

## ***Révolution thérapeutique dans le domaine de l'hépatite C : un immense vent d'espoir, mais une urgence pour la Belgique à élargir l'accès au dépistage et au traitement.***

Dans le cadre de la « Testing Week », initiative visant à promouvoir le dépistage précoce du VIH et des hépatites, l'ASBL Réseau Hépatite C dénonce les difficultés que rencontrent une partie importante de ses patients à être dépisté et à accéder aux traitements.

Les consommateurs de drogues sont les plus exposés au virus de l'hépatite C. C'est une maladie dont on peut guérir aujourd'hui. Pourtant ces populations à risque souffrent d'une absence d'accès au traitement mais également au dépistage, sans une offre élargie des TRODs (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique). Les usagers de drogues constituent un réservoir du virus, ce qui représente un risque en termes de santé publique pour l'ensemble de la population. Nous, professionnels du secteur social- santé et spécialisés dans la prise en charge des addictions, appelons les autorités publiques à adopter de toute urgence une nouvelle stratégie de lutte contre l'hépatite C qui tiendra compte de la révolution thérapeutique apportée par les nouveaux traitements anti-viraux à action directe (AAD). Il y a urgence à combler le retard de la Belgique en la matière afin d'espérer atteindre l'objectif fixé par l'organisation mondiale de la santé, à savoir éradiquer l'hépatite C d'ici 2030.

Cette stratégie aura les objectifs suivants :

- **Simplifier le dépistage** avec l'utilisation non médicalisée rendue possible et légale des tests rapides d'orientation diagnostique (TRODs) non invasifs validés et implémentés dans de nombreux pays européens.
- Élargir l'accès aux traitements à tous les patients infectés par le virus de l'hépatite C : proposer un **traitement universel** quel que soit le stade de fibrose hépatique et y compris en cas d'hépatite virale C aiguë : comme le préconisent les recommandations européennes et à l'instar de ce qui est fait dans de nombreux pays
- **Simplifier le parcours de soins** et adopter l'approche de « l'outreach » ou « aller vers les usagers, là où ils sont » ; diminuer le nombre d'étapes entre le diagnostic et la mise sous traitement avec l'approche « dépistage et traitement » (« **Test and Treat** »).
- **Rembourser les examens biologiques** nécessaires tels que la PCR qui doit être répétée pour rechercher d'éventuelles réinfections chez des consommateurs actifs.
- Rembourser les examens permettant l'évaluation non invasive de fibrose tel que le Fibroscanner, qui demeurera important même si l'accès au traitement n'est plus conditionné par le diagnostic d'une fibrose avancée, dans la mesure où les patients, ayant une fibrose sévère ou une cirrhose, doivent bénéficier d'une surveillance rapprochée et spécialisée. Par ailleurs cet examen comporte une dimension motivationnelle pour les patients dans la prise en charge de leur santé.
- **Renforcer et diversifier les dispositifs de réduction des risques** afin de prévenir les réinfections.

Pour l'ASBL Réseau Hépatite C – Bruxelles

Dr Lise Meunier  
Hépatogastroentérologue

## Background

La prise en charge de l'hépatite C a radicalement changé ces dernières années avec l'avènement des antiviraux à action directe (AAD). Ces traitements particulièrement efficaces et bien tolérés permettent de guérir de l'hépatite C dans plus de 95% des cas.

Il s'agit donc réellement d'une révolution thérapeutique. Ces changements majeurs ont conduit l'organisation mondiale de la santé (OMS) à fixer comme objectif l'éradication de l'hépatite C d'ici à 2030, ce qui était inenvisageable il y a seulement quelques années. Il convient donc de souligner l'importance de l'espoir suscité par ces progrès scientifiques. (1)

Pour y parvenir, l'un des points clés faisant consensus dans la littérature scientifique est de traiter en priorité les populations particulièrement concernés par l'infection virale C dites « populations à risque », qui constituent ce que l'on appelle le « réservoir du virus ». C'est le cas des usagers de drogues, qui du fait de la très forte prévalence de l'hépatite C fait de cette population « la principale charge mondiale de la maladie ». (2,3,4)

Ainsi, l'ensemble des experts s'accordent sur le fait que l'éradication de l'hépatite C n'est envisageable que si les usagers de drogues, principal « réservoir du virus », sont dépistés, traités et guéris de l'hépatite C.

Pourtant, force est de constater que les usagers de drogues, ne bénéficient encore que trop peu de ces avancées thérapeutiques. A l'instar de ce que l'on a connu au début de l'épidémie du VIH, nous sommes confrontés au phénomène de « cascade de soins ». Une littérature scientifique abondante s'intéresse à ce phénomène. C'est le terme consacré pour décrire la perte des patients à chaque étape entre le dépistage, la mise au point de la maladie du foie, la rencontre avec le spécialiste, la décision de l'indication au traitement, le traitement lui-même et le suivi de celui-ci. Repenser le parcours de soins de nos patients usagers de drogues souvent exclus du système de soin classique, du fait de la précarité sociale et/ou psychique, est donc indispensable. (5,6,7,8,9,10,11,12,13)

Ainsi ont émergé les concepts d' « outreach » et de « Test and Treat » que nous défendons.

