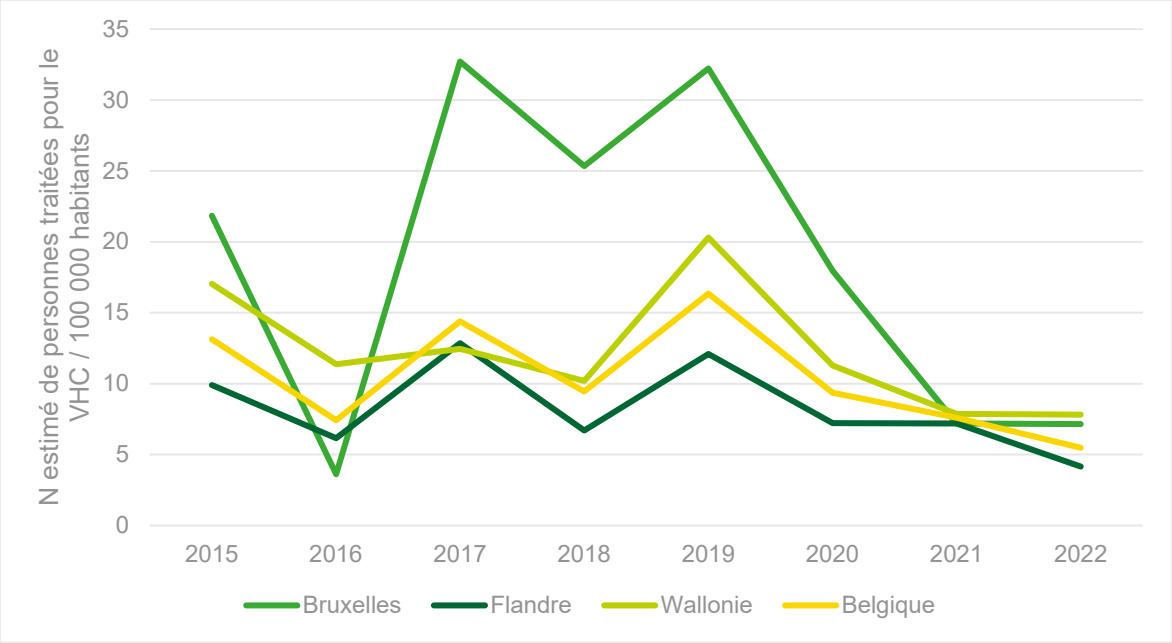


Figure 10 : Évolution du nombre estimé de personnes traitées par AAD par 100 000 habitants, par région de résidence, Belgique, 2016-2022

[14] Avant le 01 janvier 2017, le remboursement des AAD était restreint aux patients avec un stade de fibrose hépatique avancé (F3-F4) selon la classification METAVIR ou aux patients ayant bénéficié d'une transplantation hépatique ou sur liste d'attente. A partir de cette date, les conditions de remboursement se sont assouplies, pour inclure les patients avec un score de fibrose hépatique F2 ou des patients avec certaines comorbidités à risque de progression de la maladie (transplantation d'organe, maladie extra-hépatique liée au VHC, co-infection avec le VIH ou le VHB, dialyse…). Depuis le 01 janvier 2019, le remboursement des AAD est accessible pour toute personne atteinte d'hépatite C

1.3.1. Types de prescripteurs

Les gastro-entérologues étaient les plus grands prescripteurs de traitements, ils étaient suivis en 2022 par les internistes et les médecins généralistes. En effet, au vu des critères de remboursement, les généralistes ne sont pas habilités à prescrire la première prescription d'AAD chez une personne infectée par le VHC, mais peuvent toutefois renouveler des prescriptions. Ce pattern est comparable à celui des tests de génotypage du VHC qui étaient en 2023 en majorité prescrits par les gastro-entérologues (61 %), suivi par les généralistes (20 %), et par les internistes (13 %).

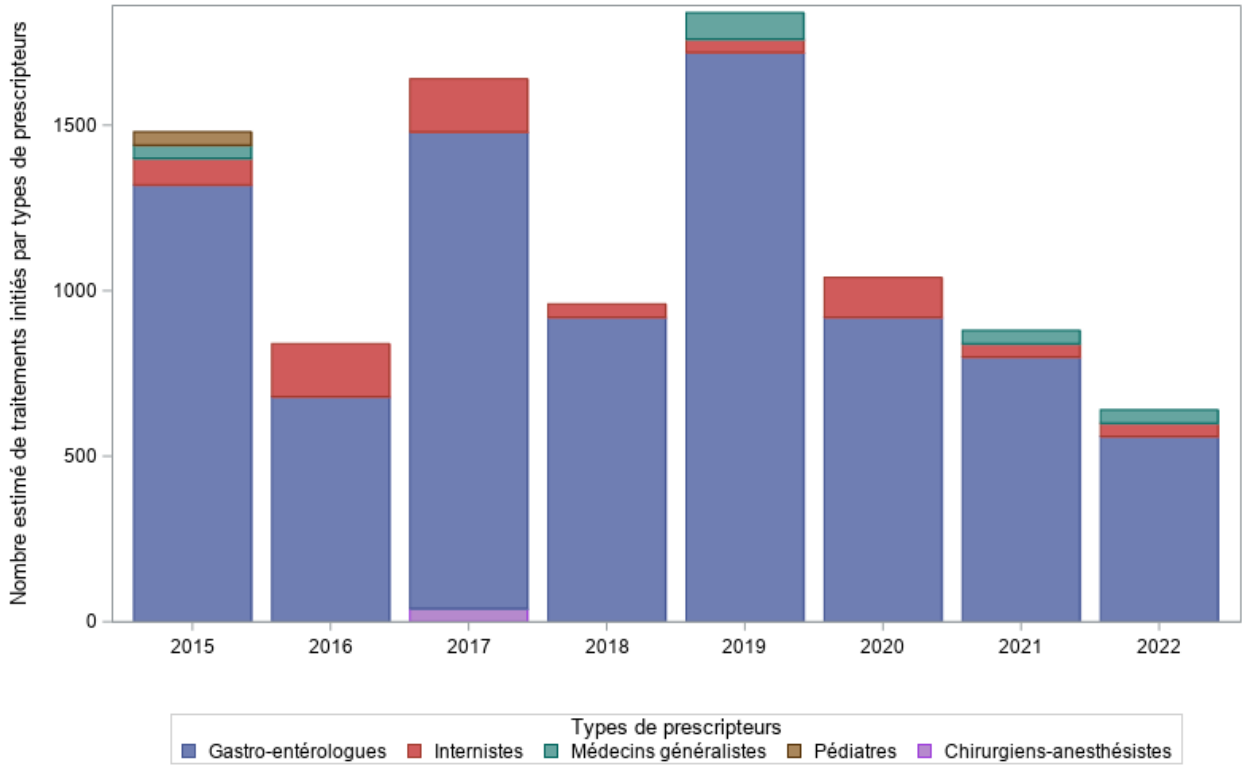


Figure 11 : Distribution par types de prescripteurs du nombre estimé de traitements par AAD initiés par année, Belgique, 2015-2022

1.3.2. Types de traitements remboursés

De façon générale, l'Epclusa® (Sofosbuvir - Velpatasvir) et le Maviret® (Glécaprévir - Pibrentasvir) étaient les molécules les plus remboursées ces dernières années, suivies par le Zepatier® (Elbasvir - Grazoprévir).

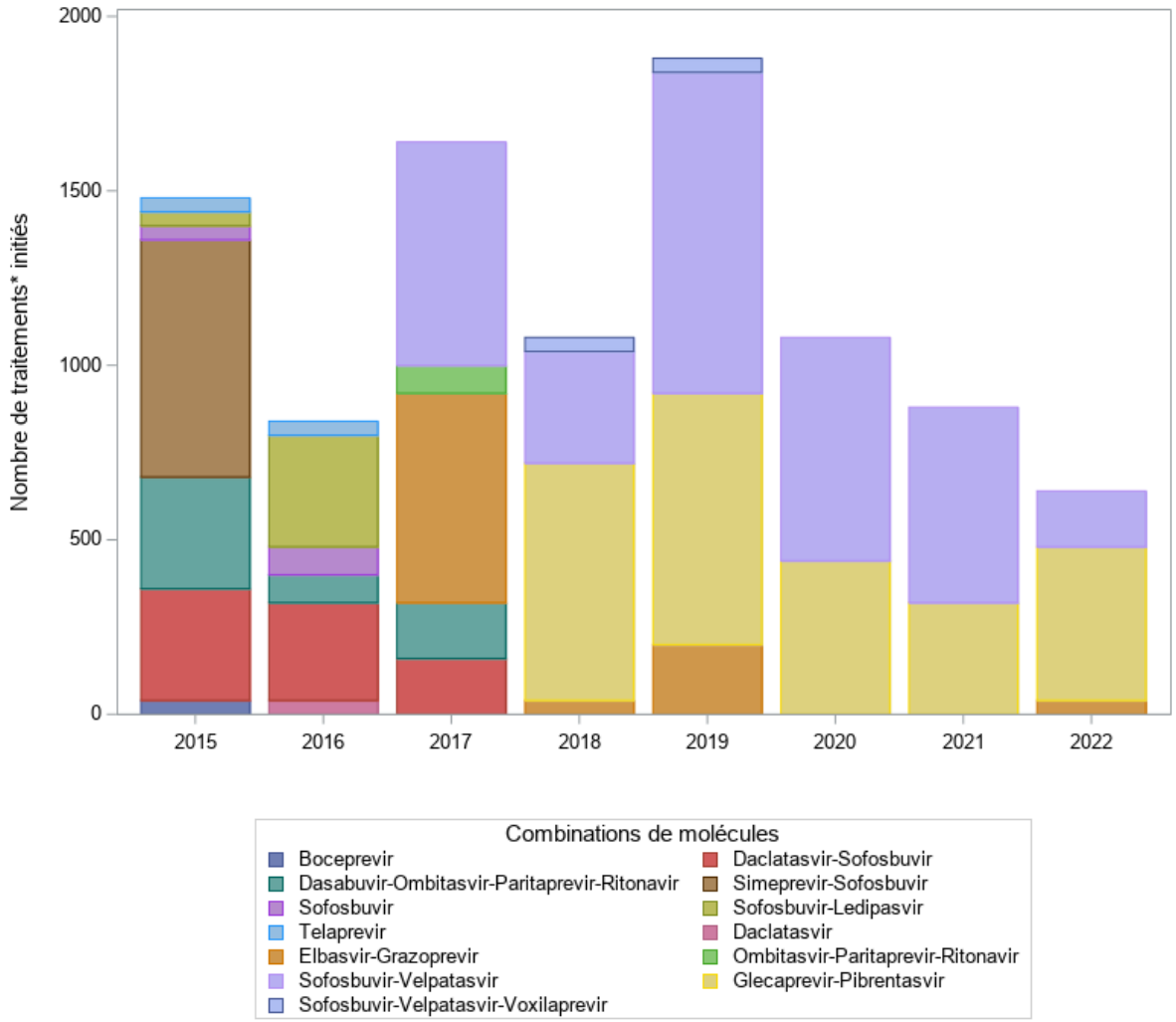


Figure 12 : Distribution du nombre estimé de traitements par AAD initiés par combinaisons de molécules par an, Belgique, 2015-2022

** Traitement = combinaison de molécules initiées par personne par an (certaines molécules peuvent ne pas avoir été initiées en même temps).*

1.3.3. Suivi des personnes traitées

L'analyse des personnes présentes de façon continue dans l'échantillon permanent entre 2015 et 2022 montrait que 96 % des personnes traitées pour une hépatite C avaient bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'ARN du VHC au moins 12 semaines après la date présumée de fin de traitement, ce qui correspondait probablement à la recherche d'une réponse virologique soutenue. Par ailleurs, 5 % avaient été traitées une deuxième fois.

1.4. COMPLICATIONS

1.4.1. Mortalité

En 2021, 108 décès pour lesquels une hépatite C chronique ou aiguë était rapportée dans les causes de décès ont été rapportés en Belgique, dont 51 (47 %) en Wallonie, 33 (31 %) en Flandre et 24 (22 %) à Bruxelles. L'hépatite C chronique était rapportée dans la majorité de ces décès (69 %), tandis que les 31 % restant faisaient mention d'une hépatite C aiguë. Plus de la moitié de ces décès concernaient des hommes (55 %). Les tranches d'âge les plus affectées étaient les 60-79 ans (38 %), suivis par les plus de 80 ans (34 %). Les taux de mortalité standardisés pour l'âge par 1 000 000 habitants sont représentés dans la figure 13. En Belgique, ce taux était de 9,1 en 2021. La mortalité a baissé dans les trois régions entre 2012 et 2021, à hauteur de 36 % à l'échelle de la Belgique.

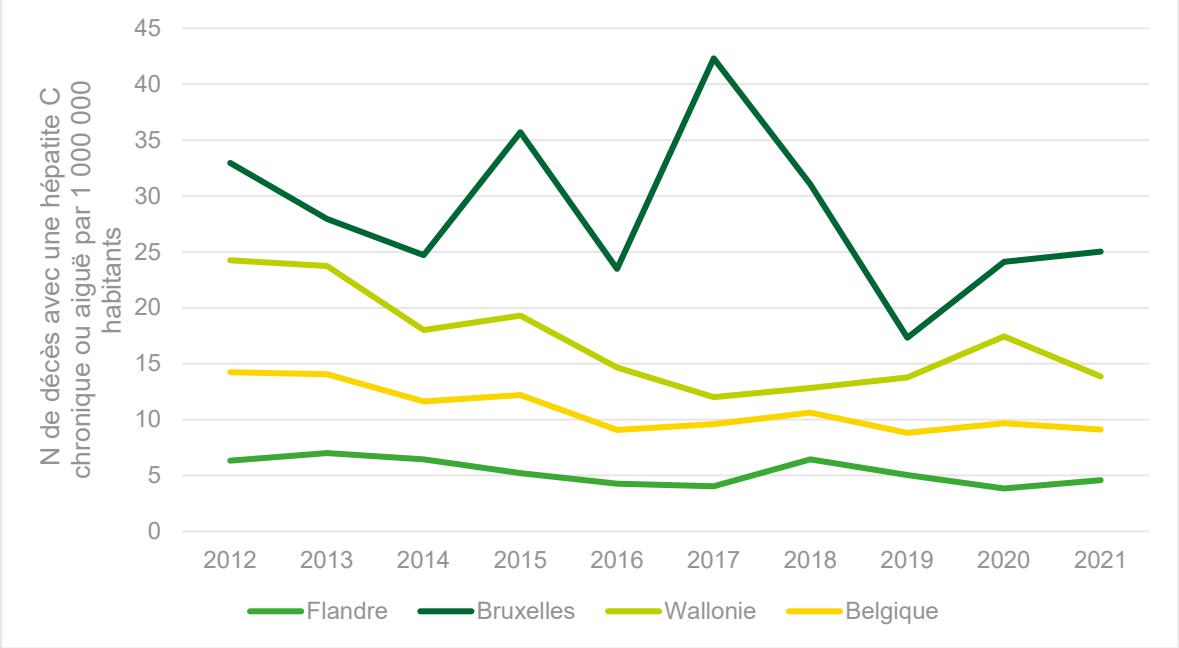


Figure 13 : Taux de mortalité liée à l'hépatite C chronique ou aiguë, standardisés selon l'âge, par région de résidence, Belgique, 2012-2021.

1.4.2. Hépatocarcinome

1.4.2.1. Incidence des hépatocarcinomes

L'hépatocarcinome (HCC) survient généralement suite à une cirrhose hépatique, qui peut elle-même être provoquée par plusieurs causes. Les hépatites B et C en font partie, à côté de la consommation excessive d'alcool et de certains troubles métaboliques comme la stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique ou l'hématochromatose. Dans le monde, les hépatites B et C sont la première cause d'HCC, mais l'on observe progressivement un changement dans l'épidémiologie de ce cancer, avec une augmentation des causes non-virales (27,28), y compris en Belgique (29).

Les données du registre du cancer indiquent une augmentation de l'incidence standardisée pour l'âge[15] des HCC en Belgique par rapport à 2012 (+18 %). Cette augmentation s'observait plus chez les hommes (+22 %) que chez les femmes (+6 %), et plus en Wallonie (+27 %) qu'en Flandre (+18 %) et qu'à Bruxelles (-1 %). Les nombres de cas suivaient les mêmes tendances, avec 840 cas d'HCC diagnostiqués en Belgique en 2022, dont 671 chez les hommes (80 %) et 631 chez les plus de 65 ans (75 %). La majorité de ces cas étaient diagnostiqués en Flandre (49 %), suivie par la Wallonie (41 %) et enfin par Bruxelles. Cependant, par rapport à leur population respective, l'incidence des HCC était généralement plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles et qu'en Flandre (figure 14).

[15] Standardisation directe utilisant la population européenne standard de 2013.

