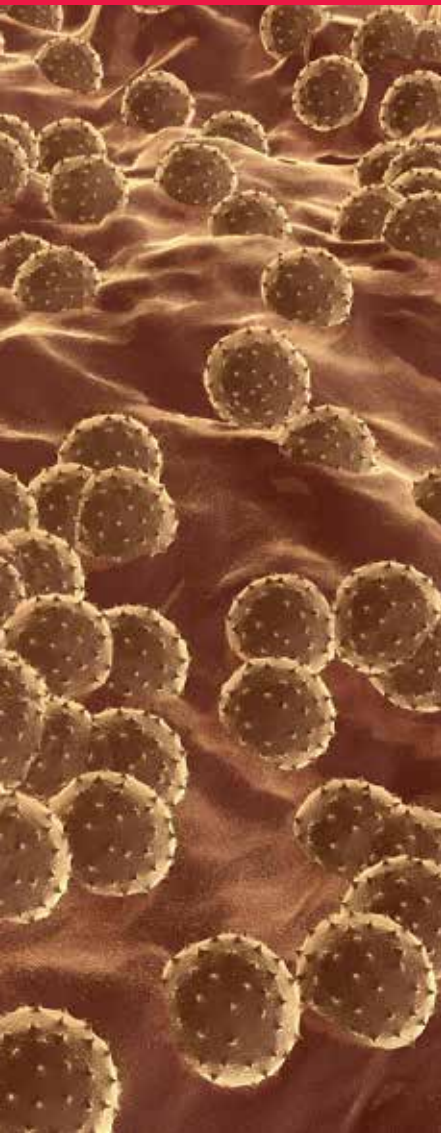


GUIDE PRATIQUE SUR L'HÉPATITE C À L'ATTENTION DES JOURNALISTES



1. UN PROBLÈME SANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE	2
2. LES DONNÉES DE BASE	8
2.1 LE NOMBRE DE CAS	8
2.2 PROGRESSION DE LA MALADIE	10
2.3 LES RISQUES D'INFECTION	11
3. LE TRAITEMENT	12

UN PROBLÈME SANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE

L'hépatite C, causée par le virus de l'hépatite C (VHC), s'est lentement propagée pour atteindre des proportions dramatiques. Si cette maladie a fait les manchettes au cours des dernières années, ce n'est pas seulement pour ses impacts négatifs sur la santé, mais également parce qu'elle a des répercussions économiques, politiques et éthiques.

Voilà pourquoi les journalistes généralistes de même que les journalistes en santé et en sciences se sont penchés sur cette maladie. Ils ont parfois éprouvé certaines difficultés à se retrouver parmi l'imposante quantité d'informations souvent diffusée par des entreprises ayant un intérêt manifeste à entretenir le battage médiatique autour de cette maladie et de ses conséquences.

Cela ne veut pas dire pour autant que l'hépatite C est une maladie bénigne. Il s'agit d'un réel problème, comme le montre la morbidité associée à cette maladie (voir la Fiche d'information 1). La manière dont cette maladie est prise en charge demeure toutefois controversée, et il est donc essentiel qu'une presse indépendante puisse accéder à de l'information objective pour couvrir adéquatement ce dossier.

UN PROBLÈME SANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE

Bien que les médecins connaissent depuis des années l'hépatite C (voir page 8) – qui a longtemps été appelée « hépatite non A non B » –, ils n'ont pas attiré l'attention du public sur elle. La situation a toutefois changé depuis que des traitements efficaces sont offerts, à tel point que cette maladie fait désormais la une des médias.

De nos jours, un grand nombre des 700 000 décès causés chaque année par l'hépatite C pourraient être évités si ce n'était des prix prohibitifs des médicaments. Aux États-Unis, une dose unique de sofosbuvir – qu'il s'agisse d'un comprimé de marque SOVALDI contenant cette seule molécule, ou d'un comprimé de marque HARVONI combinant cette molécule au lédirasvir – coûte environ USD 1 000 \$, ce qui porte le coût d'un traitement complet jusqu'à USD 95 000 \$. De tels prix rendent le traitement prohibitif pour bon nombre de patients, même dans les pays les plus riches. Par ailleurs, il n'existe pas de données fiables permettant de connaître réellement le nombre de personnes infectées dans le monde, soit celles qui bénéficieraient le plus d'un traitement. Qui plus est, il demeure difficile de savoir si les médicaments employés pour ces traitements sont aussi sûrs que l'industrie pharmaceutique le prétend, car la majeure partie des études disponibles sont financées par celle-ci.

Un récent rapport publié en janvier 2017 par l'Institute for Safe Medication Practices, une organisation à but non lucratif, soulève certains doutes quant à l'innocuité de ces médicaments. En analysant les données de patients traités pour l'hépatite C qui ont été colligées par la Food and Drug Administration, les auteurs du rapport ont relevé 524 cas d'insuffisance hépatique lors d'une seule année. Quoique faible, ce nombre de cas demeure significatif. Parmi ces 524 cas, 165 se sont révélés mortels. Au cours de la même période, un peu plus de 1 000 autres patients ont présenté de graves lésions hépatiques, auxquels s'ajoutent 761 autres cas chez qui le traitement s'est montré inefficace.

Ces révélations ne devraient pas avoir pour effet de jeter le discrédit sur les nouvelles thérapies, alors que celles-ci ont fait progresser la médecine en permettant pour la première fois à des patients jusqu'alors sans espoir de se débarrasser du virus et de recouvrer la santé. Celles-ci rappellent plutôt la nécessité d'évaluer chaque intervention médicale en tenant compte de ses bénéfices, mais également de ses coûts et de ses risques. Elle souligne en outre que cette analyse peut varier d'une personne à l'autre selon son âge, la gravité de ses lésions hépatiques, la présence d'autres maladies, voire de son style de vie ou de ses valeurs. Cet aspect sera abordé plus en profondeur dans le cadre d'une discussion sur l'éventualité de procéder à des tests de dépistage à l'échelle de populations entières, et de traiter la totalité des personnes infectées.

QUI A BESOIN D'ÊTRE TRAITÉ ?

Des études montrent que les nouveaux médicaments contre l'hépatite C possèdent des avantages économiques, à tout le moins pour l'individu, car le traitement des maladies causées par le VHC et le recours à des transplantations hépatiques ou à des thérapies pour contrer le cancer du foie s'avèrent extrêmement coûteux. Cela dit, l'investissement nécessaire pour traiter l'ensemble des patients atteints d'hépatite C reste énorme. Même si les prix des médicaments venaient à chuter de manière considérable, cette somme resterait prohibitive.

Il est souvent dit que les nouvelles thérapies peuvent provoquer la ruine des régimes d'assurance-médicaments. Néanmoins, comme c'est le cas pour tout nouveau médicament coûteux, des choix devront être faits, et les prix devraient diminuer au fil du temps.

Concrètement, cela signifie qu'il sera impossible de traiter dans l'immédiat la totalité des personnes infectées par le VHC. Il sera nécessaire d'établir un processus de priorisation et de sélection qui devra tenir compte de la lente évolution de la maladie. Des lignes directrices tenant compte de la gravité de la maladie, du génotype du virus, de la comorbidité, et des interactions avec les médicaments utilisés pour traiter d'autres maladies sont déjà en cours d'élaboration. Dans le même ordre d'idée, plusieurs pays développent diverses stratégies en fonction de la prévalence de la maladie et des fonds disponibles.