« L'outreach » signifie atteindre les patients marginalisés en proposant certains dispositifs de soins là où se trouvent habituellement les usagers : en rue, dans les comptoirs d'échanges de seringues ou dans les structures de soins prescrivant ou délivrant des traitements de substitutions aux opiacés. Cela sous entend de sortir de l'hôpital pour rendre accessibles certains dispositifs de soins restant sinon inaccessibles pour cette population trop souvent en marge du parcours de soins classique.

L'approche « Test and Treat » : « dépister et traiter » vise à limiter le nombre d'étapes entre le dépistage et le traitement et à traiter tous les patients usagers. Certains défendent la notion de visite unique (« single visit ») qui permettrait de dépister, confirmer l'hépatite C chronique et d'initier le traitement en une seule visite médicale et pas nécessairement chez un hépatologue mais par un médecin généraliste.

Enfin, les recommandations européennes d'hépatologie préconisent le traitement par les AAD de tous les usagers de drogues quel que soit le stade de fibrose hépatique, qu'il s'agisse ou non de consommateurs actifs. (17) C'est ce qui est déjà proposé et implémenté dans certains pays dotés d'une stratégie de lutte contre l'hépatite C actualisée. (18) En effet, la réduction du principal « réservoir du virus » que sont les usagers de drogues est la condition principale

permettant d'atteindre l'objectif de maîtrise de l'infection virale C, selon le concept de « Traitement comme prévention ». (Rappelons qu'en Belgique aujourd'hui seuls les patients ayant atteint un certain stade de fibrose (F2) ont accès au traitement)

Mais pour avoir un impact maximal de santé publique, le traitement universel seul ne suffit pas. (14,15,16) Il doit être conjugué à une amplification parallèle des dispositifs de réduction des risques (RDR). Ainsi, l'efficacité optimale en termes de santé publique est obtenue par une approche combinant traitement universel et dispositifs multiples de RDR. L'impact des services de RDR est maximal quand l'offre de services est diversifiée associant Programme d'échange de seringues (PES), traitements de substitution aux opiacés (TSO) mais également d'autres dispositifs tels que les salles de consommations à moindre risque, des programmes d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) et enfin des programmes d'héroïne médicalisée. C'est bien la diversité et la multiplicité des dispositifs de RDR qui ont le plus d'impact en terme de santé publique. Ces dispositifs multiples de RDR apparaissent également aujourd'hui comme fondamentaux afin de limiter au maximum les risques de réinfection virales par le virus de l'hépatite C, qui constitue l'un des défis à venir.

1. OMS Programme mondial de lutte contre l'hépatite : stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016.
2. HCV epidemiology in high-risk groups and the risk of reinfection. Midgard et al. *Journal of hepatology* 2016 vol 65
3. Review Hepatitis C: global epidemiology and strategies for control. S. Lanini. *Clinical microbiology and infection* 2016
4. Hepatitis C treatment as prevention of viral transmission and liver-related morbidity in persons who inject drugs. Cousien, *Hepatology* 2016
5. Expanding access to prevention, care and treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs, editorial *International journal of Drug policy* 26 (2015)
6. Evidence-based interventions to enhance assessment, treatment, and adherence in the chronic hepatitis C care continuum. Meyer et al *International journal of drug policy* oct 2015
7. Soulier A *J Infect Dis.* 2015 Sep 2.
8. A Rise in testing and diagnosis associated with Scotland's Action Plan on Hepatitis C and introduction of dried blood spot testing. McLeod A *J epidemiol Community Health.* 2014
9. Liver disease knowledge and acceptability of non invasive liver fibrosis assessment among people who inject drugs in the drug and alcohol setting: the LiverRlife Study . Marshall et al . 2015 *International Journal of Drug policy*, 26 (10) 984-991
10. FibroScann used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study. . Foucher et al *Journal of Viral hepatitis*, 16, 121-131
11. Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all . Bruggmann et al. *Clin Infect Dis.* 2013 Aug
12. Evaluation of two community-controlled peer support services for assessment and treatment of hepatitis C virus infection in opioid substitution treatment clinics: The ETHOS study, Australia. . Treloar et al 2015: *International journal of drug policy*
13. The effect of social functioning and living arrangement on treatment intent, specialist assessment and treatment uptake for hepatitis C virus among people with a history of injecting drug use: the ETHOS study. Fortier et al. *International journal of drug policy*
14. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD012021.
15. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2017;5:e1208–e1220
16. Rapport Dhumeaux 2016: prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.
17. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018 *Journal of hepatology*
18. Recommandations 2018 de l'association Française d'études sur le foie (AFEF) sur la prise en charge de l'hépatite virale C.