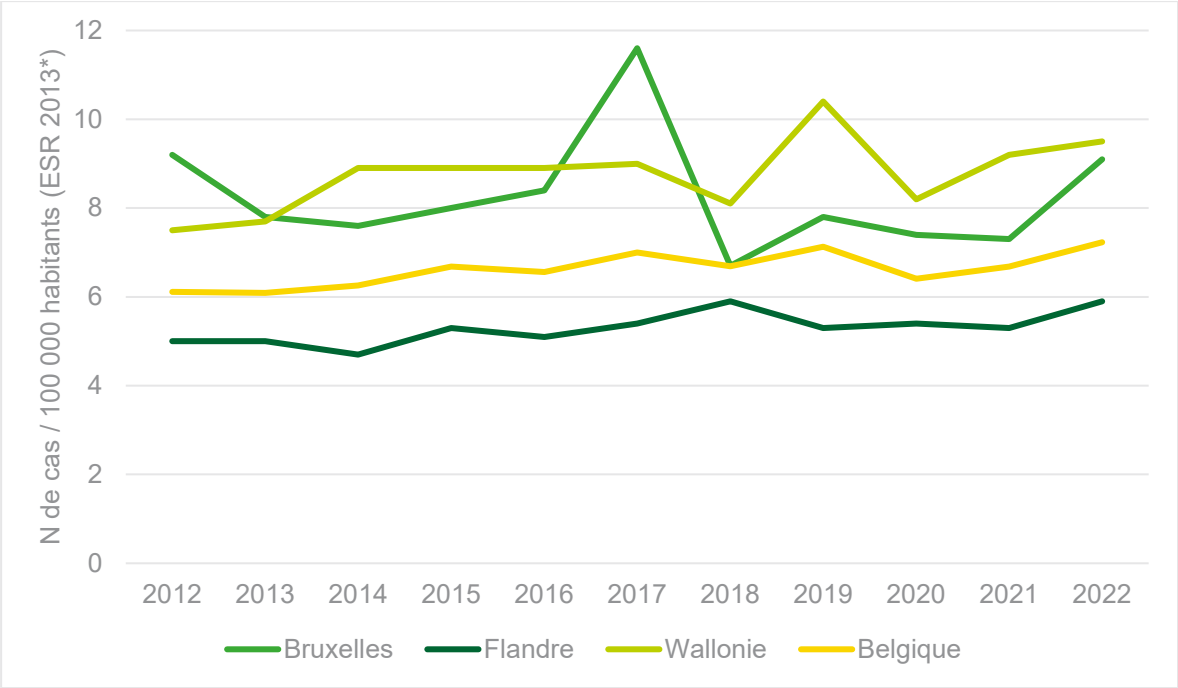


Figure 14 : Incidence des hépatocarcinomes par an, par région, Belgique, 2012-2022

** European standardised rate*

1.4.2.2. Mortalité due aux hépatocarcinomes

Les données du registre des décès nous indiquent qu'en 2021, 335 décès étaient dus à un HCC. Le taux de mortalité brute due à un HCC était de 2,9 pour 100 000 habitants en 2021 en Belgique, et était en légère diminution par rapport à 2017. Comme pour l'incidence des HCC, la mortalité était presque toujours plus élevée en Wallonie, qu'à Bruxelles ou qu'en Flandre.

Parmi les 335 décès dus à un HCC, 16 (4,8 %) décès mentionnaient comme cause associée une hépatite C, et 5 (1,5 %) une hépatite B. Sur les 108 décès avec une hépatite C en 2021, 14.8 % (16/108) au moins seraient donc dus à un HCC. De la même façon, sur les 32 décès avec une hépatite B en 2021, 15,6 % (5/32) seraient donc dus à un HCC.

La proportion de décès dus à un HCC et en présence d'une hépatite B ou C (soit 6,3 %) par rapport à tous les décès dus à un HCC diminuait avec le temps ; elle s'élevait à 11,6 % en 2011 et 21,2% en 2001.

1.5. AUTRES

1.5.1. Sécurité transfusionnelle

En 2023, 285 052 donneurs, dont 47 050 (16,5 %) nouveaux donneurs, ont fourni un total de 620 235 dons. Au total, 15 donneurs de sang ont eu une sérologie anti-VHC positive en 2023, dont 3 avec une infection active confirmée par réaction de polymérase en chaîne (PCR), soit 0,5 pour 100 000 dons et 1,1 pour 100 000 donneurs. La prévalence de l'hépatite C active par 100 000 nouveaux donneurs s'élevait à 6,4, tandis que l'incidence de l'infection parmi les donneurs connus était nulle en 2023. Alors que la prévalence d'une sérologie positive parmi les nouveaux donneurs augmentait depuis 2016, celle d'une infection active avait tendance à diminuer depuis 2021, après la pandémie. L'incidence de l'hépatite C parmi les donneurs connus restait elle continuellement basse, voire nulle.

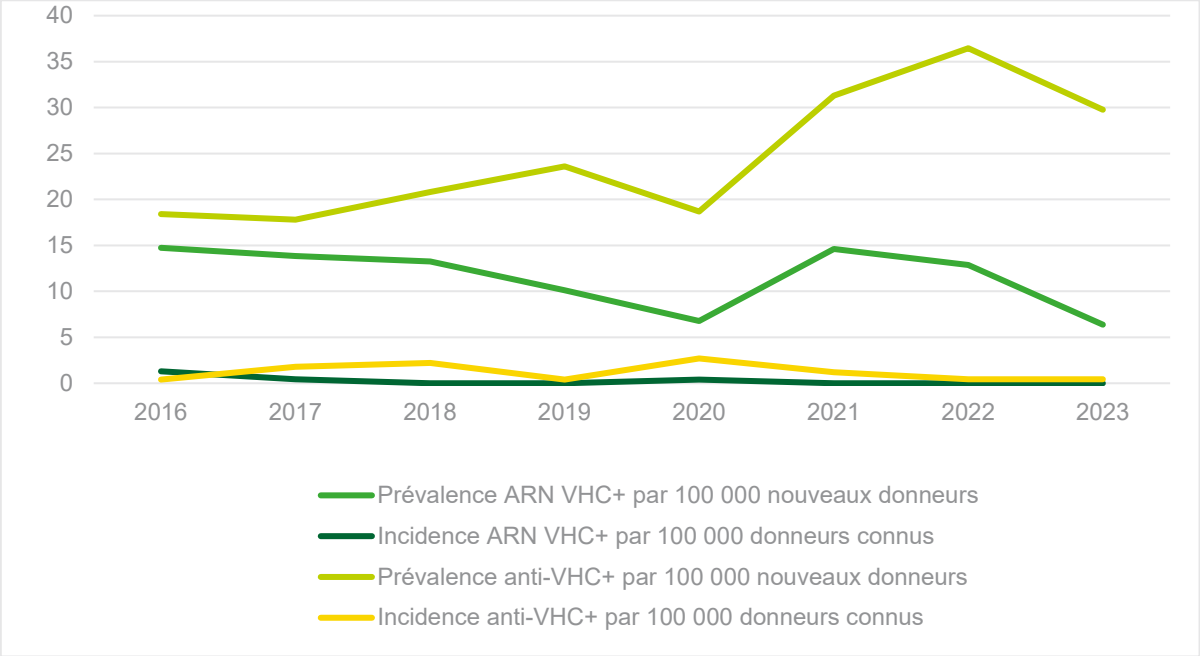


Figure 15 : Évolution de la prévalence et de l'incidence de l'hépatite C parmi les nouveaux donneurs et les donneurs connus, Belgique, 2016-2023

1.5.2. L'hépatite C au sein des populations clé

1.5.2.1. Personnes ayant bénéficié du remboursement d'un TSO

On estime qu'en 2022, 17% des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un TSO au moins une fois ont été dépistées pour le VHC.

Au sein des 12 725 personnes génotypées et/ou traitées entre 2015 et 2022, on estime que 10 % (1 237) ont bénéficié du remboursement d'un TSO au moins une fois pendant cette période. Cette proportion était estimée à 7 % à Bruxelles, 10 % en Flandre et 9 % en Wallonie.

1.5.2.2. Personnes ayant bénéficié du remboursement d'un traitement contre le VIH

On estime qu'en 2022, 69% des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un traitement contre le VIH (thérapeutique ou prophylactique – PrEP –) ont été dépistées pour le VHC.

Au sein des 12 725 personnes génotypées et/ou traitées entre 2015 et 2022, on estime que 8 % (1 038) ont été catégorisées par l'AIM « VIH+ » pendant cette période. Cette proportion était estimée à 11 % à Bruxelles, 11 % en Flandre et 3 % en Wallonie.

2. Hépatite B

2.1. DÉPISTAGE

L'activité de dépistage de l'hépatite B est restée constante entre 2016 et 2019, a baissé en 2020 lors de la pandémie, et a augmenté régulièrement depuis lors pour atteindre en 2023 des niveaux légèrement plus élevés que les niveaux pré-pandémiques. La figure 16 présente l'incidence par 1 000 habitants des trois tests les plus souvent utilisés pour le dépistage de l'hépatite B, c'est-à-dire l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs), l'anticorps anti-HBs et l'anticorps anti-HBc. Les remboursements de ces trois tests suivaient la même tendance.

Le test de détection de l'AgHBs était le test le plus remboursé, suivi par les tests de détection de l'anti-HBs et enfin de l'anti-HBc. Effectivement, l'AgHBs est le test minimum requis pour le dépistage, et il est également utilisé dans le suivi des patients vivant avec une hépatite B chronique ainsi que dans le suivi des patients traités.

En 2023, 762 928 tests de détection de l'AgHBs ont été remboursés, dont 454 486 (60 %) chez les femmes. Le nombre de ces tests a augmenté de 20 % depuis 2020, et de 7 % depuis 2016. L'augmentation depuis 2020 concernait plus les hommes (+26 %) que les femmes (+16 %).

La proportion de tests de détection de l'AgHBs remboursés en ambulatoire était de 90,4 % en 2023 et a augmenté de 3,4 % par rapport à 2016.

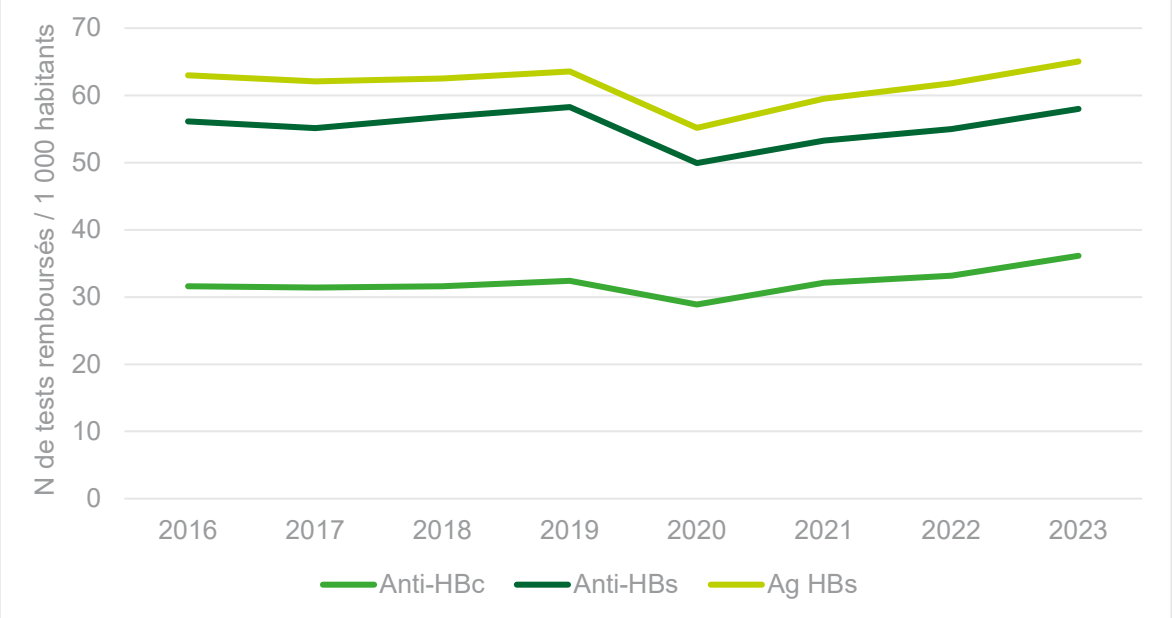


Figure 16 : Évolution du nombre de tests de détection de l'antigène HBs, des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs remboursés par 1 000 habitants, Belgique, 2016-2023

L'incidence du remboursement de l'AgHBs par région, présenté dans la figure 17, montrait une tendance dans le temps comparable pour les trois régions. Comme pour le dépistage de l'hépatite C, cette incidence était continuellement plus élevée à Bruxelles, suivie par la Wallonie puis par la Flandre. Il en allait de même pour le remboursement des anticorps anti-HBs et anti-HBc. En Belgique, le taux d'AgHBs remboursés s'élevait à 65 par 1 000 habitants en 2023, et était respectivement de 118, 82 et 45 en région de Bruxelles-capitale, en Wallonie et en Flandre. Par rapport à 2020, l'augmentation du taux de dépistage était comparable à Bruxelles (+22%) et en Wallonie (+23%) et moins prononcée en Flandre (+13%). Par rapport à 2019, la dernière année pré-pandémique, une augmentation légère était visible à Bruxelles (+5 %) et en Wallonie (+ 6%), mais pas en Flandre (-1 %).

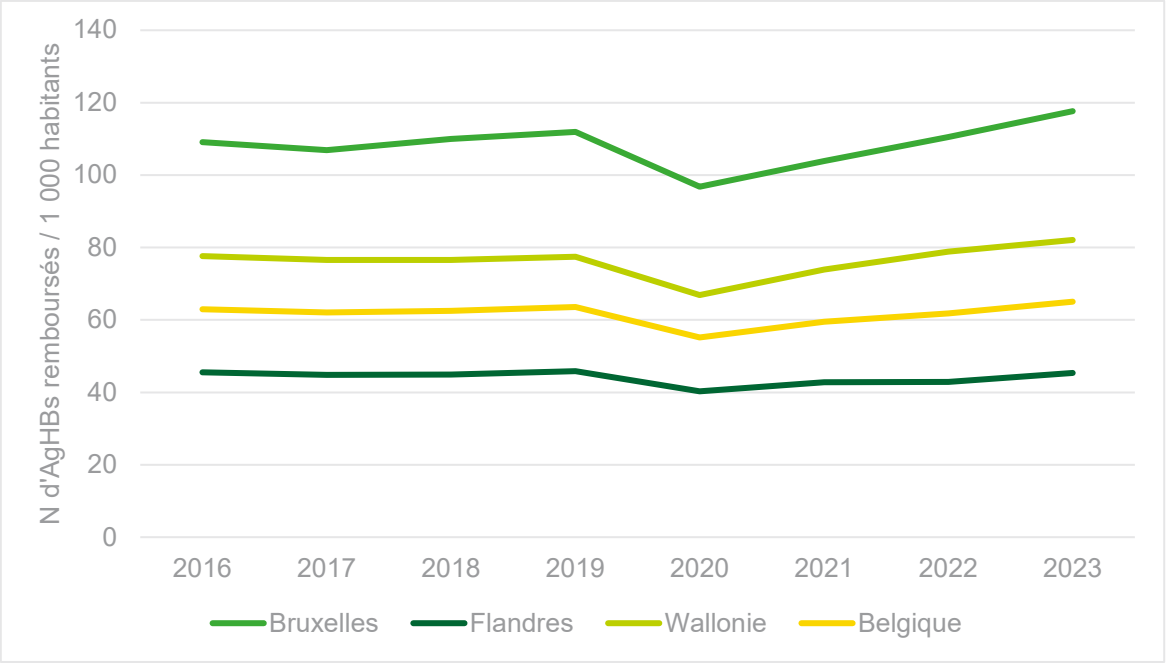


Figure 17 : Évolution du nombre de tests de détection de l'antigène HBs remboursés par 1 000 habitants, par région de résidence, Belgique, 2016-2023

De façon générale, l'activité de dépistage de l'hépatite B a toujours été plus importante chez les femmes que chez les hommes. En effet, la détection de l'AgHBs fait partie des dépistages recommandés chez les femmes enceintes dont le statut immunitaire n'est pas connu (25). En 2023, le nombre de tests AgHBs remboursés était de 76 par 1 000 habitants chez les femmes, et de 53 par 1 000 habitants chez les hommes. La distribution, par âge et par sexe, des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un AgHBs en Belgique est représentée dans la figure 18 pour l'année 2023[16]. Dans les deux sexes, les personnes âgées de 25-39 ans étaient les plus dépistées. Le taux de dépistage dans cette tranche d'âge s'élevait à 86 par 1 000 habitants chez les hommes, et 193 par 1 000 habitants chez les femmes. Parmi les personnes plus âgées, les hommes étaient légèrement plus dépistés que les femmes. La proportion de tests remboursés chez les personnes hospitalisées augmentait également avec l'âge.