POURQUOI CES TRAITEMENTS COÛTENT-ILS SI CHER ? (OU : LE PROBLÈME DES COÛTS)

La manière de fixer les prix des médicaments, l'ampleur des profits qu'ils rapportent et l'importance des bénéfices pour la santé qu'ils procurent font l'objet de vifs débats, notamment en raison du très grand nombre de personnes atteintes d'hépatite C. Certains experts considèrent que les prix qu'exigent les entreprises pharmaceutiques pour les nouveaux médicaments qu'elles créent dépendent des sommes qu'elles peuvent obtenir des gouvernements et des compagnies d'assurance plutôt que de leurs coûts réels bonifiés d'une marge de profit raisonnable. De leur côté, les entreprises pharmaceutiques affirment que les coûts de recherche et développement sont astronomiques, et que les médicaments, bien que coûteux, représentent de bons investissements si les bénéfices pour les personnes souffrantes et le nombre de futurs cas d'infection par le VHC évités sont pris en considération.

En réalité, il est généralement difficile de savoir ce que coûtent réellement les médicaments, car leurs prix varient d'un pays à l'autre; en outre, les régimes d'assurance-médicaments, tant publics que privés, négocient des rabais.

Dans le cas des médicaments contre le VIH/SIDA, ce mode de tarification à plusieurs niveaux et les ententes conclues avec des fabricants de médicaments génériques ont permis de faire baisser les prix de façon marquée, ce qui a permis de les rendre accessibles à des millions de personnes.

Cependant, nous ne savons pas si les médicaments contre l'hépatite C suivront une telle tendance. Gilead Inc., qui est la première entreprise à avoir mis ces nouveaux médicaments (Sovaldi et Harvoni) sur le marché, a octroyé des licences à 11 fabricants de produits génériques indiens afin qu'ils distribuent ces médicaments dans 101 pays en développement, sans avoir le droit de les expédier vers des pays à revenu élevé. En Inde, ces médicaments se vendent normalement 384 \$ le flacon – soit environ 14 \$ le comprimé –, ce qui est environ 100 fois moins cher qu'aux États-Unis. Cette situation a donné lieu à une forme de « tourisme médical », par lequel un flux grandissant de patients riches se rendent en Inde pour se faire traiter à moindre coût.

Des journalistes ont effectué des reportages sur ces touristes durant leur périple médical afin de faire état de leurs espoirs et de leurs craintes.

Des licences ont également été accordées à deux fabricants de produits génériques en Égypte et à un autre au Pakistan, mais ces ententes excluent les pays à moyen revenu comme le Brésil, la Chine, la Turquie, la Thaïlande et l'Ukraine, où de nombreux patients ne sont pas en mesure de se payer ces médicaments. C'est pourquoi l'organisation internationale à vocation médicale et humanitaire Médecins Sans Frontières (MSF) a soutenu de nombreuses initiatives juridiques dans plusieurs pays (Inde, Argentine, Brésil, Russie, Thaïlande et pays de l'Union européenne) afin de contester les brevets de Gilead et d'exiger l'autorisation de la production générique de sofosbuvir. Les brevets s'appliquant au sofosbuvir ont déjà été invalidés en Égypte, en Chine et en Ukraine de manière à ce que ce médicament soit accessible aux patients qui en ont le plus besoin. Cette cause est toujours devant les tribunaux, et ses conséquences économiques et sociales sont suivies de près par les médias.

PRÉVENTION

Nul besoin de réinventer la roue pour prévenir la propagation du VHC. La plupart des stratégies nécessaires sont déjà employées pour prévenir la transmission du VIH/SIDA : analyse des dons de sang et de produits sanguins, application des précautions universelles permettant de contrôler les infections, éducation de la population, et application de mesures de réduction des risques. Par ailleurs, plusieurs mesures mises en place contre le VIH/SIDA ont vraisemblablement contribué à limiter la propagation du VHC, car les deux virus partagent les mêmes voies de transmission, et ils sont parfois simultanément présents chez un même patient.

Le VHC peut toutefois rester actif en dehors du corps humain plus longtemps que le VIH. Conséquemment, les mesures permettant de contrôler les infections (exemple : lavage des mains, stérilisation du matériel médical réutilisable, nettoyage des surfaces) doivent être respectées de manière plus scrupuleuse dans le cas du VHC.

Les efforts de prévention déployée contre le VIH/SIDA ne sont jamais parvenus à contrer efficacement l'un des principaux facteurs contribuant à la propagation d'infections transmissibles par le sang dans les pays à faible et moyen revenu : les injections inutiles. En Égypte, où l'hépatite C a atteint les proportions d'une épidémie généralisée, le VHC est surtout détecté chez les personnes recevant ou ayant déjà reçu des injections médicales. D'importants efforts en matière d'éducation devront être investis afin de mettre fin à la réutilisation d'aiguilles lors de vaccinations ou d'injections à d'autres fins.

Évidemment, les meilleurs moyens de contrer la propagation de maladies infectieuses comme l'hépatite C résident dans un système de santé qui fonctionne adéquatement, un personnel médical bien formé – ce qui manque à de nombreux pays –, et une volonté politique d'investir dans des soins de santé plus sûrs.

UNE SITUATION DIFFÉRENTE DANS CHAQUE PAYS

En ce qui concerne le traitement de l'hépatite C, le fossé ne cesse de s'élargir entre les pays riches et pauvres, et ce, même si la situation s'est améliorée pour un certain nombre de ces derniers.

Les journalistes de différents pays devraient porter attention aux informations diffusées en ligne, qui se concentrent surtout sur l'Europe et les États-Unis, même si la situation diffère grandement d'une région du monde à une autre.

Il n'y a pas que le prix des nouveaux médicaments qui pose problème; le fait que ceux-ci sont plus efficaces pour traiter les génotypes de VHC les plus fréquemment rencontrés dans les pays développés est tout aussi préoccupant. Heureusement, toutefois, d'autres médicaments encore plus récents permettent de combler cette lacune, bien que la question de leur accessibilité demeure en suspens.

Autre bonne nouvelle : puisque les nouveaux médicaments contre le VHC s'attaquent à d'autres composantes du virus que celles ciblées par les médicaments des précédentes générations, il y a peu de chances qu'un phénomène de résistance se développe, comme cela a été observé dans le cas des médicaments contre le SIDA.

LE PROBLÈME NE S'ARRÊTE PAS AUX MÉDICAMENTS

Les discussions entourant le coût du traitement de l'hépatite C se sont indûment concentrées sur les médicaments qui, en réalité, ne sont à l'origine que d'une fraction des coûts d'ensemble.

Comme ce fut le cas pour les médicaments contre le VIH/SIDA, la nécessité de réduire les prix des médicaments contre le VHC fait l'objet de discussions, notamment dans les milieux où les ressources sont rares. Les entreprises pharmaceutiques auront un rôle important à jouer dans ces négociations, et il y a fort à parier que le regroupement de brevets et les accords de licences seront proposés en guise de solutions.

Toutefois, les journalistes doivent comprendre que le coût des médicaments ne représente qu'une partie du problème, et qu'en conséquence, l'accès à des médicaments moins coûteux ne constitue qu'une partie de la solution.

En raison de l'efficacité de ces nouveaux traitements, des mesures ont été entreprises afin d'accroître la portée des opérations de dépistage, ce qui ne va pas sans soulever de nombreuses questions d'ordre pratique et éthique.

S'il est question de traiter une population, il est d'abord nécessaire de mener des tests afin de dépister les personnes infectées. Si les tests de dépistage sont relativement abordables, les tests nécessaires à l'identification du génotype du virus ne le sont pas. Il est en outre nécessaire de tester le fonctionnement du foie afin de déterminer quelles personnes sont les plus atteintes et d'évaluer l'efficacité du traitement. Tous ces tests nécessitent des équipements de laboratoire de haute technologie et du personnel bien formé, sans parler d'un système de soins de santé adéquat.

Chose plus importante encore : même si une personne est guérie de son infection par le VHC, sa maladie hépatique ne disparaîtra pas par magie. Le foie peut en effet avoir subi des dommages pendant des décennies, risquant ainsi de présenter un hépatome ou une cirrhose. En conséquence, les économies réelles risquent d'être moins importantes qu'annoncées.

Il importe en outre de comprendre qu'un remède ne procure pas l'immunité d'un vaccin. Ainsi, une personne peut être réinfectée par le VHC, même après avoir subi un traitement coûteux. Considérant ce fait, faut-il refuser de traiter les personnes dont les comportements augmentent leurs chances de s'infecter ? Même à elle seule, l'idée d'un dépistage universel – qui, de l'avis de plusieurs groupes soutenant les personnes atteintes de maladies du foie, devrait s'étendre à toutes les personnes nées avant 1975 – engendre de terribles dilemmes éthiques.

Si la décision est prise de soumettre l'ensemble de la population à un test de dépistage, est-il alors obligatoire de traiter toutes les personnes infectées ? Est-il éthiquement acceptable – et responsable – d'annoncer à des personnes qu'elles sont infectées par un virus oncogène, pour ensuite leur dire que les traitements sont prohibitifs et conséquemment hors de la portée de leur bourse ? Advenant l'administration de tests de dépistage, les personnes infectées seront-elles marginalisées et discriminées au point de perdre leur emploi, par exemple ?

Les nouveaux traitements contre l'hépatite C constituent peut-être des miracles médicaux, mais peuvent devenir un cauchemar pour les décideurs politiques, notamment ceux qui sont responsables de gérer les budgets en santé.

À la lumière de ces faits, il faut comprendre que la médecine n'est qu'une partie du remède à l'hépatite C. À l'échelle planétaire, le VHC représente un défi sur le plan politique autant que sur celui de la santé publique.

OUTRE LEURS COÛTS, LES TRAITEMENTS COMPORTENT D'AUTRES ENJEUX

L'hépatite C est une maladie dont le traitement draine une grande quantité de ressources, ce qui peut poser un défi au système de santé de bon nombre de pays. Un système de santé robuste reste donc nécessaire, car le nombre de cas en constante augmentation peut dépasser les capacités de ce dernier, même s'il compte parmi les mieux financés.

Afin de composer avec l'écrasant fardeau du VIH/SIDA, certains pays à faible et moyen revenu ont mis sur pied un système de santé parallèle, qui prend exclusivement en charge les patients infectés par le VIH ou atteints du SIDA. Cette dernière approche recourant à des « programmes verticaux » pourrait-elle également s'appliquer au VHC ? Cette offre de soins spécialisés renforcerait-elle ou affaiblirait-elle l'ensemble du système de santé ? L'expérience des pays de l'Afrique de l'Ouest qui ont connu l'épidémie d'Ebola en 2014-2015 montre que cette approche peut se révéler contre-productive, et affaiblir le reste du système au point de le rendre vulnérable à tout nouveau défi. Idéalement, il faudrait investir dans des programmes pour traiter les maladies telles que le SIDA et l'hépatite C de manière à ce que cela renforce le système dans son ensemble.

Les pays dotés d'une politique contre l'hépatite C possèdent habituellement un système de santé fonctionnel sur lequel s'appuyer, ce qui permet d'y intégrer des mesures destinées au contrôle de l'hépatite C.

Il faut cependant noter que l'expertise développée dans le cadre des programmes dirigés contre le VIH/SIDA pourrait également être employée dans la lutte contre l'hépatite C notamment en raison du fait que la charge de morbidité du VIH/SIDA diminue alors que celle du VHC augmente.

LES PAYS DOIVENT-ILS SE DOTER D'UNE POLITIQUE PROPRE À L'HÉPATITE ?

Comme c'est souvent le cas, cela dépend du contexte local, que tout journaliste devrait explorer. Si le système de santé possède la capacité et les ressources nécessaires pour traiter et suivre un patient atteint d'hépatite chronique de la même manière qu'il le ferait pour un patient souffrant de n'importe quelle autre maladie, alors une telle politique n'est probablement pas requise.

Si, toutefois, ce système de santé n'est pas en mesure de le faire, la mise en place d'un plan inspiré du savoir-faire du Programme mondial de lutte contre l'hépatite de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pourrait s'avérer pertinente, car un tel plan permettrait de savoir quelles mesures prendre et dans quel ordre. Ce plan pourrait également servir d'outil de responsabilisation, permettant ainsi d'assurer le respect des protocoles.

L'augmentation du nombre de cas de personnes limite toutefois cette stratégie. Gérer une crise sanitaire engendre habituellement des coûts financiers et administratifs qui se répercutent dans d'autres segments du système. La majorité, voire la totalité, des systèmes de santé utilisent tous les fonds et tout le personnel mis à leur disposition. Les budgets et les ressources sont limités, même dans le cas des systèmes de santé les plus robustes, les plus développés et les mieux pourvus. L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a constitué une telle surcharge pour la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone que ces pays n'ont pas été en mesure, malgré l'aide étrangère, de gérer les autres problèmes graves de santé; les soins de santé prodigués aux mères, la lutte contre le paludisme, les programmes de vaccination et de nombreuses salles d'urgence ont donc gravement été touchés. Même les pays à revenu élevé peuvent rencontrer des problèmes s'ils doivent affronter une soudaine hausse de la demande pour un traitement ou un test particulier. Par exemple, après avoir commencé à offrir le dépistage de cancers colorectaux aux personnes âgées de 50 à 74 ans, le système de santé danois a observé un allongement inattendu des listes d'attentes. Un nombre beaucoup plus grand que prévu de patients a eu besoin de suivis coloscopiques, au point où plusieurs services hospitaliers ont été débordés, malgré le fait que ceux-ci s'étaient préparés des années à l'avance pour déployer ce programme de dépistage.

RÉDUIRE LES PRIX DES MÉDICAMENTS PERMETTRA-T-IL DE RÉSOUDRE TOUS LES PROBLÈMES ?

Pas nécessairement. Manifestement, cette mesure favoriserait l'accès aux médicaments, mais ne permettrait pas d'éliminer complètement les risques d'engorgement du système. Distribuer gratuitement ces médicaments ne résoudrait pas davantage ce genre de problème.

L'un des premiers défis à relever consiste à faire homologuer les médicaments dans tous les pays où ils seront utilisés. Les entreprises pharmaceutiques qui détiennent les droits sur les médicaments pourraient refuser de les voir homologués, car cela engendrerait pour elles d'importants frais susceptibles de miner leurs profits. Les fabricants de produits génériques pourraient également avoir certaines réticences, car les médicaments génériques doivent être préalablement approuvés par l'OMS, ce qui se révèle également être un processus coûteux.

Les tests de dépistage préalablement nécessaires au traitement ont également un coût, sans compter les laboratoires et le personnel formé nécessaires à cette étape. Or, même les pays industrialisés doivent composer avec une pénurie de personnel qualifié. Peu de médecins se spécialisent dans les maladies hépatiques, et la prise en charge de tout patient supplémentaire peut se révéler un défi pour eux. En résumé, les systèmes de santé n'ont pas la capacité supplémentaire requise.

QUI DEVRAIT PASSER UN TEST DE DÉPISTAGE ? ET DE QUELLE MANIÈRE ?