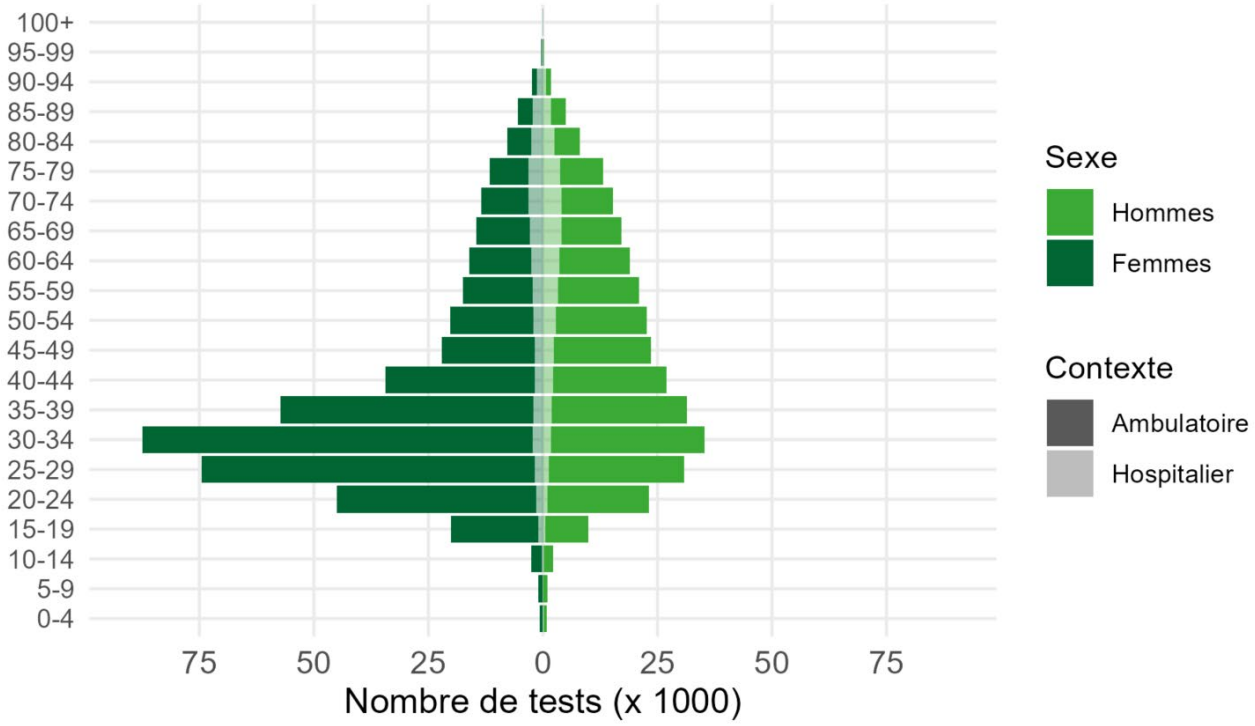


Figure 18 : Distribution par âge, sexe, et contexte de la prestation, des tests de détection de l'AgHBs remboursés en Belgique, 2023

L'extrapolation des données de l'EPS à la population belge pour 2022 montrait des résultats comparables: 687 703 tests de détection de l'AgHBs effectués[17] chez approximativement 580 449 personnes, soit près de 5 % de la population belge. Entre 2015 et 2022, l'on estime à approximativement 23% la proportion de la population belge ayant bénéficié du remboursement du test de détection de l'AgHBs. Cette proportion variait par région et s'élevait respectivement à 35 %, 29 % et 18 % à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre.

Les médecins généralistes ont prescrits plus de 45 % des tests AgHBs en 2023, suivis par les gynécologues-obstétriciens (22 %), et les internistes (22 %). Parmi les internistes, les néphrologues, les gastro-entérologues, les internistes généraux et les hématologues étaient les plus grands prescripteurs de ce test.

[16] Si une personne a été testée plusieurs fois sur l'année, elle a également été comptabilisée plusieurs fois.
[17] Ce chiffre est 3,2 % moins élevé que le même chiffre extrait des données INAMI sur les tests effectués en 2022, qui était de 710 314.

2.2. DIAGNOSTICS

2.2.1. Tendance des nouveaux diagnostics d'hépatite B rapportés par les laboratoires sentinelles

Parmi les 19 laboratoires sentinelles stables, un seul était localisé en Wallonie, trois à Bruxelles, et 15 en Flandre. Comme illustré dans la figure 19, le nombre annuel de cas rapportés par ces laboratoires stables semblait plus ou moins stable dans le temps, avec un léger pic en 2018 et un pic plus important en 2020. Le pic observé en 2020 n'était présent que dans deux laboratoires, rapportant chacun une proportion importante de cas, et pourrait être un artefact lié au rapportage. Les hommes étaient plus touchés que les femmes (55,4 % entre 2016 et 2023).

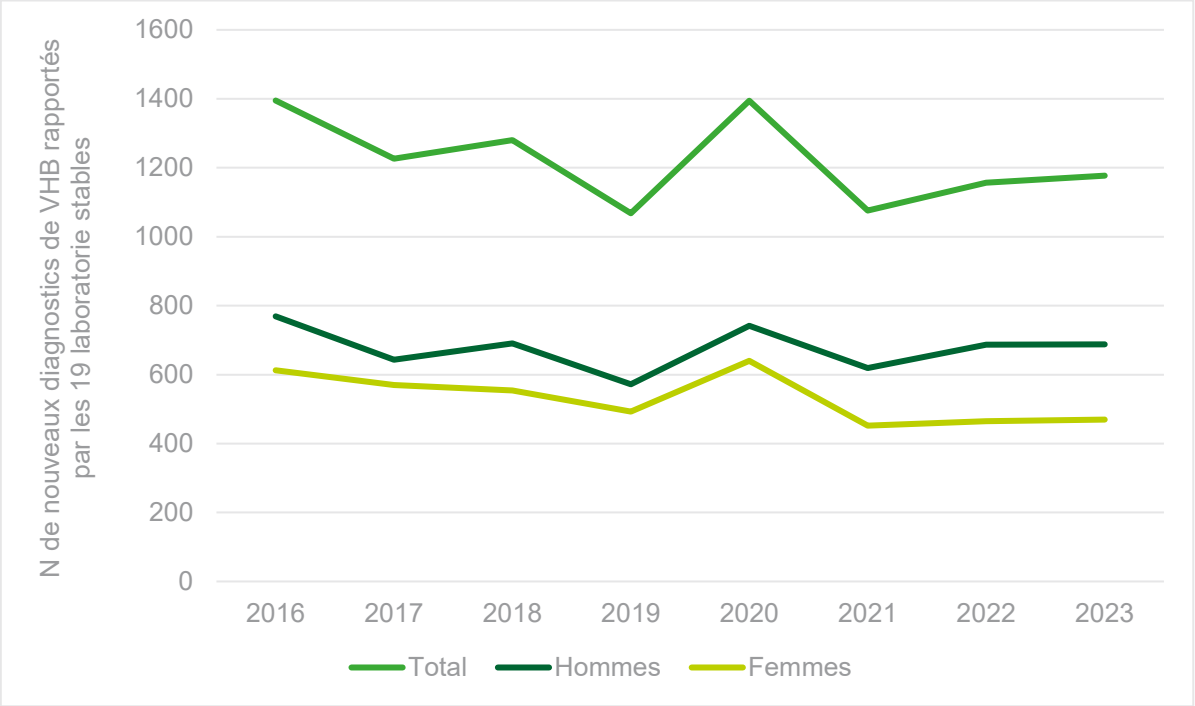


Figure 19 : Évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VHB rapportés par les 19 laboratoires sentinelles « stables », par sexe, Belgique, 2016-2023

Rappelons ici que la participation des laboratoires étant basse, il est possible que certains de ces « nouveaux diagnostics » d'infection au VHB ne soient en réalité pas nouveaux. Ils ont par exemple pu avoir été diagnostiqués auparavant par un laboratoire ne participant pas au réseau. Il s'agirait alors de cas chroniques nouvellement suivis dans le laboratoire participant, et non de nouveaux diagnostics. Il est important donc de ne pas s'attarder sur les chiffres absolus présentés, mais bien sur les tendances générales.

La distribution par groupe d'âge est présentée dans la figure 20. La proportion des cas âgés de 25 à 34 ans rapportés par les laboratoires stables était de 28% en 2016, et a diminué à 22% en 2023, ce qui est cohérent avec les politiques de vaccination en place depuis 1999. De même, les cas âgés de moins de 35 ans représentaient 39 % des cas en 2016, et 31 % en 2023. L'on observe par contre une augmentation de la proportion prise par les 35-44 ans, et une stabilité relative au sein des autres groupes d'âge. Les diagnostics chez les moins de 25 ans sont peu nombreux, mais persistent, surtout chez les 15-24 ans.

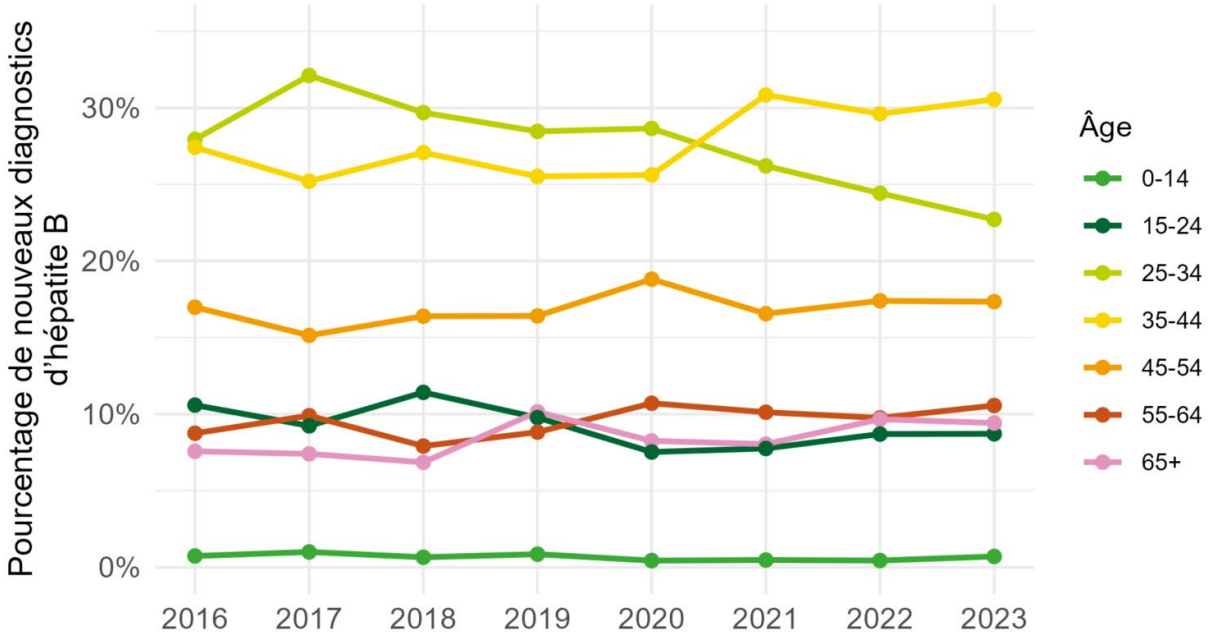


Figure 20 : Distribution par groupes d'âge du nombre de nouveaux diagnostics d'hépatite B rapportés par les 19 laboratoires stables, Belgique, 2016-2023

2.2.2. Tendance des diagnostics d'hépatite B estimés sur base des données de l'échantillon permanent

Comme expliqué dans la méthodologie, il est possible d'identifier dans l'EPS les personnes « positives ou ayant été positives pour le VHB » comme toutes les personnes ayant bénéficié au moins une fois du remboursement d'un test de détection de l'ADN viral du VHB. Pour rappel, ces chiffres sont estimés sur base d'une extrapolation des données de l'échantillon permanent à la population belge ; ces chiffres étant relativement bas, ces estimations doivent être interprétées avec prudence. Rappelons également que le nombre de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un ADN viral pour la première fois reste une sous-estimation du nombre de nouveaux diagnostics.

Entre 2015 et 2022, on estime que 24 374 personnes ont bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'ADN du VHB au moins une fois, soit 0,19 % de la population belge. En 2022, ce nombre était estimé à 8 852 (0,08 % de la population belge), dont 1 915 pour la première fois, ces derniers étant considérés comme des nouveaux diagnostics de VHB. Aucun de ces diagnostics n'avait été réalisé chez des enfants de moins de 5 ans[18]. La figure 21 représente l'incidence estimée, par sexe, des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un ADN du VHB pour la première fois entre 2015 et 2022. Elle était généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La tendance était globalement stable dans le temps, avec un pic en 2018 dans les deux sexes, et une tendance légèrement décroissante depuis lors, pour retrouver en 2022 une incidence comparable à celle de 2017. En 2022, cette incidence était estimée à 16,5 par 100 000 habitants ; elle était de 18,8 chez les hommes et 14,2 chez les femmes. Par rapport à 2018, elle avait baissé de 32 % (- 29 % chez les hommes et - 36% chez les femmes).

[18] Les données de remboursement INAMI, qui sont, elles, exhaustives, montraient également qu'aucun test de détection de l'ADN du VHB n'avait été réalisé dans cette tranche d'âge en 2022, ni en 2023 par ailleurs.

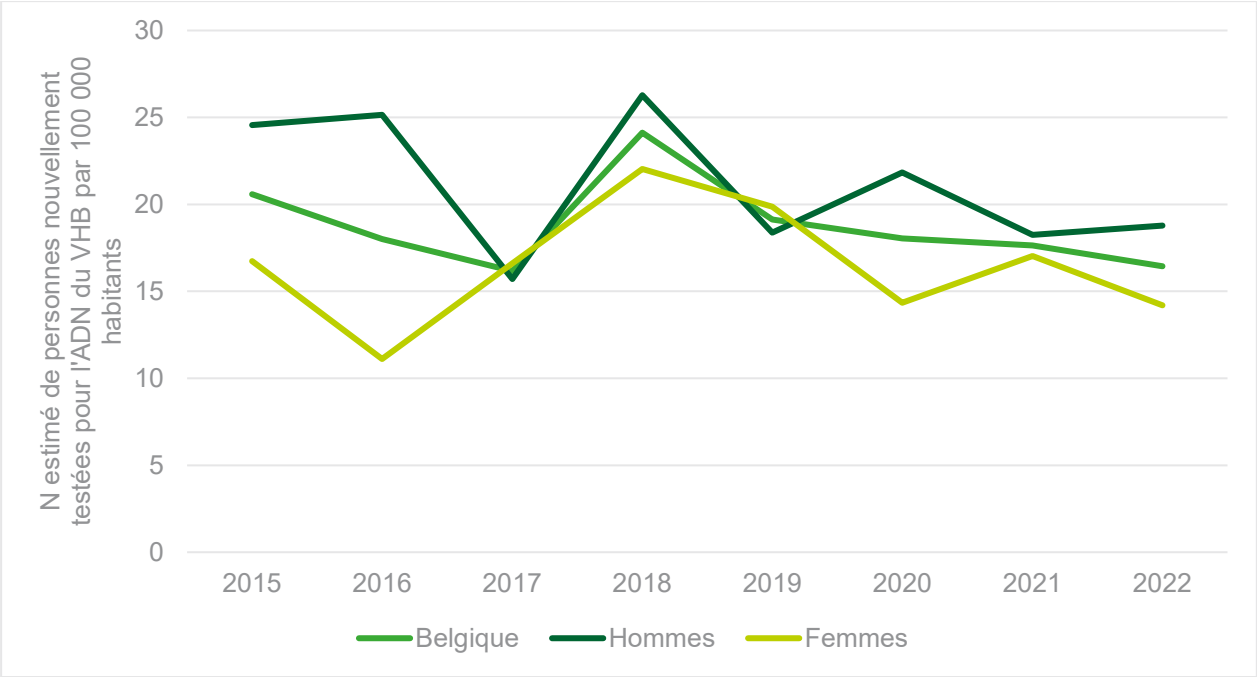


Figure 21 : Évolution de nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection d'ADN du VHB pour la première fois, par 100 000 habitants, par sexe, Belgique, 2015-2022

Cette même incidence présentée par région dans la figure 22. Comme pour le dépistage, l'incidence des personnes ayant nouvellement bénéficié du remboursement d'un ADN viral par 100 000 habitants était constamment plus élevée à Bruxelles, suivie par la Wallonie et par la Flandre. L'écart entre les régions a diminué en 2022, suite à une nette diminution de l'incidence à Bruxelles ces dernières années. En 2022, cette incidence était respectivement de 28,5, 14,5 et 14,8 par 100 000 habitants à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre.