Un grand nombre de personnes infectées par le VHC peuvent être asymptomatiques pendant des années, voire des décennies. Comment faire pour diagnostiquer leur maladie? Du reste, est-il pertinent de le faire si les ressources sont insuffisantes pour traiter ces personnes ou sachant que certaines d'entre elles mourront probablement d'autres maladies ou simplement de vieillesse, même si elles sont infectées par le VHC?

Le dépistage universel – qui consiste à soumettre toutes les personnes à un test de dépistage du VHC – demeure pertinent, du moins en théorie. Toutefois, considérant l'ensemble des autres priorités en matière de santé, une telle approche n'est ni utile ni raisonnable sur le plan financier pour la plupart des pays. En outre, un test de dépistage ne permet de révéler qu'une exposition antérieure au virus. Il faudrait donc procéder subséquemment à des tests encore plus coûteux pour 1) confirmer si le virus est encore présent dans le sang, et en quelle quantité, de même que pour 2) déterminer l'ampleur des dommages subis par le foie. Il s'agit là d'une batterie de tests dont les coûts peuvent rapidement devenir très élevés.

Les chercheurs préconisent un test sanguin ou sérologique unique et peu coûteux qui serait en mesure de fournir toutes les informations pertinentes. Toutefois, un tel test n'existe toujours pas.

Si le dépistage universel est écarté, il reste toujours pertinent de cibler les groupes à risque élevé. Toutefois, lequel d'entre eux devrait être ciblé en premier lieu ?

Aux États-Unis et au Canada, le dépistage systématique chez tous les baby-boomers – c.-à-d. toutes les personnes nées entre 1945 et 1965 aux États-Unis, et entre 1945 et 1975 au Canada – est recommandé. Ce groupe démographique se distingue du reste de la population, car ses représentants ont des chances particulièrement élevées d'avoir été exposés à du sang contaminé lors de transfusions, de l'utilisation d'aiguilles hypodermiques usagées ou de relations sexuelles non protégées. En outre, en raison du fait qu'il faut des dizaines d'années au VHC pour engendrer de graves effets sur la santé (comme la cirrhose et le cancer du foie), ce groupe est également le plus susceptible de développer des problèmes de santé.

Les utilisateurs de drogues injectables et les prisonniers sont également des candidats particulièrement désignés pour le dépistage, tout comme les donneurs de sang qui ont été refusés parce qu'ils présentaient un ou plusieurs facteurs de risque. Il ne faut toutefois pas oublier qu'une importante proportion de porteurs du VHC – jusqu'à 25 % – ne présentent aucun facteur de risque manifeste. Dans l'optique de prévenir la transmission mère-enfant du virus, plusieurs pays ont inclus l'hépatite C dans la batterie de tests de dépistage auxquels sont soumises les femmes enceintes. Il faut cependant noter que plusieurs pays, dont les pays scandinaves, ont décidé de ne pas procéder au dépistage de l'hépatite C. Ces pays justifient leur décision par le fait que l'incidence du VHC – c.-à-d. le nombre de nouveaux cas de personnes infectées – a été presque nulle au cours des 20 dernières années, et que les rares cas recensés sont généralement des personnes de l'extérieur – c.-à-d. des personnes n'étant pas résidentes du Danemark, de la Norvège ou de la Suède.

LE DÉPISTAGE POSE UN PROBLÈME ÉTHIQUE

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le dépistage soulève un certain nombre de questions d'ordre éthique. Sur la base des connaissances actuelles, il est possible d'affirmer qu'environ 70 % des personnes infectées par le VHC ne développeront probablement aucun problème grave lié à cet état. Or, un test de dépistage ne peut, à lui seul, établir si un patient fait partie ou non des 30 % de personnes infectées qui développeront une maladie hépatique mettant leur vie en jeu. Du reste, il est impossible de savoir si le rapport 70/30 se maintiendra à long terme. Seul le temps le dira.

Selon les protocoles de traitement actuellement en vigueur, le traitement doit d'abord être administré aux patients présentant des signes d'infection chronique par le VHC, car ces derniers ont plus de chances de développer une cirrhose ou un cancer du foie. Cependant, comment rassurer les 70 % qui restent, ces personnes qui savent qu'elles sont infectées, mais qui ne présentent aucun symptôme manifeste de maladie ? Se contenteront-elles d'avoir simplement reçu un diagnostic, sachant qu'elles pourraient finir par tomber malades ?

La principale question sur le plan éthique consiste donc à se demander s'il faut mener du dépistage à grande échelle alors que les ressources sont insuffisantes pour traiter et suivre toutes les personnes se révélant être porteuses.

Mais encore là, certains pourraient faire valoir l'argument que même sans possibilité de traitement, il demeure utile de savoir si une personne est infectée ou non. Connaissant son état de santé, cette personne pourrait prendre certaines mesures préventives, comme boire moins d'alcool afin de réduire la charge imposée au foie, ou prendre des précautions afin de ne pas contaminer les autres (par exemple, ne pas partager sa brosse à dents ou son rasoir avec d'autres personnes, informer les dentistes et les autres travailleurs de la santé de la présence de l'infection).

S'ils ne sont pas en mesure d'accéder à un traitement, les gens devraient-ils être informés qu'ils ont contracté un virus potentiellement oncogène ? Est-ce une entorse à l'éthique que de taire cette information ?

CONCLUSION

L'hépatite C est un dossier où s'entremêlent de nombreuses histoires. Chaque journaliste peut exposer l'une d'elles selon sa propre perspective – qu'elle soit médicale, scientifique, politique, sociologique, économique ou humaine –, et en tenant compte de son propre contexte national ou local. Ce faisant, toutefois, il ne faut pas perdre de vue la complexité de la question; celle-ci ne se résume pas uniquement aux millions de dollars de profits que représente le marché des médicaments contre l'hépatite C, mais concerne également la vie de millions de personnes et de leurs proches.

DONNÉES DE BASE :

Nombre de cas

PRÉVALENCE MONDIALE

400 millions de personnes dans le monde souffrent d'une hépatite chronique d'origine virale. De ce nombre, environ :

- **240 millions** souffrent d'une infection chronique d'hépatite B (VHB)
- **150 millions** souffrent d'une infection chronique d'hépatite C (VHC)

Ces chiffres sous-estiment en fait la réalité, car la plupart des personnes porteuses (jusqu'à 40 % d'entre elles) ne savent pas qu'elles sont infectées.

.....

PRÉVALENCE DANS LES DIFFÉRENTES PARTIES DU MONDE

La **prévalence de l'hépatite C** (causée par le VHC) varie grandement d'une région du monde à une autre, d'un pays à un autre voire au sein d'un même pays.

- Dans les pays à revenu élevé, où le respect des précautions universelles demeure la norme dans les milieux de soins de santé, moins de 2 % des personnes sont porteuses du VHC.
- Dans de nombreux pays à revenu moyen ou faible, ce qui inclut certaines parties de l'Europe de l'Est et les pays de l'ex-URSS, le taux d'infection oscille entre 2 % et 5 %.
- Dans certaines parties de l'Afrique et de l'Asie, où les infrastructures de santé font cruellement défaut et les pratiques risquées en matière de soins de santé sont monnaie courante, jusqu'à 10 % de la population est infectée par le VHC.

Les pays les plus pauvres — ceux qui ont le moins de ressources à consacrer aux programmes de prévention et au traitement des personnes qui souffrent de maladies hépatiques — sont ceux qui présentent le plus grand nombre de cas d'hépatite C; il en va de même pour les populations marginalisées dans chaque pays, comme les toxicomanes et les travailleurs du sexe.

.....

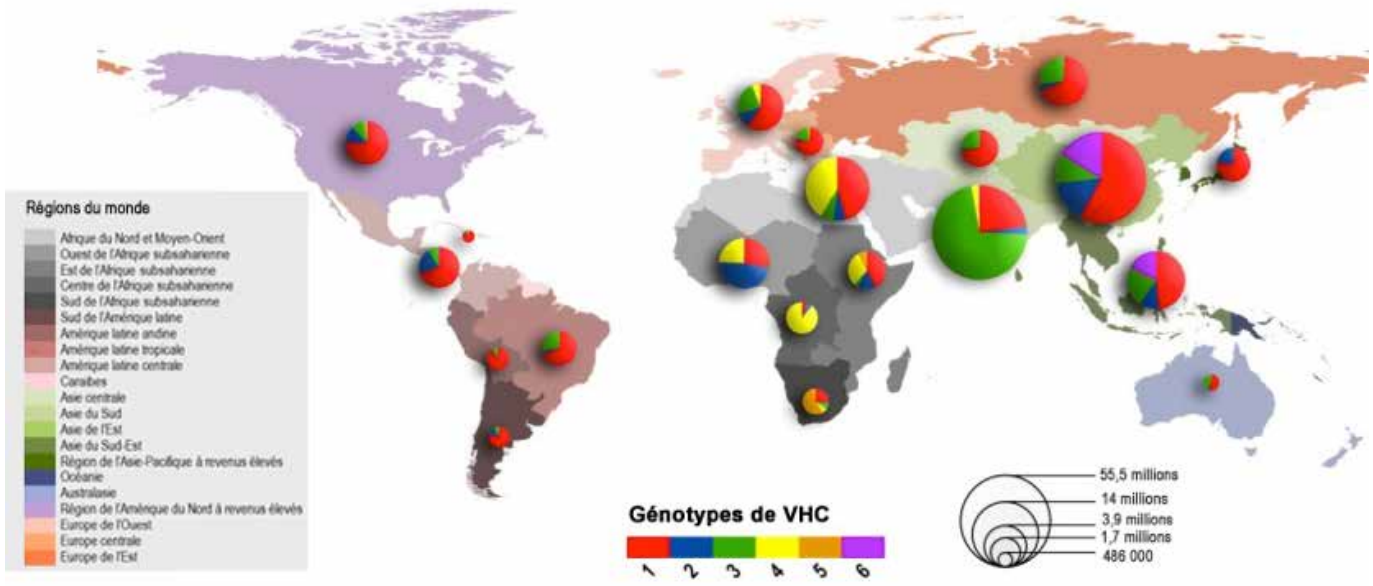
GÉNOTYPES

Il existe au moins **six formes génétiquement distinctes (génotypes) de VHC, et plus de 50 sous-types ont été identifiés.**

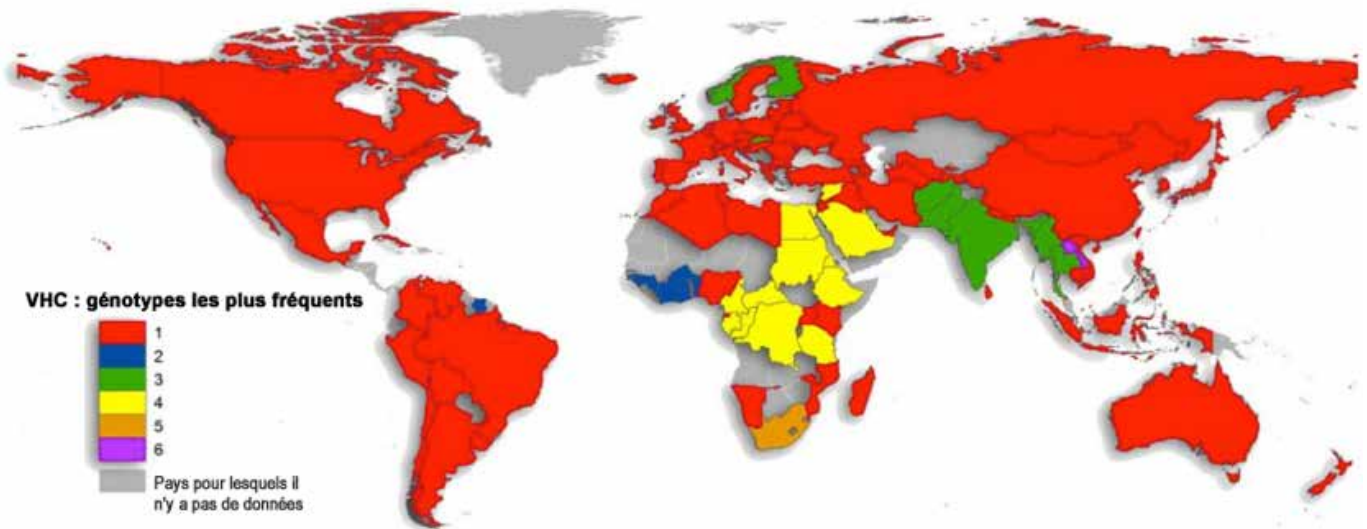
La distribution de ces génotypes tend à varier d'une région du monde à l'autre :

- le VHC de type 1 est le plus commun aux États-Unis et en Europe;
- le VHC de type 3 domine en Inde, en Extrême-Orient et en Australie;
- le VHC de type 4 est plus fréquemment retrouvé dans les pays d'Afrique et du Moyen-Orient.

Prévalence relative de chaque génotype de VHC dans les différentes régions du monde. La taille des diagrammes circulaires est proportionnelle au nombre de personnes infectées par le VHC tel qu'estimé par Hanafiah et coll., 2013 (Carte tirée de Messina et coll., 2015)



Distribution mondiale des génotypes de VHC les plus fréquents (Carte tirée de Messina et coll., 2015)