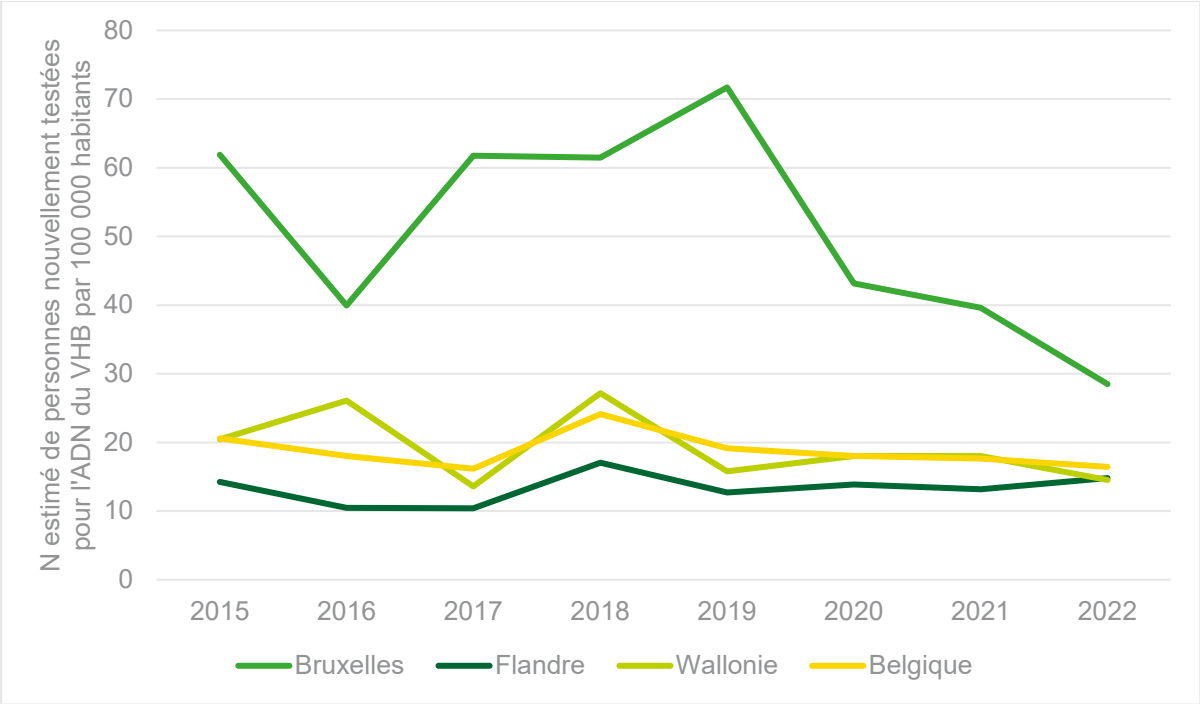


Figure 22 : Évolution du nombre estimé de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'ADN du VHB pour la première fois, par 100 000 habitants par région de résidence, Belgique, 2015-2022

2.2.3. Taux des nouveaux diagnostics d'hépatite B rapportés par les laboratoires sentinelles par tests de détection de l'AgHBs

Le taux de nouveaux diagnostics par tests calculé pour les laboratoires stables a globalement baissé depuis 2016, mais est resté relativement stable entre 2017 et 2023, hormis un pic observé en 2020. Cette année-là, en effet, le dépistage avait diminué en raison de la pandémie de COVID-19, et un nombre plus élevé de cas avait été rapporté (probablement un artefact lié au rapportage de deux laboratoires). Ce taux était constamment plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ces dernières sont effectivement un peu moins touchées par l'hépatite B, et elles sont également plus dépistées, comme décrit ci-dessus. En 2023, ce taux s'élevait à 0,80 % à l'échelle nationale. Il était de 1,14 % chez les hommes, et de 0,54 % chez les femmes.

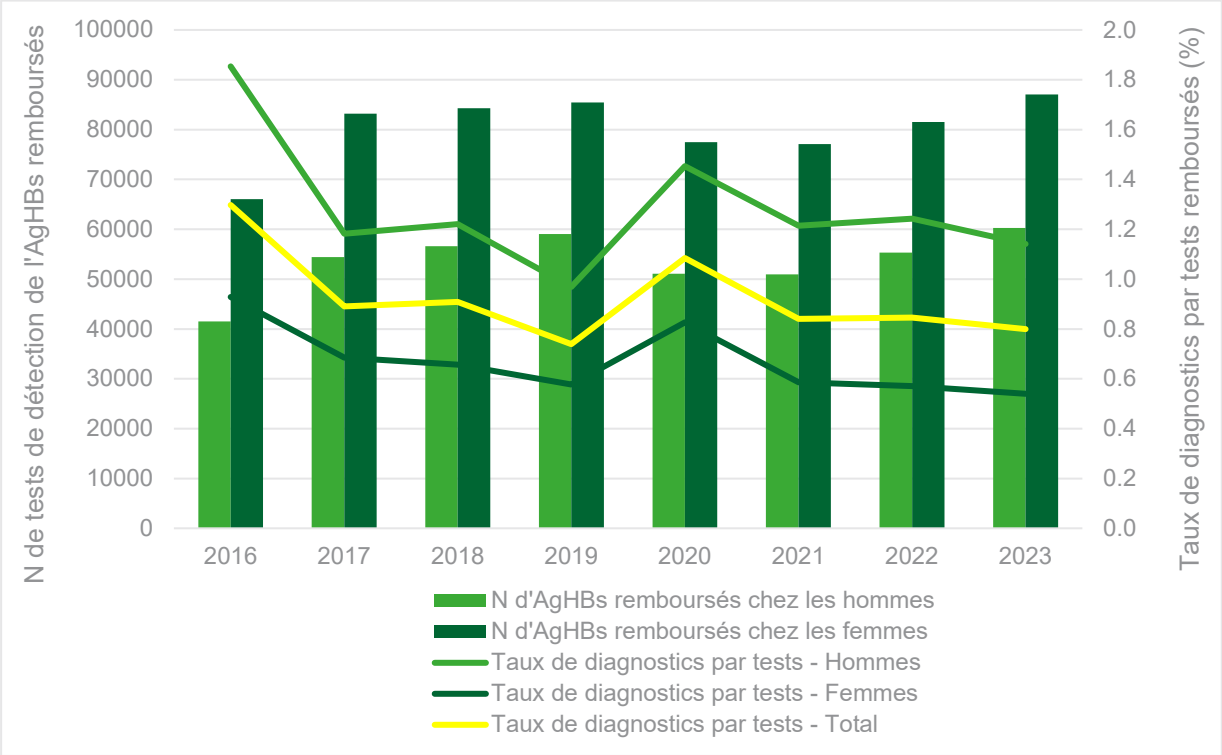


Figure 23 : Evolution du nombre de tests de détection de l'AgHBs remboursés et du taux de nouveaux diagnostics de VHB par tests remboursés, par sexe, Belgique, 2016-2023

2.2.4. Taux des nouveaux diagnostics d'hépatite B estimés sur base des données de l'échantillon permanent par personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'AgHBs

Les données de l'EPS permettent elles d'estimer le taux de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un ADN viral pour la première fois par personnes dépistées. Les tendances sont comparables avec le taux calculé sur base des données des laboratoires sentinelles, avec une stabilité relative entre 2017 et 2022 et un pic en 2018 ainsi que, dans une moindre mesure, en 2020. Effectivement, le nombre de « nouveaux diagnostics » était plus élevé en 2018, et le dépistage plus faible en 2020. Entre 2020 et 2022, ce taux montrait une diminution constante et était en 2022 de 0,33 %.

Le taux de personnes ayant bénéficié du remboursement d'un ADN viral pour la première fois par personnes dépistées est présenté dans la figure 24 par région. Depuis 2019, ce taux présentait une diminution constante à Bruxelles, pour atteindre pour la première fois en 2022 une valeur plus basse que la Flandre. Entre 2020 et 2022, les taux moyens étaient respectivement de 0,40 %, 0,39 % et 0.28 % à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie.

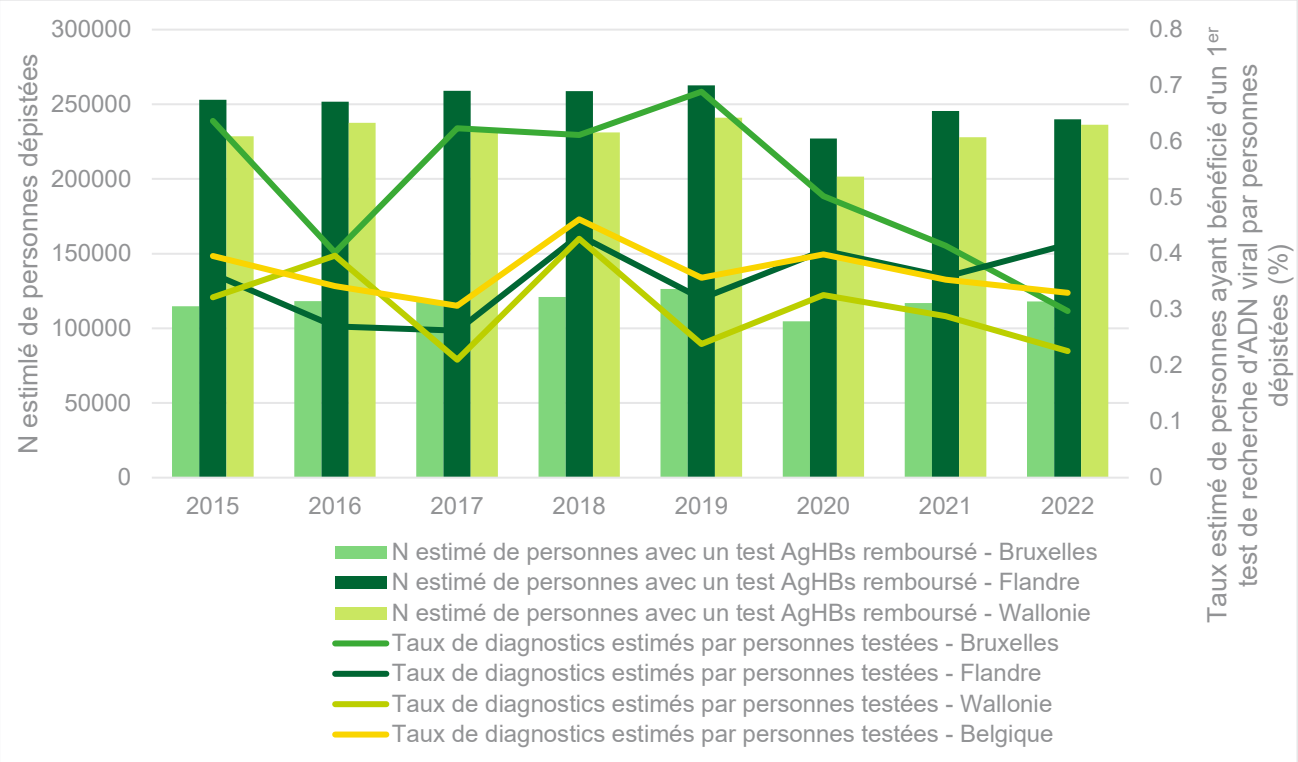


Figure 24 : Évolution du nombre estimé de personnes avec un test de détection de l'AgHBs remboursé et du taux de personnes ayant bénéficié d'un test de détection de l'ADN du VHB pour la 1ère fois par personnes dépistées, par région de résidence, Belgique, 2015-2022

2.2.5. Caractéristiques socio-démographiques des nouveaux diagnostics d'hépatite B

En 2023, 34 laboratoires sentinelles ont rapporté 2 448 nouveaux diagnostics d'hépatite B. La majorité de ces laboratoires étaient situés en région flamande (26, soit 76 %), cinq laboratoires étaient localisés en région wallonne (15 %), et trois en région de Bruxelles-Capitale (9 %).

L'âge moyen au diagnostic d'hépatite B était de 46 ans, ce qui était plus élevé que toutes les années précédentes. Chez les hommes, l'âge moyen était de 47 ans, tandis qu'il était de 45 ans chez les femmes. Douze nouveaux diagnostics (0,5 % des cas) avaient été réalisés chez des enfants âgés de moins de 5 ans, et 14 chez des personnes de 90 ans ou plus. Plus de 56 % des personnes nouvellement diagnostiquées en 2023 étaient âgées entre 30 et 54 ans. Les tranches d'âge les plus affectées étaient les 35-44 ans chez les hommes, et les 30-39 ans chez les femmes. La proportion des diagnostics chez les moins de 35 ans (ayant à priori bénéficié de la vaccination) était de 26 %, tandis que ceux de 35 ans et plus représentaient 72 % des nouveaux diagnostics[19]. La majorité des diagnostics étaient réalisés chez les hommes (57 %) en 2023, ce qui était comparable aux années précédentes. La distribution par âge et par sexe des nouveaux diagnostics est présentée dans la figure 25.

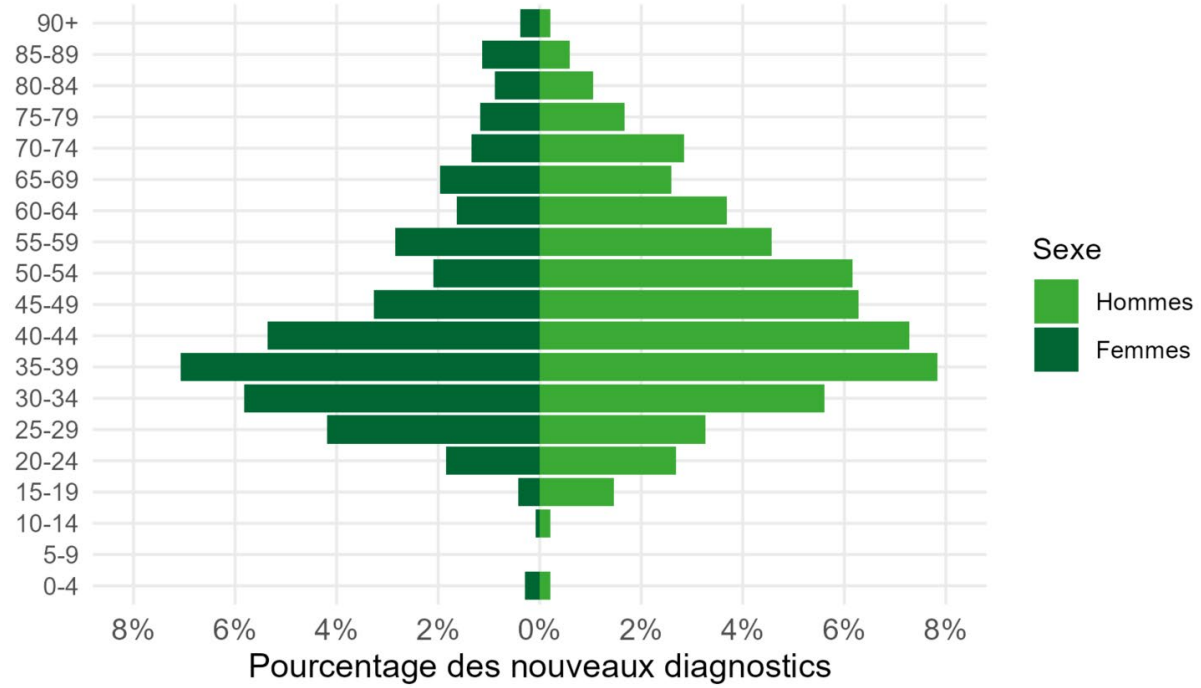


Figure 25 : Distribution par âge et par sexe des nouveaux diagnostics de VHB rapportés par les laboratoires sentinelles participants, Belgique, 2023

Pour 39 % des cas diagnostiqués par les laboratoires sentinelles, le diagnostic d'infection au VHB avait été posé via la sérologie (IgM anti-HBc), 16 % des cas avaient été diagnostiqués via l'AgHBs, et 9 % via la détection d'ADN viral. Le reste des cas avaient une méthode de diagnostic non rapportée (35 %) ou « autre ».

Le pays où la contamination avait probablement eu lieu n'était connu que pour 272 personnes (11 %). Pour la majorité d'entre elles (89 %), il s'agissait de la Belgique, tandis que les 11 % restants avaient probablement été contaminés aux Pays-Bas. Ces données ne nous donnent cependant pas d'indication quant au pays d'origine des personnes nouvellement diagnostiquées.

[19] Les 2 % restant étant des diagnostics chez des personnes d'âge inconnu.

2.3. COMPLICATIONS

Les données relatives aux HCC ont été présentées dans la section 1.4.2. Seules les données sur la mortalité spécifique à l'hépatite B sont présentées ici.

2.3.1. Mortalité

En 2021, dernière année disponible, 32 décès avec une hépatite B, aiguë ou chronique, ont été rapportés en Belgique, dont 16 (50 %) en Wallonie, 11 (34 %) en Flandre, et 5 (16 %) à Bruxelles. L'hépatite B chronique était rapportée dans la majorité de ces décès (63 %), tandis que les 37% restant faisaient mention d'une hépatite B aiguë. La moitié de ces décès se sont produits dans la tranche d'âge 60-79 ans, et 75 % concernaient des hommes. Les taux de mortalité standardisés pour l'âge par 1 000 000 habitants sont représentés dans la figure 26. La mortalité semblait stable dans le temps, Bruxelles étant plus affectée que les deux autres régions. Si la mortalité a bien atteint les cibles OMS pour 2030 en Belgique, l'on ne constate cependant pas de diminution avec le temps, excepté pour l'année 2021.