Progression de la maladie

PROGRESSION DE LA MALADIE

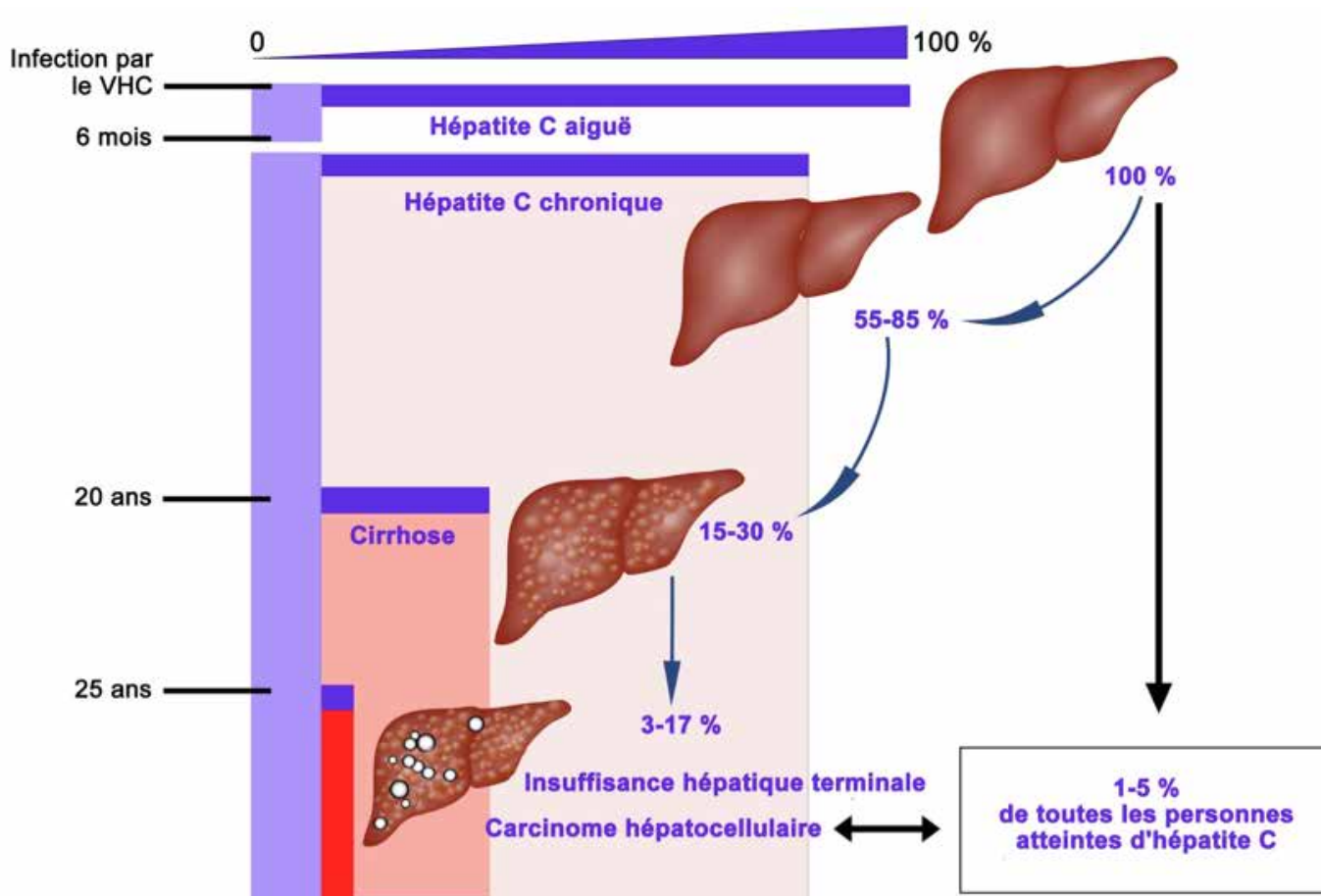
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de **1 % à 45 %** des personnes infectées par le VHC éliminent spontanément le virus sans aucun traitement au cours des six premiers mois de l'infection aiguë.

Pour **55 % à 85 %** des autres personnes, la maladie évoluera vers une forme chronique.

Entre 15 % et 30 % des personnes atteintes d'hépatite C chronique développeront une cirrhose au cours des 20 années suivant l'infection.

Enfin, entre **3 % et 17 %** des personnes atteintes d'hépatite C chronique développeront une insuffisance hépatique terminale ou un carcinome hépatocellulaire au cours des 25 années suivant l'infection. Ces patients sont dans la majorité des cas, atteints d'une cirrhose.

La variabilité de ces proportions est principalement due au fait qu'il existe ou non des facteurs associés susceptibles de favoriser la progression de la maladie (consommation excessive d'alcool, syndrome métabolique, autre infection virale surajoutée par exemple).



D'après hepatitisc.uw.edu/go/evaluation-staging-monitoring/natural-history/core-concept/all

L'hépatite C chronique est la principale cause de cirrhose et de cancer du foie et la principale raison de procéder à des transplantations du foie aux États-Unis.

Entre 1 % et 5 % des personnes infectées par le VHC mourront des conséquences de l'infection chronique — cirrhose ou cancer du foie (source : Centers for Disease Control and Prevention).

MORTALITÉ

Chaque année dans le monde, **700 000 personnes décèdent** des conséquences d'une infection par le virus de l'hépatite C, qu'il s'agisse d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Une importante proportion des personnes souffrant d'une hépatite C — en moyenne 25 % — parviennent à éliminer le virus par elles-mêmes. Par ailleurs, en raison du fait qu'il faut beaucoup de temps à ce virus pour endommager le foie et causer des maladies telles que la cirrhose ou le cancer du foie, plusieurs personnes infectées finissent par succomber à d'autres causes.

3. L'HÉPATITE C : Risques d'infection

MODES DE TRANSMISSION

L'hépatite C ne se propage pas facilement et est **presque exclusivement transmise par le sang**, notamment :

- à titre d'**infection nosocomiale** (par l'entremise de sang qui n'a pas été testé ou qui l'a été de manière inadéquate lors de transfusions, ou encore d'aiguilles et d'autre matériel médical ou chirurgical usagés ou mal stérilisés);
- chez les **utilisateurs de drogues intraveineuses qui partagent des aiguilles** (représentent environ 10 % de tous les cas);
- par le **tatouage et le perçage corporel**;
- lors de **relations sexuelles non protégées**, ce qui est plus rare.

Toutefois, dans environ 25 % des cas, le mode de transmission demeure inconnu.

.....

GROUPES À RISQUE

Les personnes qui, même sans le savoir, sont exposées à du sang potentiellement contaminé risquent d'être infectées.

- Les personnes ayant reçu une **transfusion sanguine qui n'a pas fait l'objet de tests**, ou des **soins de santé** (ex., soins de dentisterie, injections, etc.) sans égard aux mesures d'hygiène adéquates. Dans les pays occidentaux comme les États-Unis et les pays européens, le recours à des tests visant à établir l'innocuité du matériel sanguin a été instauré au début des années 1990.
- Les **utilisateurs de drogues intraveineuses**. Dans certains pays, la moitié des utilisateurs de drogues intraveineuses sont infectés par le VHC, en plus d'être potentiellement co-infectés par le VIH (virus dont les voies de transmissions sont voisines de celles du au VHC), ce qui fait d'eux des vecteurs de ces maladies.
- Les **personnes se prêtant ou étant soumises à des pratiques à haut risque** comme le tatouage, le perçage corporel, la scarification cutanée, la circoncision rituelle ou la mutilation des organes génitaux féminins.

OBJECTIF 90-90-90

Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C, et aucune recherche en cours n'est sur le point d'y parvenir.

Toutefois, à l'aide de nouveaux traitements permettant de répliquer l'objectif 90-90-90 visé dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, il est possible d'envisager la quasi-élimination de l'hépatite C d'ici 2030.

L'objectif 90-90-90 ne vise pas à éradiquer complètement l'hépatite C, mais consiste plutôt à s'assurer que 90 % des personnes porteuses du VHC subissent des tests médicaux et soient diagnostiquées, que 90 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement, et que 90 % des personnes ayant reçu un traitement voient leur virus éliminé de manière durable.

Il est estimé que l'atteinte de l'objectif 90-90-90 permettra de réduire de 70 % le nombre de personnes infectées par le VHC, et de diminuer de 50 % le nombre de décès liés à ce virus au cours de la prochaine génération.