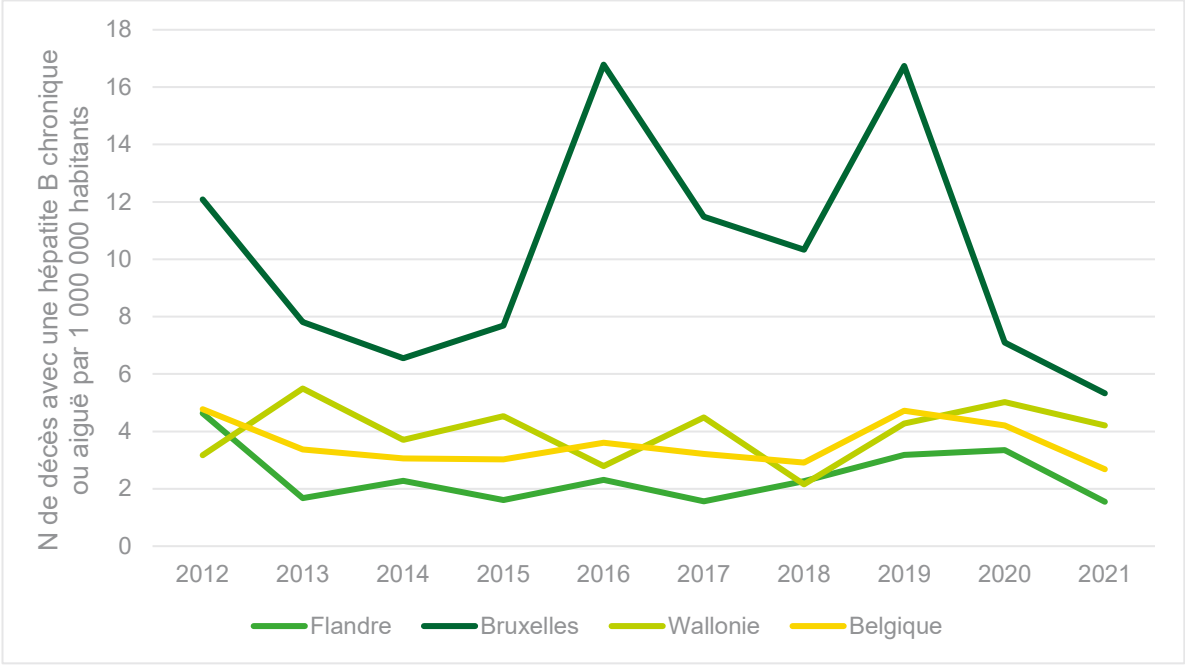


Figure 26: Taux de mortalité liée à l'hépatite B chronique ou aiguë, standardisés selon l'âge, par région de résidence, Belgique, 2012-2021

Notons qu'aucun décès avec une « hépatite B aiguë avec co-infection avec l'agent delta » n'avait été recensé ; cinq décès avec « une hépatite B chronique avec co-infection avec l'agent-delta » avaient été rapportés entre 2006 et 2016, et deux décès avec une « surinfection aiguë par agent delta au cours d'une hépatite B chronique » avaient été rapportés avant 2006.

2.4. NOTIFICATION OBLIGATOIRE DE L'HÉPATITE B AIGUË EN FLANDRE

Si la plupart des infections aiguës au VHB sont asymptomatiques et guérissent spontanément, 30 % de celles-ci se manifestent par des symptômes divers, et dans de rares cas par une hépatite fulminante, pouvant être mortelle. La déclaration obligatoire des cas d'hépatite B aigus a pour but de rechercher la source de l'infection et les contacts afin de bloquer la chaîne de transmission. De plus, les données recueillies apportent des informations sur les caractéristiques des personnes nouvellement infectées, et contribuent à évaluer l'impact des stratégies de prévention. Précisons ici que ces données concernent les nouvelles infections (infections aiguës), et non les nouveaux diagnostics, qui peuvent eux être effectués quel que soit le stade de l'infection.

Entre 2017 et 2023, 144 cas ont été déclarés en Flandre, dont 111 (77 %) confirmés et 33 (23 %) probables. La tendance était relativement stable entre 2017 et 2019 (entre 28 et 34 cas déclarés/an), mais a montré une diminution importante en 2020, particulièrement marquée chez les hommes. Cette année-là seuls 8 cas confirmés ou probables ont été rapportés. En raison de la surcharge de travail engendrée par la pandémie de COVID-19, il est probable que le diagnostic et/ou le rapportage des cas d'hépatite B aiguë par les cliniciens aient été moindres et/ou que les notifications n'aient pas été intégralement investiguées durant cette période. Depuis lors, l'incidence a augmenté progressivement chez les hommes, sans toutefois atteindre les niveaux pré-pandémiques. Chez les femmes, l'incidence est restée basse sur toute la période. En 2023, l'incidence par 100 000 habitants était de 0,25 (0,39 chez les hommes et 0,12 chez les femmes).

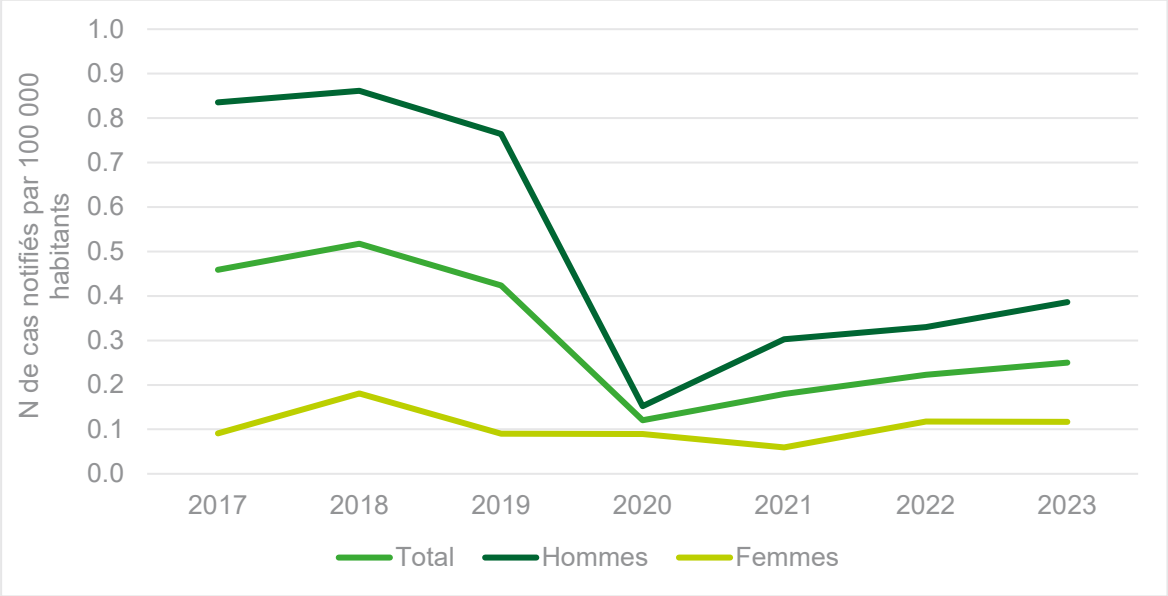


Figure 27 : Incidence de l'hépatite B aiguë par 100 000 habitants par an, Région flamande (notifications obligatoires), 2017-2023

Entre 2017 et 2023, la majorité des cas étaient de sexe masculin (83 %), et plus de 65 % étaient âgés de 30 à 49 ans. L'âge moyen au diagnostic était de 45 ans. Un enfant était âgé de un an au moment du diagnostic. Ce dernier était un cas confirmé, dont le pays d'infection était probablement l'Espagne. Il n'y avait pas d'information concernant le mode de contamination probable.

Parmi les 123 cas pour lesquels l'information quant au pays d'infection était disponible, 89 % avaient probablement été infectés en Belgique. Deux personnes avaient probablement contracté l'infection en République démocratique du Congo, et deux autres en Espagne. Divers autres pays n'avaient été mentionnés qu'une fois. Les variables « source de l'infection » et « statut vaccinal » n'étaient disponibles que depuis 2019, et n'avaient été complétées que pour 33 et 41 personnes respectivement. Vingt-huit personnes (85 %) avaient probablement été infectées par voie sexuelle, une par injection de drogues injectables et/ou transmission sexuelle, une par contact rapproché non sexuel, et une dernière par piqûre d'aiguille dans le contexte professionnel. En ce qui concerne la vaccination, deux personnes

(5 %) avaient mentionné être vaccinées, dont une avec trois doses. Cette dernière était un homme de 74 ans, probablement infecté au Kenya, et qui avait guéri spontanément. L'issue des cas n'était mentionnée que pour 15 personnes, dont 13 avaient guéri, et deux étaient décédées. Les personnes décédées étaient une femme âgée de 56 ans, infectée en Belgique par injection de drogues injectable et/ou voie sexuelle, et un homme de 48 ans, infecté en Belgique de façon inconnue. Ces deux cas étaient confirmés.

2.5. AUTRES

2.5.1. Vaccination

Les cibles de couverture vaccinale préconisées par les Plans d'action mondial et européen pour les vaccins sont respectivement de 90% et de 95% pour la troisième dose de vaccin contre l'hépatite B (30,31). Selon le dernier rapport de l'équipe des maladies à prévention vaccinale de Sciensano, ces cibles étaient atteintes en Belgique (32). Les données les plus récentes pour les trois régions montraient respectivement des taux de 96,5 % (en 2019), 97,4 % (en 2020) et 96,7 % (en 2019) à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie.

2.5.2. Sécurité transfusionnelle

En 2023, 285 052 donneurs, dont 47 050 (16,5 %) nouveaux donneurs, ont donné un total de 620 235 dons. Au total, 26 donneurs de sang avaient été confirmés VHB positifs en 2023, soit 4,2 pour 100 000 dons. La prévalence de l'hépatite B par 100 000 nouveaux donneurs s'élevait à 51, et l'incidence de l'infection parmi les donneurs connus était de 0,8 par 100 000 en 2023. La tendance du diagnostic de l'hépatite B au sein de la population de nouveaux donneurs montrait globalement une diminution entre 2012 et 2021, mais une augmentation depuis lors.

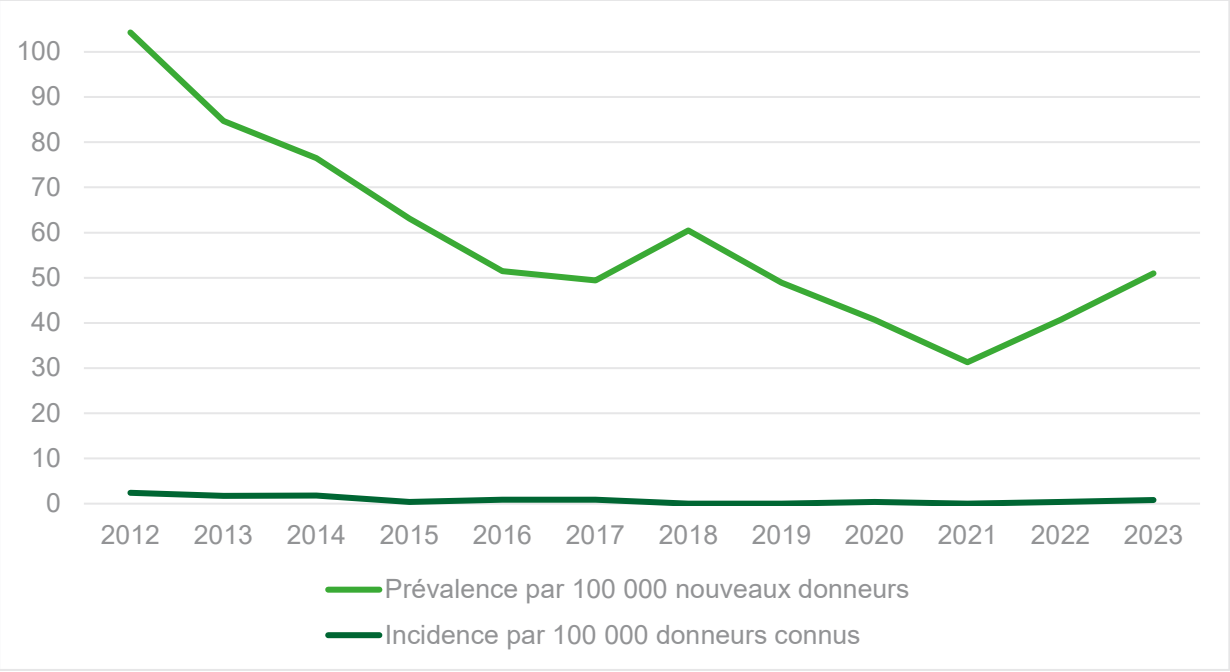


Figure 28 : Évolution de la prévalence et de l'incidence de l'hépatite B parmi les nouveaux donneurs et les donneurs connus, Belgique, 2012-2023

2.5.3. L'hépatite B au sein des populations clé

2.5.3.1. Personnes ayant bénéficié du remboursement d'un TSO

On estime qu'en 2022, 17 % des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un TSO au moins une fois ont été dépistées pour le VHB (via un test de détection de l'AgHBs).

Parmi les 17 154 personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'ADN du VHB pour la première fois entre 2015 et 2022, l'on estime à moins de 1 % (80) le nombre d'entre elles ayant bénéficié du remboursement d'un TSO au moins une fois pendant cette période.

2.5.3.2. Personnes ayant bénéficié du remboursement d'un traitement contre le VIH

On estime qu'en 2022, 34% des personnes ayant bénéficié du remboursement d'un traitement contre le VIH (thérapeutique ou prophylactique – PrEP –) ont été dépistées pour le VHB (via un test de détection de l'AgHBs).

Parmi les 17 154 personnes ayant bénéficié du remboursement d'un test de détection de l'ADN du VHB pour la première fois entre 2015 et 2022, on estime à 10 % (1 716) la proportion d'entre elles ayant été catégorisées au moins une fois « HIV+ » pendant cette période. Cette proportion était estimée à 11% à Bruxelles, 11% en Flandre et 7% en Wallonie.

DISCUSSION & CONCLUSION

L'incidence de l'hépatite C a significativement diminué ces dernières années en Belgique, grâce à l'introduction des antiviraux à action directe (AAD). Cependant, la persistance de nouveaux diagnostics indique que l'épidémie d'hépatite C n'est toujours pas sous contrôle en Belgique. Cela souligne l'importance de renforcer les efforts pour identifier et traiter toutes les personnes infectées y compris les plus difficiles à atteindre.

L'hépatite B ne diminue globalement pas en Belgique, et ses diagnostics montrent une certaine fluctuation aux cours des dernières années. On observe cependant une diminution de la proportion des diagnostics dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans qui correspond à la première cohorte d'enfants ayant pu bénéficier de la vaccination pour l'hépatite B à partir de 1999.

En Belgique, l'hépatite B semble plus fréquente que l'hépatite C, comme c'est le cas au niveau de l'union européenne (33). **En 2022, on estimait à 1 915 le nombre de nouveaux diagnostics d'hépatite B (basés sur le 1er remboursement d'un ADN du VHB), et à 678 le nombre de nouveaux diagnostics d'hépatite C (basés sur les nouveaux génotypes / traitements).**

Hépatite C

L'incidence des personnes génotypées et/ou traitées était estimée à 5,8/100 000 habitants en 2022, et était depuis 2020 inférieure à l'objectif 2025 de l'OMS de 13/100 000 par an. La tendance des diagnostics d'hépatite C était globalement décroissante dans les différentes sources de données, malgré une augmentation du dépistage. Cette tendance reflète donc fort probablement une baisse réelle des nouveaux cas, liée notamment au déploiement des AAD. La diminution du nombre de traitements initiés depuis 2020, malgré l'élargissement de l'accès aux AAD, suggère que les personnes les plus accessibles au diagnostic et au traitement ont pour la plupart déjà été prises en charge. Cependant, la persistance de nouveaux diagnostics suggère, d'une part, l'existence d'un réservoir de personnes infectées non diagnostiquées ou non traitées, probablement éloignées du système de soins. D'autre part, elle suggère également l'arrivée de personnes infectées depuis l'étranger. **Le dépistage de l'hépatite C en Belgique n'a jamais été aussi élevé et augmente dans les trois régions, mais il reste encore une marge d'amélioration possible en termes d'adéquation aux publics cibles.**

Les nouveaux diagnostics d'hépatite C étaient rapportés plus fréquemment chez les hommes (60 %) que chez les femmes ; cependant, la proportion d'hommes diagnostiqués semblait diminuer ces dernières années en Belgique comme en Europe (34,35). **L'âge moyen au moment du diagnostic était de 50 ans**, et était un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Les données actuellement disponibles ne nous permettent malheureusement pas de décrire les modes de contamination des personnes diagnostiquées avec une hépatite C en Belgique. **Au niveau européen, c'est l'usage de drogues injectables qui est le mode de transmission le plus rapporté** (35). La transmission sexuelle, principalement entre hommes, est également fréquemment déclarée. En Belgique, parmi les personnes génotypées et/ou traitées entre 2015 et 2022, 10 % au moins avaient reçu un TSO et 8 % avaient reçu un traitement contre le VIH. Une étude récente estimait qu'au moins 20,17 % (9,76 – 42, 62) des personnes vivant avec une hépatite C en Belgique avaient été contaminée via usage de drogues injectables. Parmi les UDI, une étude belge de 2020 estimait que 43% avaient une sérologie positive pour l'hépatite C (21,36), et 32% avaient une infection active (21), ce qui confirme que cette population est particulièrement touchée par l'hépatite C. En ce qui concerne **la transmission sexuelle entre hommes**, la prévalence de l'hépatite C parmi les HSH qui ne vivent pas avec le VIH semble peu élevée en Belgique (séroprévalence estimée à 0.3 % dans une étude récente) (37), comme déjà noté ailleurs (38,39). De même, l'incidence des diagnostics d'hépatite C parmi les utilisateurs de la PrEP en Belgique était faible en 2023 (0,06 %) (40), bien que diverses études ait mis en évidence

l'utilisation de la PrEP chez les HSH comme un facteur de risque pour l'acquisition de l'hépatite C (38,41). De façon générale, les personnes vivant avec le VIH, et plus particulièrement les HSH vivant avec le VIH, semblent eux particulièrement à risque (38,42,43). En Belgique, 2,0% des répondants à l'enquête « European MSM Internet Survey » de 2017 avaient rapporté un co-diagnostic VIH-hépatite B ou C, ce qui était plus élevé que la moyenne européenne (44). Dans tous les cas, il apparaît que **la connaissance des voies de transmission et des mesures de prévention de l'hépatite C (et de l'hépatite B) parmi les HSH en Belgique reste faible** (37,45).

Il n'existe pas de surveillance nationale des maladies infectieuses dans les prisons belges. Cependant, une étude multicentrique dans 11 **prisons belges** en 2019-20 a montré une prévalence d'anti-VHC de 5,0 % et d'infection active de 2,1 %, des chiffres nettement plus élevés que dans la population générale (46). En ce qui concerne les populations migrantes, un rapport de l'ECDC de 2016 estimait qu'en Belgique 1,8 % des **migrants des pays endémiques**[20] vivaient avec une hépatite C chronique, et qu'ils représentaient 32 % des cas d'hépatite C chronique du pays (47). Des prévalences élevées d'hépatite C active sont généralement retrouvées dans certains pays d'Asie centrale, du Sud et de l'Est, d'Europe de l'Est, et d'Afrique, (voir carte en annexe V). Des taux de prévalence d'hépatite C active élevés (6 à 28% dans des études anglaises et espagnoles) étaient également rencontrés parmi les **personnes sans domicile fixe**, souvent en lien avec une consommation actuelle ou passée de drogues injectables (48–51).

La mortalité liée à l'hépatite C en Belgique était basse et estimée à moins de 2/100 000/an (objectif 2030 de l'OMS) depuis l'année 2010. Globalement, la tendance était lentement décroissante dans les trois régions.

Au niveau régional, **c'est à Bruxelles que les taux de diagnostics et de traitements initiés étaient les plus élevés**, suivie par la Wallonie et la Flandre. Cela reflète probablement la distribution des populations clés. C'est également **à Bruxelles que le taux de dépistage était le plus élevé**, et que l'augmentation du dépistage était la plus marquée. En parallèle, une diminution du taux de diagnostics par personne testée était observée à Bruxelles depuis 2018, jusqu'à atteindre en 2022 un taux plus bas que celui des deux autres régions. L'intensification du dépistage et du traitement semble donc avoir porté ses fruits. En ce qui concerne les complications, **Bruxelles présentait le taux de mortalité liée à l'hépatite C le plus élevé**. Contrairement aux taux des autres régions, celui-ci n'avait pas atteint les objectifs 2030 de l'OMS, mais était passé sous la barre des 3/100 000/an (objectif 2025 de l'OMS) depuis 2019.

Hépatite B

L'incidence des personnes ayant bénéficié d'un premier remboursement d'ADN du VHB en 2022 était estimée à 16,5 par 100 000 habitants en Belgique. Ce chiffre, qui sous-estime potentiellement les nouveaux diagnostics, reste cependant au-dessus des cibles d'élimination de l'OMS pour 2025 (≤ 11/100 000) et bien au-dessus des cibles pour 2030 (≤ 2/100 000), et ce dans les trois régions. De plus, les tendances observées dans les données des laboratoires sentinelles, des notifications obligatoires des cas d'hépatite B aiguë en Flandre, ou encore d'hémovigilance montraient une légère augmentation des diagnostics entre 2021 et 2023. Toutefois, ces valeurs restaient inférieures ou comparables aux niveaux d'avant la pandémie de COVID-19. Dans les données de l'AIM, l'évolution des nouveaux diagnostics étaient fluctuante.

Des tendances comparables étaient également retrouvées dans d'autres pays européens comme en témoignent l'augmentation des notifications d'hépatite B depuis 2020 en Allemagne (52), ou l'augmentation récente de la prévalence d'hépatite B au sein des nouveaux donneurs de sang en Angleterre (53). Concernant les notifications d'hépatite B aiguë, les taux les plus récents étaient également plus élevés qu'en 2020 en France (54), en Angleterre (53), et en Europe (55), sans toutefois

[20] Dans ce même rapport (47), le niveau d'endémicité de l'hépatite C chronique était défini comme bas si la prévalence des anti-VHC était inférieure à 1 %, et élevé si elle était supérieure ou égale à 1 %. L'annexe 7 dudit document présente les estimations de prévalence des anti-VHC et le niveau d'endémicité par pays.

atteindre les valeurs d'avant la pandémie de COVID-19. La reprise des pratiques de rapportage après la pandémie est probablement partiellement en cause, mais l'on peut supposer une réelle augmentation des cas dans les données les plus récentes.

La majorité des nouveaux diagnostics étaient posés chez les hommes (57 %) en 2023, ce qui était comparable aux années précédentes et aux données européennes (55). **L'âge moyen au diagnostic d'hépatite B était de 46 ans**, ce qui était plus élevé que toutes les années précédentes. La proportion des diagnostics chez les moins de 35 ans était passée de 39 % en 2016, à 31 % en 2023, soulignant **l'impact favorable de la vaccination**. La vaccination universelle pour l'hépatite B chez les nourrissons, combinée à la possibilité de rattrapage à 11-12 ans, a en effet été mise en place en Belgique en 1999. Les personnes âgées de moins de 35 ans en 2023 ont donc pu bénéficier de cette vaccination durant leur enfance en Belgique. On peut s'attendre à une diminution progressive chez les 35 ans et plus dans les prochaines années. Parmi les moins de 25 ans, le nombre de diagnostics était plus bas. Toutefois la persistance de diagnostics dans ce groupe d'âge, alors que la couverture vaccinale chez les nourrissons est supérieure à 95 % en Belgique, pourrait être liée à la migration de personnes n'ayant pas bénéficié de la vaccination durant l'enfance et/ou en provenance de pays à haute prévalence (56). Par ailleurs, les dernières estimations de couverture vaccinale chez les nourrissons en Belgique ayant été réalisées avant la pandémie de COVID-19, il reste à voir si ces taux se maintiendront dans les années à venir étant donné la diminution de confiance dans la vaccination observée en Europe et en Belgique (57). La vaccination des nourrissons reste pourtant cruciale étant donné que 95% des nourrissons qui contractent l'hépatite B développeront une infection chronique, et environ un quart d'entre eux décéderont d'une maladie du foie (58).

Les données des notifications obligatoires indiquent que les contaminations par l'hépatite B se font essentiellement en Belgique et par voie sexuelle. De même, le dernier rapport de surveillance de l'hépatite B de l'ECDC rapportait la transmission sexuelle (hétérosexuelle et entre hommes) comme mode d'acquisition principal (55). Parmi les personnes nouvellement testées pour l'ADN du VHB entre 2015 et 2022, 10 % avaient reçu un traitement contre le VIH, ce qui renforce l'hypothèse d'une transmission sexuelle. Selon une revue systématique publiée en 2023 (7), la prévalence de l'hépatite B au sein de la population HSH semblait plus élevée en Belgique (2,0 %) que dans d'autres pays européens. Les données chez les utilisateurs de PrEP en Belgique n'ont pourtant révélé aucun nouveau diagnostic d'hépatite B en 2023 (40). Une méta-analyse de 2024 estimait qu'à l'échelle mondiale, la prévalence de l'hépatite B au sein des HSH VIH+ était particulièrement élevée (43). **La transmission par usage de drogues injectables était quant à elle moins souvent rapportée en Europe** (55). En Belgique, on estimait à moins de 1% les personnes nouvellement testées pour l'ADN du VHB entre 2015 et 2022 qui avaient reçu un TSO pendant cette période. Les études réalisées au sein des populations clés en Belgique estiment la prévalence de l'hépatite B à 1.6 % parmi les IDU (59), et à 0.8 % parmi les personnes vivant en prisons (46). Les **migrants des pays endémiques**[21] semblent particulièrement affectés en Belgique selon l'ECDC, avec une prévalence d'hépatite B chronique estimée à 6.8 % et une contribution relative au nombre total de cas chroniques en Belgique estimée à 54 % (47). Ces données ont également été confirmées par des études de dépistage de l'hépatite B chez des populations migrantes en Belgique (14,15). Des prévalences élevées d'hépatite B sont généralement retrouvées en Afrique, ou dans certains pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est (voir carte en annexe V).

La mortalité liée à l'hépatite B était basse en Belgique, et plus faible encore que celle liée à l'hépatite C. Les cibles 2030 étaient atteintes depuis plus de 20 ans, tant à l'échelle nationale que dans les trois régions. Cependant, la mortalité était **assez stable** sur les 10 dernières années analysées, et ne semblait plus montrer de diminution.

[21] Dans ce même rapport (47), le niveau d'endémicité de l'hépatite B chronique était défini comme bas si la prévalence des AgHBs était inférieure à 2 %, intermédiaire si elle était entre 2 et 7 %, et élevé si elle était supérieure ou égale à 8 %. L'annexe 5 dudit document présente les estimations de prévalence des AgHBs et le niveau d'endémicité par pays.

Les disparités régionales relatives à l'hépatite B étaient semblables à celles de l'hépatite C : **c'est à Bruxelles que l'incidence des diagnostics et le dépistage étaient les plus élevés.** Contrairement aux autres régions, le taux de diagnostics par personnes testées diminuait à Bruxelles depuis 2019, suggérant un impact favorable des mesures de prévention. **La mortalité y était également plus importante** que dans les deux autres régions, tout en restant sous les valeurs cibles de 2030.

Progrès par rapport aux objectifs d'élimination de l'OMS

Les différents indicateurs et cibles préconisés par l'OMS en 2016 et mis à jour et adaptés pour l'Europe en 2023 sont résumés dans l'annexe VI.

Hépatite C

- L'incidence annuelle des diagnostics était, depuis 2020, inférieure à l'objectif 2025 de l'OMS de 13/100 000 par an, avec une incidence estimée à 5,8/100.000 en 2022.
- La mortalité annuelle liée à l'hépatite C était inférieure à l'objectif 2030 de l'OMS (moins de 2/100 000 habitants), excepté à Bruxelles.
- L'incidence annuelle de l'hépatite C parmi les UDI n'a pas pu être évaluée par manque de données.

Hépatite B

- L'incidence annuelle des diagnostics (estimée à 16,5/100 000 en 2022) n'atteignait pas les objectifs 2030 de l'OMS (≤2/100 000) ni ceux de 2025 (≤13/100 000).
- La mortalité annuelle liée à l'hépatite B était inférieure à l'objectif 2030 de l'OMS (moins de 4/100 000 habitants), dans les trois régions.

En ce qui concerne l'hépatite C, les résultats présentés sont rassurants et indiquent que la réalisation des objectifs d'élimination de l'OMS pour 2030 reste possible, moyennant des efforts supplémentaires pour atteindre et prendre en charge les personnes infectées plus éloignées des soins. En ce qui concerne l'hépatite B, le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs d'élimination de l'OMS semble plus long. Ces tendances appellent donc à intensifier et diversifier les efforts dans la lutte contre les hépatites virales en Belgique. La prévalence élevée des hépatites au sein de populations clés plus vulnérables souligne la nécessité d'interventions ciblées.

RECOMMANDATIONS

Sur base des résultats présentés et des recommandations internationales, les mesures suivantes sont préconisées afin de renforcer la lutte contre les hépatites B et C.

Mesures de prévention primaire[22]

- **Augmenter la couverture vaccinale pour l'hépatite B au sein des populations clés** comme les personnes à partenaires sexuels multiples et/ou comportements à risques (HSH, travailleur(se)s du sexe…), les usagers de drogues ou les personnes avec un antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST), conformément aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (12). Le remboursement du vaccin pour ces populations, comme cela est fait par exemple au Royaume-Uni (60), faciliterait l'augmentation de la couverture vaccinale. De même, il serait utile d'envisager de rembourser ce vaccin pour les personnes originaires de pays endémiques.
- **Renforcer et diversifier les mesures de réduction des risques** comme les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés. Les types de drogues consommées et les moyens de consommation étant en évolution perpétuelle (ex/ « sniff »), les mesures de réduction des risques doivent être variées et flexibles.
- **Garantir l'accès aux outils de prévention des IST**, comme le préservatif. Son usage semble effectivement en baisse, contribuant à l'augmentation du VIH et des IST observée ces dernières années en Belgique (40), et probablement à la transmission continue du virus de l'hépatite B.
- **Assurer la sensibilisation et l'information régulière** relatives aux pratiques à risque, aux comportements de prévention, aux complications[23], et aux opportunités de dépistage et de traitement des hépatites B et C, ciblant plus spécifiquement les populations clés. Le rôle des programmes de dépistage décentralisés et des organisations de terrain est ici primordial.
- **Renforcer et maintenir à jour les connaissances et les pratiques des professionnels de la santé** en matière de prévention, de vaccination, de dépistage ciblé et de traitement des hépatites B et C[24]. Les connaissances en matière de vaccination pour l'hépatite B portent notamment sur les catégories de personnes pouvant bénéficier d'un remboursement, comme les proches d'une personne vivant avec l'hépatite B ou les moins de 18 ans non immunisés (penser donc à vérifier le statut vaccinal des jeunes migrants de pays endémiques et à les vacciner le cas échéant). Ces connaissances portent également sur les catégories de personnes pour lesquelles le vaccin est recommandé (et non remboursé).

Mesures de prévention secondaire[25]

- **Augmenter l'accès au dépistage des différentes populations clés**, afin d'assurer un diagnostic précoce. Dans ce contexte, les activités d'« outreach » et l'implication des structures communautaires de première ligne permettent d'atteindre les populations plus vulnérables et doivent être promues. Par ailleurs, bien que le dépistage soit recommandé à l'admission dans les prisons ou dans les centres d'accueil de réfugiés (62), il semble que sa réalisation soit freinée par le manque de ressources humaines, ou la peur de la stigmatisation (63). Tous les migrants de pays endémiques devraient pourtant être dépistés pour les hépatites virales et mis en lien avec les soins le cas échéant (64).
- **Diversifier l'offre de dépistage auprès des populations clés**. L'arrivée sur la scène belge des tests rapides d'orientation diagnostique ainsi que la légalisation du dépistage démédicalisé

[22] Mesures visant à prévenir l'incidence des maladies, en agissant sur les facteurs de risque ou en renforçant les facteurs protecteurs, tels que la vaccination.
[23] Il est recommandé de souligner que les hépatites virales B et C sont des facteurs de risque évitables de cancer (3).
[24] Un outil en ligne a été développé par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) pour guider les intervenants de 1ère ligne dans les consultations liées à la santé sexuelle, en ce compris les hépatites B et C (61).
[25] Mesures visant à détecter la maladie à un stade précoce pour améliorer le pronostic et éviter la transmission grâce à une prise en charge rapide.

pour les hépatites virales en 2023 (65) représentent des avancées importantes en termes de diagnostic précoce et de lien rapide avec les soins. Il s'agit maintenant de poursuivre leur déploiement sur le terrain. Par ailleurs, pour les personnes précédemment infectées et guéries mais qui présentent un comportement à risque persistant, des tests rapides de détection de l'ARN du virus de l'hépatite C seraient utiles pour identifier et traiter rapidement les réinfections.

- **Intégrer le dépistage des hépatites B et C avec celui d'autres infections** ayant un mode de transmission comparable ou affectant les mêmes populations, par exemple au sein de services communément dédiés au dépistage du VIH, des IST, ou de la tuberculose.

Prévention tertiaire[26] et soins curatifs

- **Garantir un accès précoce aux soins** pour les personnes infectées et au traitement pour les personnes éligibles. La stratégie « test and treat » dans le cas de l'hépatite C, qui vise à traiter les personnes infectées dans les plus brefs délais, permet de réduire le risque de complications et de favoriser l'adhésion des patients. La simplification des critères de remboursement des AAD pourrait par exemple faciliter l'accès rapide au traitement du VHC.
- **Assurer l'accès au traitement de l'hépatite C pour toutes les personnes infectées,** y compris dans les prisons. Actuellement, seules les personnes condamnées y ont accès[27], et non pas les personnes en détention préventive, qui représentent pourtant plus d'un tiers de la population carcérale (66).
- **Faciliter l'accès aux soins et leur continuité** en amélioration la collaboration entre les médecins spécialistes et les organisation de terrain (67). **La décentralisation des soins** hors du milieu hospitalier par exemple dans les centre de réduction des risques ou dans les lieux d'accueil des sans-abris, via des activités d'« outreach » ou des services mobiles, permet d'atteindre les populations plus vulnérables et d'éviter les « perdus de vue ».
- **Assurer un dépistage systématique de l'hépatite delta (VHD) en cas d'infection par l'hépatite B** (« reflex testing » par les laboratoires), comme cela est recommandé (68). En effet, la co-infection VHB-VHD est la forme la plus sévère d'hépatite virale chronique, et est associée à un risque accru de complications (69).