LE TRAITEMENT

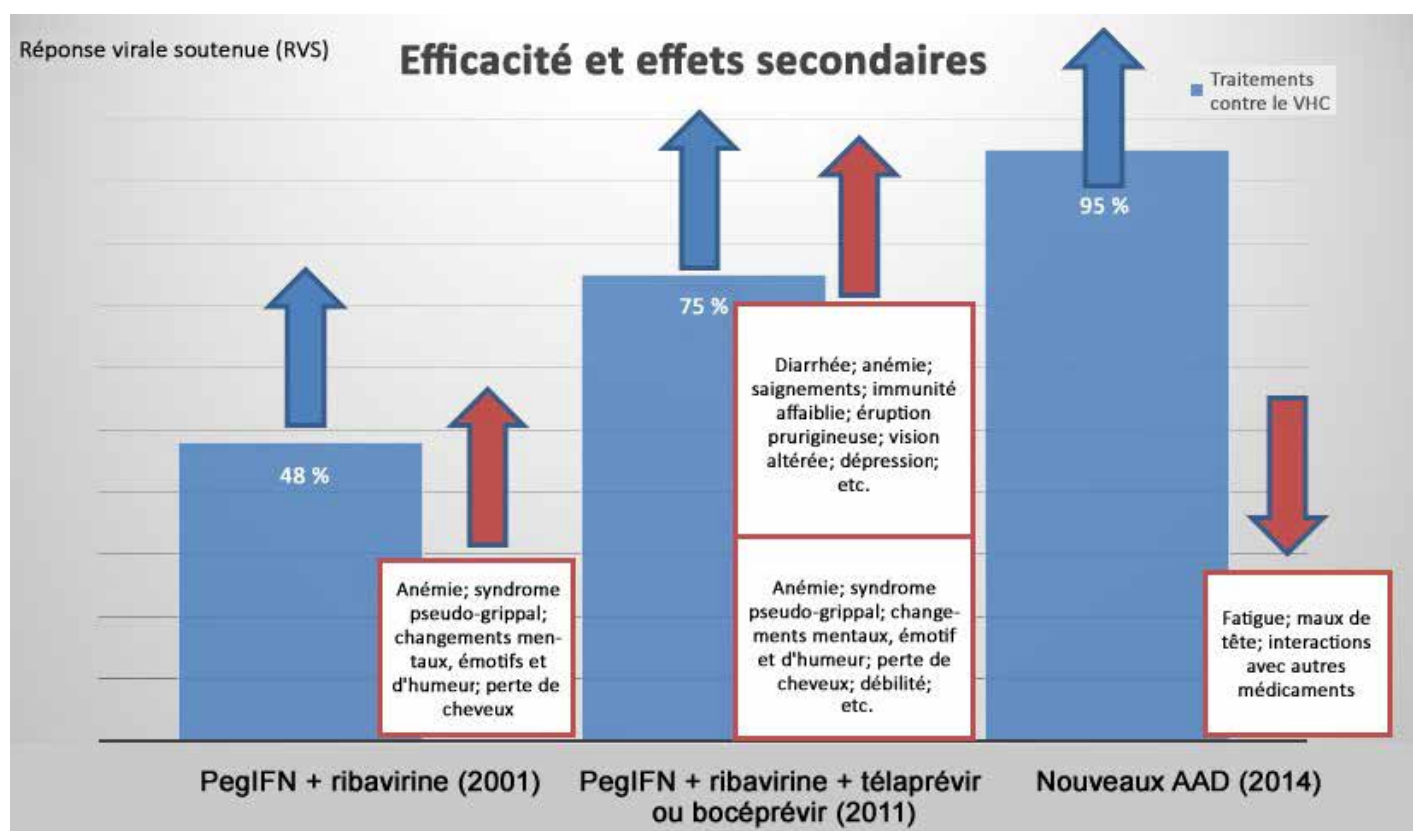
HISTORIQUE

Depuis l'identification et l'isolation du virus responsable de l'hépatite C (VHC; anciennement appelé « hépatite non A non B ») en 1989, les progrès réalisés sur le plan du traitement de cette maladie se sont traduits par l'accroissement de son efficacité et la réduction de ses effets secondaires. En 2014, la mise en marché du sofosbuvir (vendu par Gilead Sciences sous la marque Sovaldi) et, par la suite, d'autres molécules ou de combinaisons de celles-ci, a révolutionné le traitement de l'hépatite C en raison de leur **grande efficacité et de leur tolérance par les patients**. Toutefois, assez rapidement, le prix prohibitif de ces nouveaux médicaments a déplacé le foyer du problème de l'hépatite C de la sphère médicale vers celle des politiques publiques.

Chronologie

Date	Traitement	Génotypes ciblés	Efficacité*	Effets secondaires
Années 1990	Interféron alpha (IFN-alpha)	G2 (G3, G4)	Faible	Très importants
Années 2000	Interféron à action prolongée (péginterféron; PegIFN-alpha) + ribavirine	G2 (G3, G4)	Faible	Très importants
2011	Premiers antiviraux à action directe (AAD): bocéprévir et télaprévir	G1	Bonne	Importants
2014	Siméprévir /sofosbuvir en concomitance avec PegIFN-alpha + ribavirine	G1 (G2, G3, G4)	Très bonne	Persistants en raison d'IFN-alpha + ribavirine
2015	Fin de l'utilisation des IFN: différentes combinaisons d'AAD sont approuvées pour s'attaquer à différents génotypes et traiter différents états cliniques	G1, G2, G3, G4	Très bonne	Très faibles

* Déterminée en fonction de la réponse virologique soutenue (RVS).



Traitements disponibles contre l'hépatite C

(Source : Food and Drug Administration). Dernière mise à jour : 08.09.2016
fda.gov/forpatients/illness/hepatitisbc/ucm408658.htm

Traitements approuvés contre l'hépatite C

Nom commercial	Noms génériques	Nom du fabricant	Indications
Copegus	Ribavirine	Roche	Utilisation conjointe avec Pegasys ou Roferon pour traiter les adultes qui souffrent d'une infection chronique par le VHC, qui présentent une maladie hépatique compensée, et qui n'ont pas déjà été traités à l'IFN-alpha.
Daklinza	Daclatasvir	Bristol-Myers Squibb	Utilisation en association avec le sofosbuvir pour traiter les patients qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 3.
Epclusa	Sofosbuvir, velpatasvir	Gilead	Utilisation en combinaison avec la ribavirine recommandée pour traiter les patients adultes qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6, qui ne présentent pas de cirrhose, ou qui présentent une cirrhose compensée ou décompensée.
Harvoni	Lédipasvir, sofosbuvir	Gilead	Recommandé pour traiter les adultes qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 1.
Incivek	Télaprévir	Vertex Pharmaceuticals	Utilisation conjointe avec le PegIFN-alpha et la ribavirine pour traiter les patients adultes qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 1, et qui présentent une maladie hépatique compensée (incluant la cirrhose).
Infergen	IFN alphacon-1	Three Rivers Pharma	Traitement des patients de 18 ans et plus qui souffrent d'hépatite C chronique, qui présentent une maladie hépatique compensée, et qui possèdent des anticorps sériques contre le VHC ou contre l'ARN du VHC.
Intron A	IFN alpha-2b	Schering	Traitement des patients de 18 ans et plus qui souffrent d'hépatite C chronique, qui présentent une maladie hépatique compensée, et qui possèdent des anticorps anti-VHC ou ont déjà été exposés à du sang ou à des produits sanguins possédant de tels anticorps.
Olysio	Siméprévir	Janssen Pharmaceuticals	Utilisation dans le cadre d'un programme de traitement antiviral combiné contre l'infection chronique par le VHC de génotype 1.
Pegasys	PegIFN	Roche	Traitement des adultes qui souffrent d'une infection chronique par le VHC, qui présentent une maladie hépatique compensée, et qui n'ont pas déjà été traités à l'IFN-alpha.
Pegintron	PegIFN alpha-2b	Schering	Utilisation en association avec Rebetol recommandée pour traiter les patients de 3 ans et plus qui souffrent d'hépatite C chronique, et qui présentent une maladie hépatique compensée. Utilisé seul pour traiter les patients de 18 ans et plus qui souffrent d'hépatite C chronique, qui présentent une maladie hépatique compensée, qui n'ont pas déjà été traités à l'IFN-alpha, et qui sont intolérants à la ribavirine.
Rebetol	Ribavirine	Schering	Utilisation en combinaison avec Pegintron pour traiter les patients de 18 ans et plus qui souffrent d'hépatite C chronique, qui présentent une maladie hépatique compensée, et qui n'ont pas déjà été traités à l'IFN-alpha.
Roferon	IFN alpha-2b	Roche	Traitement des patients de 18 ans et plus qui souffrent d'une hépatite C chronique.
Sovaldi	Sofosbuvir	Gilead	Utilisation à titre de composante d'un programme de traitement combiné contre l'infection chronique par le VHC.
Technivie	Ombitasvir, paritaprévir et ritonavir	AbbVie Inc.	Utilisation conjointe avec la ribavirine pour traiter les patients qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 4, et qui ne présentent pas de cirrhose.
Victrelis	Bocéprévir	Merck & Co.	Utilisation en association avec le Peg-IFN et la ribavirine pour traiter les patients de 18 ans et plus qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 1, qui présentent une maladie hépatique compensée (y compris la cirrhose), et qui n'ont jamais reçus de traitement ou chez qui une thérapie combinée à base d'IFN et de ribavirine n'a donné aucun résultat probant.
Viekira Pak	Emballage comprenant des comprimés d'ombitasvir, de paritaprévir et de ritonavir, et des comprimés de dasabuvir	AbbVie Inc.	Utilisation avec ou sans ribavirine pour traiter les patients qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 1, y compris ceux qui présentent une cirrhose compensée.
Zepatier	Elbasvir, grazoprévir	Merck Sharp et Dohme	Utilisation avec ou sans ribavirine pour traiter les patients adultes qui souffrent d'une infection chronique par le VHC de génotype 1 ou 4.