Enfin, il faudrait renforcer la surveillance nationale des hépatites B et C, afin d'obtenir de meilleures données sur les profils et les modes d'acquisition des hépatites. Ces informations permettraient d'informer les acteurs concernés de manière plus ciblée, les soutenant ainsi dans la définition de stratégies mieux adaptées. La surveillance du dépistage démédicalisé dans les organisations de terrain contribuera à fournir plus d'informations à ce sujet en 2025[28].

[26] Mesures visant à réduire la gravité de la maladie et des séquelles associées pour éviter les complications ou améliorer la qualité de vie.
[27] Les soins de santé dans le milieu carcéral sont actuellement sous la responsabilité du ministère de la Justice.
[28] Le projet « Cobatest », initialement centré sur le dépistage VIH, a récemment été étendu aux hépatites virales B et C et à la syphilis, et les premiers résultats devraient être disponibles au cours du premier semestre de l'année 2025.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030: advocacy brief [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/206453

2. Stratégies Mondiales du Secteur de la Santé Contre, Respectivement, le VIH, l'hépatite Virale et les Infections Sexuellement Transmissibles Pour la Période 2022-2030. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022.

3. WHO Regional Office for Europe. Regional action plans for ending AIDS and the epidemics of viral hepatitis and sexually transmitted infections 2022–2030. [Internet]. Copenhagen; 2023. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369243/9789289058957-eng.pdf?sequence=7

4. Global Hepatitis Report 2024 Action for Access in Low- and Middle-Income Countries. Geneva: World Health Organization; 2024.

5. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA. [Internet]. LU: Publications Office; 2024. Disponible sur: https://data.europa.eu/doi/10.2900/703244

6. Thomadakis C, Gountas I, Duffell E, Gountas K, Bluemel B, Seyler T, et al. Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. Lancet Reg Health - Eur. janv 2024;36:100792.

7. Bivegete S, McNaughton AL, Trickey A, Thornton Z, Scanlan B, Lim AG, et al. Estimates of hepatitis B virus prevalence among general population and key risk groups in EU/EEA/UK countries: a systematic review. Eurosurveillance [Internet]. 27 juill 2023 ;28(30). Disponible sur: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.30.2200738

8. Furquim d'Almeida et al. Hepatitis B seroprevalence in Belgium anno 2020 [Internet]. Belgian Week of Gastroenterology 2024; 2024. Disponible sur: https://bwge.lineupr.com/bwge-2024/item/basl218

9. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. cbip.be. Remboursement Engerix-B (source: INAMI). Disponible sur: https://www.cbip.be/fr/ampps/13359?cat=b

10. Agence fédérale des Risques Professionnels. fedris.be. 2020. Remboursement des vaccins. Disponible sur: https://www.fedris.be/fr/employeur/maladies-professionnelles-secteur-prive/prevention/remboursement-des-vaccins.html

11. B. Swennen; J. Lévy. La vaccination hexavalente. Rev Med Brux [Internet]. 2004; Disponible sur: https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/old/93

12. Conseil Supérieur de la Santé. fiches de vaccination. 2013. Vaccination de l'adulte contre l'hépatite B. Disponible sur: https://www.hgr-css.be/file/download/21db7617-e7ed-4447-a8d6-6eb42cce493f/hV8j9VfsvwMUxOM5C8rlzRuTnjQSZWqrYi2wICRpLs3d.pdf

13. Koc ÖM, Kremer C, Bielen R, Buscchots D, Hens N, Nevens F, et al. Prevalence and risk factors of hepatitis B virus infection in Middle-Limburg Belgium, year 2017: Importance of migration. J Med Virol. août 2019;91(8):1479-88.

14. Ho E, Michielsen P, Van Damme P, Ieven M, Veldhuijzen I, Vanwolleghem T. Point-of-Care Tests for Hepatitis B Are Associated with A Higher Linkage to Care and Lower Cost Compared to Venepuncture Sampling During Outreach Screenings in an Asian Migrant Population. Ann Glob Health. 16 juill 2020;86(1):81.

15. Ho E, Vanderlinden A, Govaerts L, De Fooz B, Van Damme P, Michielsen P, et al. Opportunistic screening using point-of-care testing leads to successful linkage to care of HBV-infected migrant populations in a low endemic country. J Virus Erad. mars 2024;10(1):100369.

16. World Health Organization. Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376353/9789240090903-eng.pdf?sequence=1

17. Centre belge d'Information pharmacothérapeutique. Dix ans plus tard, le point sur les antiviraux à action directe dans l'hépatite C [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.cbip.be/fr/dix-ans-plus-tard-le-point-sur-les-antiviraux-a-action-directe-dans-lhepatite-c/

18. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B and C testing in the EU/EEA: progress in reaching the elimination targets [Internet]. 2021 mars. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Hepatitis-B-and%20C-Testing-in-the-EU-EEA-and-UK.pdf

19. European Commission. COMMISSION IMPLEMENTING DECISION (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions [Internet]. 2018. Disponible sur: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN#page=22

20. World Health Organization. WHO guidelines on hepatitis B and C testing [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. 170 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/254621

21. Matheï C, Bourgeois S, Blach S, Brixko C, Mulkay JP, Razavi H, et al. Mitigating the burden of hepatitis C virus among people who inject drugs in Belgium. Acta Gastro-Enterol Belg. 2016;79(2):227-32.

22. AFMPS/direction générale POST autorisation/unité Matériel Corporel Humain. Hémovigilance en Belgique: Rapport annuel 2016 [Internet]. Bruxelles: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé; Disponible sur: https://www.afmps.be/sites/default/files/content/rapport_annuel_2016.pdf

23. AFMPS/direction générale POST autorisation/unité Matériel Corporel Humain. Hémovigilance en Belgique, Rapport annuel 2020 [Internet]. Bruxelles: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé; Disponible sur: https://www.afmps.be/sites/default/files/Rapport_annuel_h%C3%A9movigilance__2020_DEF.pdf

24. Direction générale Soins de santé. Rapport de la cinquième concertation annuelle sur les critères d'exclusion temporaires et les périodes d'exclusion connexes des donneurs concernant le comportement sexuel [Internet]. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2023 déc. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_du_06-12-2023_concertation_annuelle_criteres_exclusion_don_de_sang.pdf

25. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Synthèse. Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? [Internet]. 2015. Report No.: KCE Report 248BS. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_248Bs_examens_recommand%C3%A9s_pendant_grossesse_Synthese.pdf

26. Pawlotsky JM, Negro F, Aghemo A, Berenguer M, Dalgard O, Dusheiko G, et al. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series☆. J Hepatol. nov 2020;73(5):1170-218.

27. Huang DQ, Singal AG, Kono Y, Tan DJH, El-Serag HB, Loomba R. Changing global epidemiology of liver cancer from 2010 to 2019: NASH is the fastest growing cause of liver cancer. Cell Metab. juill 2022;34(7):969-977.e2.

28. Rich NE. Changing Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma Within the United States and Worldwide. Surg Oncol Clin N Am. janv 2024;33(1):1-12.

29. Kaze E, Henrion J. Clinical characteristics of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: a comparative cohort study. Acta Gastro Enterol Belg. sept 2023;86(3):412-6.

30. World Health Organization. Global vaccine action plan: monitoring, evaluation and accountability: secretariat annual report 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. 24 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/337433

31. WHO Regional Office for Europe. The European Vaccine Action Plan (2015-2020) Final report [Internet]. Copenhagen; 2024. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376895/WHO-EURO-2024-9674-49446-73962-eng.pdf?sequence=1

32. Tine Grammens; Laura Cornelissen. Couverture vaccinale - Rapport annuel VPD 2021 [Internet]. Brussel: Sciensano; 2021. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf

33. European Centre for Disease Prevention and Control. World Hepatitis Day 2024: Tackling viral hepatitis, key to reducing liver cancer toll [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/world-hepatitis-day-2024-tackling-viral-hepatitis-key-reducing-liver-cancer-toll

34. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C: Annual Epidemiological Report for 2021 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2022. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2021.pdf

35. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C: Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2024. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HEPC_AER_2022.pdf

36. Van Baelen L, Plettinckx E, Antoine J, Gremeaux L. Prevalence of HCV among people who inject drugs in Brussels—a respondent-driven sampling survey. Harm Reduct J. déc 2020;17(1):11.

37. Coessens M, Schouten J, Holvoet T, Verlinden W. Awareness of chronic hepatitis B and C in men who have sex with men in Belgium: epidemiological survey and on-site screening. Sex Transm Infect. août 2024;100(5):321-4.

38. Jin F, Dore GJ, Matthews G, Luhmann N, Macdonald V, Bajis S, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. janv 2021;6(1):39-56.

39. Popping S, Haspels S, Gotz HM, Van Der Meijden WCJPM, Van Den Elshout M, Rijnders BJ. Low Hepatitis C Virus Prevalence among Men Who Have Sex with Men Attending Public Health Services in The Netherlands. Viruses. 25 nov 2023;15(12):2317.

40. Deblonde J, Serrien B, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Épidémiologie du VIH En Belgique - Situation Au 31 Décembre 2023 - Rapport 2024 [Internet]. Bruxelles: Sciensano; 2024. Disponible sur: https://doi.org/10.25608/11bj-2191

41. Hoornenborg E, Coyer L, Boyd A, Achterbergh RCA, Schim Van Der Loeff MF, Bruisten S, et al. High incidence of HCV in HIV-negative men who have sex with men using pre-exposure prophylaxis. J Hepatol. mai 2020;72(5):855-64.

42. Jordan AE, Perlman DC, Neurer J, Smith DJ, Des Jarlais DC, Hagan H. Prevalence of hepatitis C virus infection among HIV+ men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. Int J STD AIDS. févr 2017;28(2):145-59.

43. Shabil M, Yadav A, Shamim MA, Ahmed M, Satapathy P, Zaidan AA, et al. Prevalence of hepatitis B and C infections among HIV-positive men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. Health Sci Rep [Internet]. juin 2024; 7(6). Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hsr2.2206

44. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in EU/EEA Member States, 2019. [Internet]. LU: Publications Office; 2020. Disponible sur: https://data.europa.eu/doi/10.2900/034039

45. De Ryck I, Berghe VW, Antonneau C, Colebunders R. Awareness of hepatitis C infection among men who have sex with men in Flanders, Belgium. Acta Clin Belg. 2011;66(1):46-8.

46. Busschots D, Kremer C, Bielen R, Koc ÖM, Heyens L, Brixko C, et al. A multicentre interventional study to assess blood-borne viral infections in Belgian prisons. BMC Infect Dis. déc 2021;21(1):708.

47. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA [Internet]. Stockholm: ECDC.; 2016. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/epidemiological-assessment-hepatitis-B-and-C-among-migrants-EU-EEA.pdf

48. Mourad A, McGeer R, Gray E, Bibby-Jones AM, Gage H, Salvaggio L, et al. A novel multisite model to facilitate hepatitis C virus elimination in people experiencing homelessness. JHEP Rep. nov 2024;6(11):101183.

49. Guerra-Veloz MF, Han K, Oakes K, Robertson D, Mohamed A, Cannon M, et al. Results of a Model of Delivering Hepatitis C Care in a Homeless Metropolitan Population in England. Am J Gastroenterol. juin 2023;118(6):991-1000.

50. Ryan P, Valencia J, Sepúlveda-Crespo D, Amigot-Sánchez R, Cuevas G, Lazarus JV, et al. Prevalence of HCV Infection Among People Experiencing Homelessness in Madrid, Spain. JAMA Netw Open. 25 oct 2024;7(10):e2438657.

51. Pinazo-Bandera JM, Aranda J, García-García AM, Alcántara R, Ortega-Alonso A, Del Campo-Herrera E, et al. Hepatitis C virus point-of-care microelimination approach in a vulnerable population in the South of Spain. Gastroenterol Rep. 22 déc 2023;12:goad077.

52. Robert Koch Institut. Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2023 - Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/29_24.pdf?__blob=publicationFile

53. UK Health Security Agency. Hepatitis B in England 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-b-in-england/hepatitis-b-in-england-2024#reducing-incidence-and-prevalence-of-hepatitis-b

54. Stella Laporal, Cynthia Tamandjou, Florence Lot, Cécile Brouard. Surveillance de l'hépatite B aiguë en France : données issues de la déclaration obligatoire, 2011-2022 [Internet]. Santé publique France; Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/16-17/2024_16-17_5.html

55. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B: Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2024. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER%20HEPB%202022_0.pdf

56. Hobart C, Pescarini JM, Evans L, Adil HS, Adil ST, Deal A, et al. Hepatitis B infection and immunity in migrant children and pregnant persons in Europe: a systematic review and meta-analysis. J Travel Med. 3 août 2024;31(6):taae094.

57. European Commission. Directorate General for Health and Food Safety. State of vaccine confidence in the European Union 2022. [Internet]. LU: Publications Office; 2022. Disponible sur: https://data.europa.eu/doi/10.2875/149743

58. Gavi. VaccinesWork. 2024. Pourquoi une dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance pourrait changer la vie. Disponible sur: https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/pourquoi-dose-vaccin-hepatite-b-naissance-pourrait-changer-vie

59. Syangbo A, Hickman M, Colledge-Frisby S, Leung J, Grebely J, Larney S, et al. Associations between the prevalence of chronic hepatitis B among people who inject drugs and country-level characteristics: An ecological analysis. Drug Alcohol Rev. mars 2023;42(3):569-81.

60. Shamarina D, Sluga-O'Callaghan M, Kassianos G, Marijam A, Dave V, Davenport E, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of European Healthcare Professionals towards Hepatitis A and Hepatitis B Vaccination in at-Risk Adults. Vaccines. 26 oct 2023;11(11):1645.

61. Centre fédéral d'expertsie des soins de santé. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.ist.kce.be/fr/index.html

62. Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile. Vademecum médical: Directives et instructions sur les soins médicaux [Internet]. Fedasil; 2023. Disponible sur: https://medimmigrant.be/IMG/pdf/vademecum_med_fr_v1_202304.pdf

63. Réseau Hépatite C - Service d'Accompagnement Mobile - Promotion de l'Accès aux Soins. Rapport d'activité 2021 [Internet]. Bruxelles; 2022. Disponible sur: https://reseauhepatitec.be/wp-content/uploads/2022/09/RHC_RA-2021_livret-interactif.pdf

64. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. [Internet]. LU: Publications Office; 2018. Disponible sur: https://data.europa.eu/doi/10.2900/154411

65. Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 juillet 2018 portant application de l'article 124, 1° de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé, en vue d'encadrer les tests d'orientation diagnostique de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine VIH [Internet]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2023/10/02_3.pdf#Page73

66. Communiqué de presse de la Ligue des droits humains, d' I.Care et Réseau Hépatite C -Bruxelles, d' I.Care et Réseau Hépatite C -Bruxelles. Prisons : toute personne détenue doit avoir accès au dépistage et au traitement de l'hépatite C, quel que soit son statut [Internet]. 2024. Disponible sur: https://reseauhepatitec.be/prisons-acces-soins/

67. Maticic M, Cernosa J, Loboda C, Tamse J, Rigoni R, Duffell E, et al. How far are we? Assessing progress in hepatitis C response towards the WHO 2030 elimination goals by the civil society monitoring in 25 European countries, period 2020 to 2023. Harm Reduct J. 20 nov 2024;21(1):203.

68. Brunetto MR, Ricco G, Negro F, Wedemeyer H, Yurdaydin C, Asselah T, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus. J Hepatol. août 2023;79(2):433-60.

69. Furquim d'Almeida A, Ho E, Govaerts L, Michielsen P, Sersté T, Bourgeois S, et al. Severe Liver-Related Outcomes in Patients With Hepatitis Delta: Results From a Multi-Ethnic Multicenter Long-Term Follow-Up Study. J Viral Hepat. févr 2025;32(2):e14060.

70. World Health Organization. Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination: technical report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373186/9789240078635-eng.pdf?sequence=1

ANNEXES

–

Annexe I: Données de l'INAMI - Codes de nomenclature utilisés pour analyser les tests liés aux hépatites[29]

HÉPATITE C

- Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale C, par la mise en évidence d'anticorps anti-VHC
  - 551154 (ambulant)
  - 551165 (hospitalisé)
- Détection de manière qualitative du virus de l'hépatite C[30] :
  - 556710 (ambulant)
  - 556721 (hospitalisé)
- Détection de manière quantitative du virus de l'hépatite C:
  - 556732 (ambulant)
  - 556743 (hospitalisé)
- Typage du génotype du virus de l'hépatite C
  - 556754 (ambulant)
  - 556765 (hospitalisé)

HÉPATITE B

- Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti-HBs par méthode non-isotopique
  - 551434 (ambulant)
  - 551445 (hospitalisé)
- Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBe par méthode non-isotopique
  - 551456 (ambulant)
  - 551460 (hospitalisé)
- Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence des anticorps anti HBc par méthode non-isotopique
  - 551471 (ambulant)
  - 551482 (hospitalisé
- Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B : par la mise en évidence de l'antigène HBs par méthode non-isotopique
  - 551390 (ambulant)
  - 551401 (hospitalisé)
- Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B : par la mise en évidence de l'antigène HBe par méthode non-isotopique
  - 551412 (ambulant)
  - 551423 (hospitalisé)
- Détection de manière quantitative du virus de l'hépatite B

[29] Les codes de nomenclature des prestations de santé sont disponibles dans la base de données NomenSoft de l'INAMI : https://webappsa.riziv-inami.fgov.be/Nomen/fr/search
[30] Ces codes ont été supprimés en mars 2023.