Important à savoir

Les anciens programmes de traitement (tels que ceux recourant à une combinaison de PegIFN-alpha et de ribavirine, avec ou sans inhibiteur de protéase) sont encore employés certains pays à faible et moyen revenus où les traitements plus récents sont inaccessibles. Cela s'applique notamment aux cas d'hépatites causés par toutes les formes de VHC autres que le génotype 1, qui sont plus sensibles à ces médicaments.

CHOIX DU TRAITEMENT

Le choix du traitement employé pour contrer l'hépatite C chronique repose sur plusieurs facteurs reliés :

- au **génotype du virus** (et parfois son sous-type);
- au **stade de la maladie hépatique** (particulièrement dans le cas de la cirrhose);
- à l'**historique clinique du patient** (par ex., traitements reçus précédemment, traitements qui ont échoué);
- aux **caractéristiques génétiques** du patient (par exemple, le groupe ethnique auquel il appartient), qui peuvent avoir un effet sur l'efficacité des anciens médicaments. Par exemple, il existe trois variantes du gène **IL28B** impliqué dans la réponse immunitaire contre le VHC : CC, CT et TT. Si une personne possède la variante CC, celle-ci est non seulement plus susceptible d'éliminer le virus sans traitement au cours de la phase aiguë, mais elle a en outre trois fois plus de chances d'être guérie par un traitement combiné à base de PegIFN et de ribavirine si elle vient à développer une infection chronique.



COÛT DU TRAITEMENT

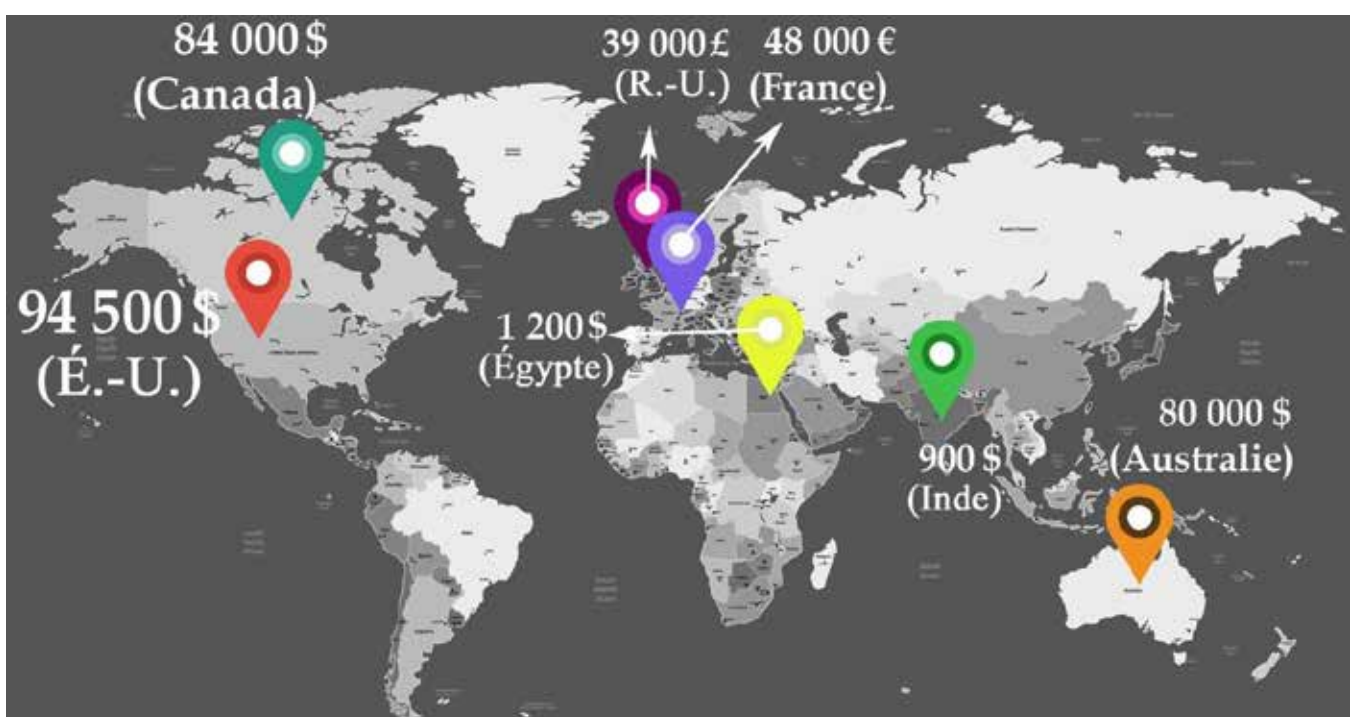
Aux États-Unis, un comprimé de 400 mg de sofosbuvir coûte 1 000 US\$.

Conséquemment, un traitement au sofosbuvir (Sovaldi) de 12 semaines à raison d'un comprimé par jour coûte 84 000 US\$. En fait, le coût total du programme de traitement dépend également des autres médicaments utilisés en concomitance avec le sofosbuvir.

Pour leur part, les divers systèmes de santé européens ont négocié différents prix, qui dans certains cas, représentent la moitié de ceux payés aux États-Unis. En Italie, par exemple, un système de prix variant en fonction de la quantité de médicaments achetés a été mis en place; ainsi, plus il y a de patients à traiter, moins les médicaments coûtent cher.

Dans les pays à faible revenu, les entreprises pharmaceutiques ont conclu des ententes pour vendre leurs médicaments à moindre prix. En Égypte, un traitement complet au sofosbuvir coûte environ 500 \$ US. En Inde, Gilead (c.-à-d. l'entreprise propriétaire du sofosbuvir) a autorisé 11 fabricants de produits génériques à produire le médicament à faible prix, et à le vendre à environ 90 pays en développement. Ces fabricants doivent toutefois respecter une liste de clauses rendant illicite toute vente à des pays à revenu moyen ou élevé.

Gilead commercialise également un comprimé combinant deux molécules appelé Harvoni. Aux États-Unis, un traitement à base de ces comprimés coûte à peu près 94 500 US\$; en Europe, ce même traitement coûte aux environs de moins de 55 000 US\$, et en Inde, aux alentours de 1 000 US\$.



<http://esofosbuvir.com/harvoni-cost-in-usa-canada-europe-egypt-india/> (Source: Hepatitis C Society)