- 556776 (ambulant)
- 556780 (hospitalisé)

CRITÈRES DE REMBOURSEMENT DES DIFFÉRENTS TESTS[31]

	Critères de remboursement	Nombre maximum de fois
556710-556721 = ARN VHC	Suspicion d'infection au VHC chez un enfant d'une mère démontrée VHC-positive.	1X
	Confirmation de la présence du VHC chez un patient démontré positif pour des anticorps anti-VHC	1X
	Confirmation d'une infection au VHC chez des patients immuno-compromis, présentant des symptômes d'hépatite (y compris les patients dialysés), même en cas de résultat négatif de détection des anticorps anti-VHC	1X endéans les 3 mois de l'apparition des symptômes.
	Lors d'un accident par piqûre par une personne VHC positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite	1X endéans les 3 mois de l'accident
	Dans le cadre du suivi d'un traitement médicamenteux contre l'hépatite C.	4X si justifié
556754-556765 = génotype VHC	Lors de l'initialisation du traitement	1X
556776-556780 = ADN VHB	Lors de l'initialisation d'un traitement chez les patients chroniques positifs pour l'AgHBs de l'hépatite B.	1X, sauf pendant 1ère année de traitement : 3X
	Pour le suivi du traitement de patients chroniques positifs pour l'AgHBs de l'hépatite B.	2X/an
	Dans le cas de remontée subite des signes d'hépatite B chez les patients chroniques AgHBs positifs, sur base de tests hépatiques anormaux.	2X/an
551154-551165 = anti-VHC		8 numéros max, en « sérologie de virus »
551434-551445 = anti-Hbs	Non cumulable avec recherche isotopique des anti-HBs	8 numéros max, en « sérologie de virus »
551471-551482 = anti-Hbc	Non cumulable avec recherche isotopique des anti-HBc	8 numéros max, en « sérologie de virus »
551456-551460 = anti-Hbe	Non cumulable avec recherche isotopique des anti-HBe	8 numéros max, en « sérologie de virus »
551390-551401 = Ag Hbs	Non cumulable avec recherche isotopique des Ag HBs	8 numéros max, en « sérologie de virus »
551412-551423 = Ag Hbe	Non cumulable avec recherche isotopique des Ag HBe	8 numéros max, en « sérologie de virus »

[31] Nomenclature article 24bis : https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature-textes/nomenclature-article-24bis
Nomenclature article 24 : https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature-textes/nomenclature-article-24

Annexe II : Données de l'AIM - Codes ATC et critères utilisés pour identifier les traitements et certaines catégories de personnes

Personne traitée pour le VHC		
Dénomination commune internationale (nom du médicament)	Code ATC (variable ATC_PROD_L dans les base de données pharmanet et soins de santé de l'AIM)	Critères de définition
Asunaprevir (Sunvepra®)	J05AP06 - J05AE15	Présence d'au moins un de ces codes ATC pendant l'année considérée[32]
Boceprevir (Victrelis®)	J05AP03 - J05AE12	
Coblopasvir	J05AP12	
Daclatasvir (Daklinza®)	J05AP07 - J05AX14	
Daclatasvir, asunaprevir, beclabuvir (DCV Trio®)	J05AP58	
Dasabuvir (Exviera®)	J05AP09 - J05AX16	
Dasabuvir, ombitasvir, paritaprévir, ritonavir (Viekira Pak®)	J05AP52 - J05AX66	
Elbasvir	J05AP10	
Elbasvir, grazoprevir (Zepatier®)	J05AP54 - J05AX68	
Faldaprevir	J05AP04 - J05AE13	
Glecaprevir, pibrentasvir (Maviret®)	J05AP57	
Grazoprevir	J05AP11	
Ombitasvir, paritaprevir, ritonavir (Viekirax®)	J05AP53 - J05AX67	
Ravidasvir	J05AP13	
Simeprevir (Olysio®)	J05AP05 - J05AE14	
Sofosbuvir (Sovaldi®)	J05AP08 - J05AX15	
Sofosbuvir, velpatasvir (Epclusa®)	J05AP55, J05AX69	
Sofosbuvir, velpatasvir, voxilaprévir (Vosevi®)	J05AP56	
Sofosbuvir, ledipasvir (Harvoni®)	J05AP51, J05AX65	
Telaprevir (Incivo®)	J05AP02, J05AE11	

[32] Les traitement contre le VHC étant spécifique à cette pathologie, aucun autre critère n'est nécessaire

Personnes étant ou ayant été sous traitement de substitution aux opiacés		
Dénomination commune internationale (nom du médicament)	Code ATC (variable ATC_PROD_L dans les base de données pharmanet et soins de santé de l'AIM)	Critères de définition
Chlorydrate de méthadone	N07BC02	Présence d'un de ces codes ATC au moins une fois pendant les années 2015 à 2022
Buprenorphine (Subutex®)	N07BC01	
Buprenorphine, naloxone (Suboxone®)	N07BC51	

Personnes vivant avec le VIH
Critères de définition
Personne avec variable FKG_HIV=1, telle que définie par l'IMA sur base des indicateurs de Zorginstituut Nederland[33].

[33] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/10/13/bijlage-2-referentiebestand-fkg_c-2024

Annexe III : Registre des décès - Codes CIM- 10 utilisés pour l'analyse de la mortalité liée aux hépatites[34]

Pour l'analyse des décès « dus à » ou « avec » une hépatite B ou C :

- Hépatite C aiguë : B17.1
- Hépatite C chronique: B18.2
- Hépatite B aiguë sans co-infection avec l'agent delta: B16.2 + B16.9
- Hépatite B aiguë avec co-infection avec l'agent delta: B16.0 + B16.1
- Hépatite B chronique sans co-infection avec l'agent delta: B18.1
- Hépatite B chronique avec co-infection avec l'agent delta: B18.0
- Hépatite D aiguë sur hépatite B chronique : B17.0

Pour l'analyse des causes associées / décès attribuables à une hépatite B ou C :

- Hépatocarcinome : C22.0

[34] Les codes utilisés peuvent être retrouvés ici : https://icd.who.int/browse10/2019/en#/

Annexe IV : Définition des cas d'hépatite B aiguë - Notification obligatoire de la région flamande[35]

Cas probable

- patient présentant un tableau clinique suggestif d'une hépatite ET un AgHBs+

OU

- patient avec un AgHBs+ ET au minimum une augmentation de l'alanine aminotransférase (ALT) sérique >100 IU/L

Cas confirmé

- patient présentant un tableau clinique suggestif ET une confirmation en laboratoire

Critères de confirmation en laboratoire

- AgHBs + et IgM anti-HBc +.

OU

- passage de l'AgHBs de - à +

OU

- passage de la PCR HB (ADN) de - à +

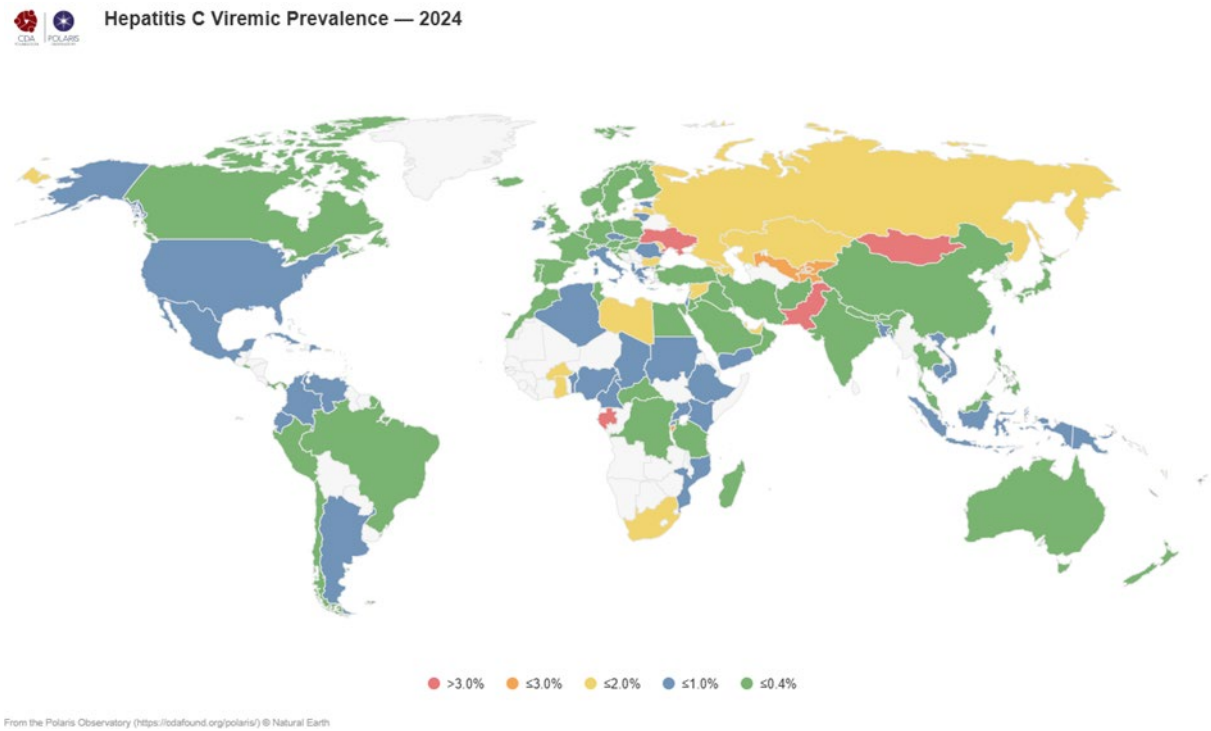
Tableau clinique suggestif d'une évolution symptomatique aiguë

- Fatigue, état grippal, manque d'appétit, nausées (parfois accompagnées de vomissements), gêne abdominale ; parfois fièvre, ictère, urines foncées et selles décolorées.

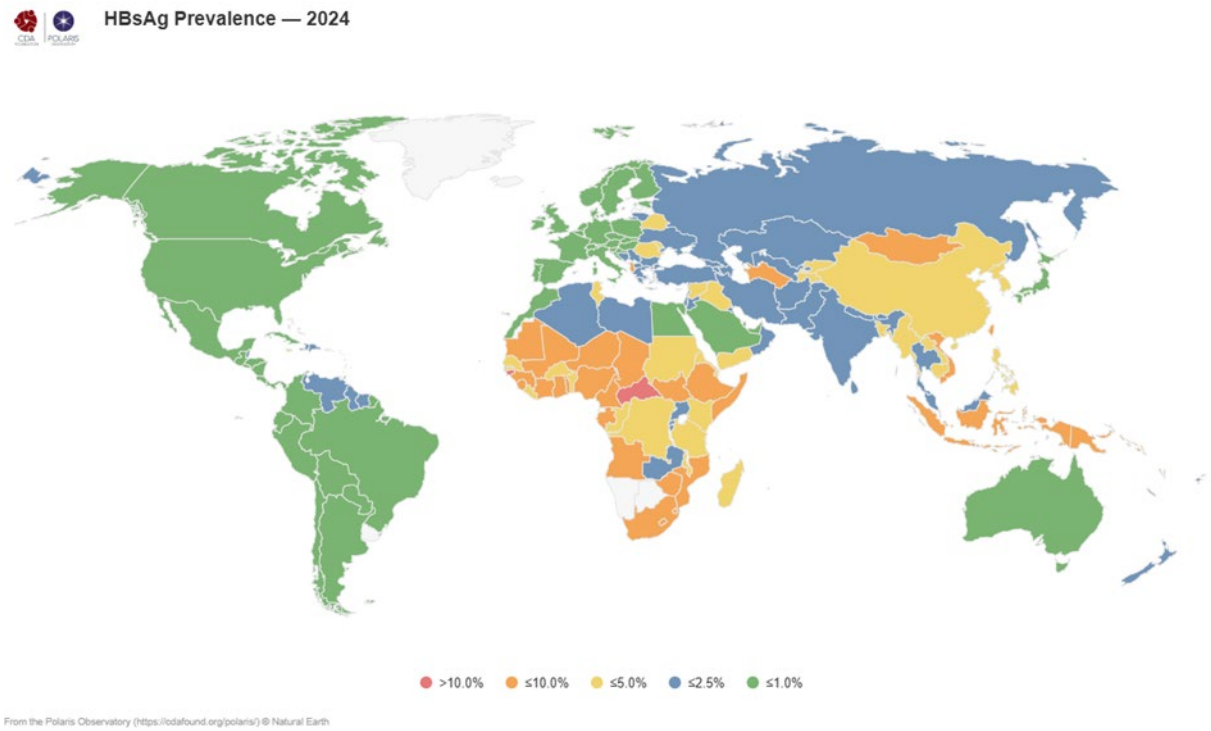
[35] Disponible sur le site de Departement Zorg: https://www.zorg-en-gezondheid.be/hepatitis-b

Annexe V : Distribution globale des hépatites virales B et C [36]

Prévalence globale de l'hépatite C active (ARN du VHC), 2024



Prévalence globale de l'hépatite B (AgHBs), 2024



[36] Ces cartes sont issues de la page internet de l'observatoire Polaris (https://cdafound.org/polaris/global-distribution/), fondé par le « Center for Disease Analysis » (CDAF) pour fournir des données épidémiologiques, des outils de modélisation, des formations et des analyses décisionnelles en vue de soutenir l'élimination des hépatites B et C dans le monde d'ici à 2030.

Annexe VI : Objectifs OMS en matière d'élimination des hépatites virales B et C - Cibles et indicateurs clés

Les différents indicateurs et cibles préconisés par l'OMS en 2016 ont été mis à jour en 2023, notamment via la publication par l'OMS de directives pour la validation de l'élimination par les pays (70) et par la publication la même année d'un plan d'action régional 2022-2030 pour l'Europe (3).

L'utilisation des cibles d'impact absolues est maintenant recommandée plutôt que les cibles d'impact relatives développées en 2016, afin de standardiser l'approche entre les pays et de faciliter la mesure des indicateurs en cas d'absence de données pour l'année de référence 2015 (70).

Les tableaux ci-dessous présentent les indicateurs clés et leurs cibles aux horizons 2025 et 2030.

Indicateurs d'impact	Cibles 2025	Cibles 2030
Incidence annuelle d'infections par le VHC	≤ 13/100 000	≤ 5/100 000
Incidence annuelle d'infections par le VHC parmi les UDI	≤ 3/100	≤ 2/100
Incidence annuelle d'infections par le VHB	≤ 11/100 000	≤ 2/100 000
Prévalence de l'AgHBs au sein des enfants âgés de 5 ans ou moins *	≤ 0.5%	≤ 0.1 %
Prévalence de l'AgHBs au sein des cohortes vaccinées ou des femmes enceintes**	≤ 0.5%	≤ 0.1%
Mortalité annuelle due au VHC	≤ 3/100 000	≤ 2/100 000
Mortalité annuelle due au VHB	≤ 7/100 000	≤ 4/100 000
Mortalité annuelle combinée VHC et VHB		≤ 6/100 000

** Indicateur spécifié dans les documents de l'OMS présentant les « cibles globales », et devant être adapté au contexte local (2,70).*

*** Indicateur spécifique au plan d'action régional européen (3) .*

Indicateurs de couverture des services	Cibles 2025	Cibles 2030
Sécurité transfusionnelle (% d'unités de sang dépistées pour les maladies transmissibles par le sang)	100%	100%
Sécurité des injections (% d'injections pratiquées avec du matériel sécurisé dans les établissements de santé)	100%	100%
Nombre d'aiguilles et de seringues stériles fournies par an et par UDI	200	300
% des UDI sous TSO	≥40%	≥40%
% des personnes vivant avec une hépatite virale B ou C diagnostiquées	≥60%	≥90%
% des personnes diagnostiquées avec une hépatite C traitées	≥50%	≥80%
% des personnes diagnostiquées avec une hépatite B et éligibles au traitement traitées	≥50%	≥80%
Couverture du vaccin contre le VHB chez les nourrissons (trois doses)	≥95%	≥95%
Prévention de la mère à l'enfant : couverture par la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B ou autre méthode de prévention de la transmission mère-enfant	≥90%	≥95%
% de femmes enceintes dépistées pour l'hépatite B	≥90%	≥95%

CONTACT
Laure Mortgat • T+32 2 642 52 60 • Laure.Mortgat@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

–

Rendez-vous sur notre site web >www.sciensano.be ou contactez-nous à l'adresse >info@sciensano.be

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : C. Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique