

LEFT NOBODY BEHIND

AUCUNE PERSONNE LAISSÉE POUR COMPTE

L'importance d'intégrer les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse dans les programmes de traitement du VHC.

Arguments du point de vue de la santé publique et des droits humains.



Organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié le virus de l'hépatite C (VHC) de « *bombe virale à retardement* ». Lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2010, elle a reconnu l'épidémie d'hépatite virale comme étant « *un problème de santé publique mondial* »¹ en recommandant des programmes complets qui « *améliorent l'accès à un traitement abordable dans les pays en développement* ». De plus, elle a adopté une nouvelle résolution sur l'hépatite virale lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2014 en indiquant, pour la première fois, que « *le virus de l'hépatite C touche de manière disproportionnée les personnes qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse* ». Elle a instamment invité les États membres à « *mettre en œuvre des programmes complets de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite pour les personnes qui s'injectent des drogues, y compris les neuf interventions de base* ». ² La grande majorité des personnes infectées chroniquement par le VHC vit dans des pays à revenu faible et intermédiaire, où l'accès au traitement du VHC reste en général très limité. Alors que l'accès au traitement du VHC va probablement s'améliorer au cours des prochaines années, si les tendances actuelles se poursuivent, les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse (PUDVI) continueront d'être plus ou moins exclues systématiquement des programmes de traitement.

Ce document détaille les principaux arguments, du point de vue de la santé publique et des droits humains, qui expliquent pourquoi il est pertinent, faisable et en fait crucial d'inclure les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse dans les recommandations nationales de prise en charge du VHC et dans les programmes de traitement.

L'ÉPIDÉMIE DE VHC

L'hépatite est un groupe de maladies virales qui tue près de 1,4 million de personnes dans le monde chaque année³ ; ce fardeau est très similaire à ceux du VIH/sida et de la tuberculose. La plupart de ces décès sont causés par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C.

À lui seul, le virus de l'hépatite C cause près d'un demi-million de décès chaque année, alors qu'il peut être soigné dans la majorité des cas. Au niveau mondial, on estime à 150 millions le nombre de personnes porteuses chroniques du VHC.⁴ L'épidémie se concentre dans les pays à revenu intermédiaire, où vivent 73 % des personnes atteintes d'une infection chronique par le VHC.⁵

Les personnes usagères de drogues, et en particulier les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse, sont atteintes de manière disproportionnée par l'épidémie et sont de loin celles qui souffrent le plus du VHC. Sur les 16 millions de personnes usagères de drogues par voie intraveineuse estimées dans le monde, environ 10 millions sont positives au VHC⁸ et à peu près 8 millions sont atteintes d'hépatite chronique.⁹ En outre, **l'hépatite C est au minimum trois fois plus répandue que le VIH** chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse.¹⁰

Sur la base des données d'une recherche menée par Médecins du Monde et d'autres informations cliniques et épidémiologiques, **nous estimons qu'environ 2 millions de personnes usagères de drogues par voie intraveineuse à travers le monde ont besoin d'un traitement immédiatement.**¹¹

Au-delà de ces données de prévalence, les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse sont particulièrement exposées à une forte incidence dans la plupart des contextes à travers le monde. Dans les pays à revenus élevés, il a été estimé que 80 % des nouveaux cas d'infection par le VHC concernent les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse.¹² Il n'existe aucune donnée d'incidence précise pour les pays à revenu faible et intermédiaire ; mais le pourcentage est très probablement inférieur, car d'autres voies de transmission, comme les infections nosocomiales, jouent encore un rôle plus important. Des différences épidémiologiques importantes existent entre les continents et les pays. **Mais en règle**

générale, la transmission du VHC chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse dans les pays à revenu faible et intermédiaire est importante du point de vue de la santé publique. Le risque de contracter une nouvelle infection au VHC est élevé chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse, à qui est souvent refusé l'accès aux services de réduction des risques ; il est encore plus élevé chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse les moins expérimentées qui n'ont peut-être pas encore appris les techniques d'injection sûres et les pratiques de réduction des risques.

Dernier point, mais non des moindres, la coinfection avec le VIH est un problème très courant chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse. En réalité, on estime que 80 % des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse séropositives au VIH vivent également avec le VHC.¹³ En effet, la plupart des personnes coinfectées par le VIH et le VHC ont contracté les deux virus parce qu'elles n'ont pu accéder à du matériel d'injection stérile. Alors que les thérapies antirétrovirales ont augmenté l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH, ces dernières restent vulnérables aux maladies du

Tableau 1 : Données sur la prévalence anti-VHC dans 11 pays sélectionnés

Pays	Prévalence VHC chez les adultes parmi les UDVI ⁶	Prévalence VHC chez les adultes de la population générale ⁷
Brésil	39.5-69.6%	1.4%
Estonie	90%	5%
Allemagne	75%	0.75%
Inde	92%	1.5%
Indonésie	60-98%	3.9%
Île Maurice	95%	2.1%
Nouvelle-Zélande	70%	0.3%
Pakistan	89%	5.9%
Thaïlande	90%	2.2%
Ukraine	70-90%	4%
États-Unis	50-80%	1.8%

Documenter les besoins en traitement des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse à Tbilissi (Géorgie).

En octobre 2012, Médecins du Monde a mené une étude transversale en Géorgie dont le but premier était d'obtenir de nouvelles preuves supplémentaires de l'épidémie de VHC chez les personnes usagères actives de drogues par voie intraveineuse à Tbilissi.¹⁵ Cette recherche a également mis en évidence la nécessité de prendre en compte cette population vulnérable et stigmatisée dans les futurs programmes de traitement du VHC. Sur 216 participants (âge moyen de 39,6 ans et 7,9 % de femmes), il a été constaté que 91,9 % étaient dotés d'anticorps du VHC et que 82 % avaient une infection chronique par le VHC. Le taux de fibrose du foie a été évalué par élastographie transitoire (FibroScan). Il a été établi que les participants avaient besoin d'un

traitement urgent lorsqu'ils présentaient des taux de fibrose équivalents aux stades F3 et F4. L'étude a révélé que près d'un quart (24,2 %) des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse participantes devaient être traitées de toute urgence. Sur la base des estimations existantes, les auteurs ont conclu qu'environ 5 000 personnes usagères de drogues par voie intraveineuse avaient immédiatement besoin d'un traitement du VHC à Tbilissi, Géorgie. Pour conclure, cette étude montre très clairement que les gouvernements doivent reconnaître l'importance de l'épidémie de l'hépatite C chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse et développer des mesures de réduction des risques et de traitement adaptées à cette population.

Tableau 2 : Prévalence VHC, fibrose du foie grave et distribution du génotype chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse

		N	Prévalence (%)
Anticorps du VHC		199	91.9
Infections actuelles		180	82.0
Parmi les infections actuelles	Fibrose grave du foie	40	24.2
	Génotype 1	32	22.0
	Génotype 2	42	20.3
	Génotype 3	126	66.9
	Génotypes mixtes	20	10.4
N: nombre de participants			

foie liées au VHC. Le VHC est en réalité devenu une des causes principales de décès parmi les personnes vivant avec le VIH. En outre, le VIH accélère la progression de l'hépatite C et multiplie par plus de trois le risque de maladie du foie et d'insuffisance hépatique. **Mais le VHC peut être guéri indépendamment du statut VIH, et le traitement est recommandé pour toutes les personnes coinfectées par le VIH et le VHC.** En effet, il permet de réduire non seulement les risques de décès liés au VIH et aux maladies du foie, mais aussi d'autres causes non virales de mortalité.¹⁴

L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AU TRAITEMENT EST UN DROIT HUMAIN !

À l'heure actuelle, les personnes vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire n'ont quasiment pas accès aux informations, aux services de prévention, aux diagnostics et au traitement en lien avec le VHC, à quelques rares exceptions, notamment en Égypte.

LES PRIX DU TRAITEMENT DU VHC SONT EXORBITANTS

Le bi-thérapie antivirale du VHC à base d'interféron alpha pégylé (pegIFN- α) et de ribavirine (RBV) est le traitement actuellement prescrit en routine – du moins pour les rares personnes qui y ont accès au niveau mondial. Avec cette combinaison, il est possible d'atteindre des taux de guérison situés entre 50 % et 80 % selon le génotype. Mais le prix de l'interféron pégylé dans les pays à revenu faible et intermédiaire peut atteindre jusqu'à 18 000 dollars américains pour un traitement de 48 semaines. Le traitement peut donc coûter jusqu'à 10 fois le revenu annuel moyen par habitant.

Alors que la thérapie du VHC connaît actuellement une (r)évolution rapide – la nouvelle génération d'antiviraux à action directe (AAD) enregistrant des taux de guérison de plus de 90 % – les prix des traitements vont vraisemblablement augmenter dans un avenir proche. C'est le cas de l'antiviral à action directe de Gilead, le sofosbuvir, qui a été approuvé par l'Agence européenne des médicaments (EMA) en novembre 2013, et par son homologue américaine (FDA)

en décembre 2013. Gilead demande 84 000 dollars américains pour 12 semaines de sofosbuvir, soit 1 000 dollars par jour. Sans compter que le sofosbuvir doit être utilisé en association avec d'autres médicaments, et ce parfois pendant 24 semaines. Pourtant, ce médicament ainsi que beaucoup d'autres AAD à un stade de développement avancé peuvent être fabriqués sous forme générique pour une infime fraction de ce prix, à l'instar des médicaments du VIH. Par exemple, une version générique du sofosbuvir peut être produite entre seulement 68 et 136 dollars américains.¹⁶

Ce sont les prix du médicament qui détermineront également si le traitement du VHC peut être véritablement considéré comme une mesure rentable dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

LES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES ET LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT SONT RARES

Autre barrière, les données disponibles décrivent les obstacles considérables auxquels sont confrontées les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse pour accéder aux services de prévention et de traitement. Un examen systématique a révélé qu'en moyenne chaque personne usagère de drogues par voie intraveineuse ne recevait que deux seringues/aiguilles par mois et que seuls 8 % d'entre elles bénéficiaient d'un traitement de substitution aux opiacés.¹⁷ Cela est vraiment insuffisant

Environ 2 millions de personnes usagères de drogues par voie intraveineuse à travers le monde ont besoin d'un traitement immédiatement.

pour que les interventions de réduction des risques, dont les effets positifs sont reconnus, soient efficaces dans la lutte contre la transmission des hépatites virales ou du VIH. Au-delà de cet aspect quantitatif, la nature même et la qualité des interventions actuelles de réduction des

risques sont insuffisantes pour prévenir la transmission du VHC. La logique de « un shoot/une seringue à usage unique », qui était efficace dans la lutte contre la transmission du VIH lorsqu'elle était suffisamment déployée, doit être développée de façon plus étayée dans le cas du VHC. Elle doit notamment prendre en compte le risque de transmission par l'ensemble du matériel d'injection au-delà des seules aiguilles et seringues, la capacité du VHC à rester infectieux jusqu'à six semaines dans les traces de sang¹⁸ ainsi que les autres pratiques de consommation de drogues, en dehors de l'injection.

De plus, même dans les pays à revenu élevé, le taux annuel d'inclusion en traitement VHC chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse reste très faible et s'élève à environ 1-2 %.¹⁹ Ce taux est nettement inférieur dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cela est en partie dû au fait que cette population fait face à un ensemble de discriminations, de stigmatisations et de violations des droits humains. De plus, les représentations

sociales des professionnels de santé peuvent les conduire à penser qu'il existe une faible observance au traitement, une fréquence élevée des effets indésirables et beaucoup de réinfection. Ils pensent aussi qu'il n'existe que peu de services adaptés aux besoins de cette population.

En se fondant sur nos expériences des dernières décennies, surtout dans le domaine de l'accès au traitement du VIH/sida pour les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse, nous craignons que ces personnes stigmatisées continuent d'être confrontées à d'importants obstacles pour accéder aux programmes de traitement dans leur pays. Alors même qu'elles portent un des fardeaux les plus lourds de l'épidémie et sont exposées à un risque élevé de transmission par manque d'accès à du matériel d'injection stérile.

Pour remédier à ces graves problèmes d'accès au traitement et à la prévention, un mouvement international de militants s'est constitué. Il est composé de personnes concernées par le VHC et le VIH, de personnes qui s'injectent et consomment des drogues illicites, de chercheurs, de professionnels de santé et d'opérateurs de services de réduction des risques. Ce mouvement exige un accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement, avec des modalités adaptées à cette population.

Neuf programmes d'intervention complets des Nations Unies

Programmes d'intervention de l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA pour le traitement du VIH, sa prévention et les soins apportés aux personnes usagères de drogues par voie intraveineuse²⁰

Programmes d'échange des aiguilles et de seringues et autres matériel nécessaire à la consommation de drogues.

1

Traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance.

2

Conseil et dépistage du VIH.

3

4

Traitement antirétroviral.

Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles.

5

Programmes de distribution de préservatifs aux personnes usagères de drogues par voie intraveineuse et leurs partenaires sexuels.

6

Information, éducation et communication ciblées pour les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse et leurs partenaires sexuels.

7

Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales.

8

Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

9

LE BESOIN DE POLITIQUES NON FONDÉES SUR LA CRIMINALISATION DES DROGUES

La prédominance actuelle de politiques de répression des drogues, associée à une criminalisation des usagers de drogues, est le vecteur structurel principal des infections par le VIH et le VHC chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse. Ces lois criminalisent non seulement les personnes usagères de drogues, mais aussi, dans de nombreux cas, les programmes de réduction des risques destinés à préserver leur santé. La déclaration de consensus « Science addressing drugs and HIV: State of the Art », présentée lors de la consultation scientifique de l'ONUSIDA à Vienne en mars 2014 souligne le fait que « *la criminalisation de l'usage de stupéfiants, les politiques de répression des drogues et l'application bornée de la loi sont les principaux facteurs de l'épidémie de VIH et de VHC chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse* ». ²¹ Une vaste réforme des législations sur la drogue et le renoncement aux politiques répressives de contrôle des drogues sont

donc des conditions préalables pour véritablement lutter contre l'épidémie de VHC chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse. Les programmes de réduction des risques ne peuvent être pleinement efficaces que lorsqu'ils sont organisés dans un cadre légal favorable. Cela signifie que les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse sachent qu'elles ne risquent pas d'être arrêtées ou harcelées par les policiers lorsqu'elles quittent ces programmes. Une réforme des politiques de contrôle des drogues, le respect des droits humains et la décriminalisation sont essentiels pour affronter et surmonter la double épidémie de VIH et de VHC qui décime actuellement la communauté des usagers de drogues par voie intraveineuse.²²

LE TRAITEMENT EST SANS RISQUE ET EFFICACE POUR LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE !

L'accès au traitement VHC pour les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse est particulièrement difficile en raison de la forte discrimination institutionnelle, de la criminalisation et de la stigmatisation auxquels elles font face. Dans le cas de l'hépatite C en particulier, les professionnels de santé et les responsables politiques ont souvent avancé que traiter les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse était moins efficace et pouvait être plus risqué, car souvent accompagné d'effets indésirables, en particulier chez les personnes souffrant de comorbidités psychiatriques. Ils mettent aussi en avant le risque potentiel de réinfection, après un traitement réussi, chez les personnes qui continuent l'injection, ainsi qu'une observance plus faible. Ces arguments ne sont pas nouveaux : nous les avons beaucoup entendus pendant des années dans le domaine du VIH/sida. Ils ne reposent sur aucune donnée empirique mais bien sur la stigmatisation et le manque d'information.

Il est vrai que traiter des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse peut se heurter à des difficultés, notamment des comorbidités somatiques (VIH ou tuberculose) et psychiatrique. Les difficultés peuvent aussi être sociales : absence de logement stable ou manque de

soutien familial. Cependant, les évidences scientifiques et cliniques montrent que ces représentations et ces peurs ne sont pas justifiées ; que le traitement des personnes usagères de drogues est non seulement possible et efficace, mais aussi qu'il constitue un droit humain et une priorité en terme de santé publique. En tout état de cause, le refus de traiter cette population constitue une atteinte au droit élémentaire de toute personne à jouir du niveau le plus élevé de santé.

EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DU VHC CHEZ LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

L'objectif du traitement du VHC est l'éradication du virus, qui est mesurée *via* la réponse virologique soutenue (RVS). Les données actuelles provenant de différentes études^{23,24,25} indiquent clairement que la combinaison pegIFN- α et RBV est sans danger et efficace chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse. Selon la méta-analyse la plus récente²⁶, les taux de RVS sont à un bon niveau chez les personnes usagères de drogues. Cette méta-analyse concerne six études dans lesquelles tous les participants (ou une partie connue d'entre eux)

Les politiques de répression des drogues sont les principaux facteurs de l'épidémie de VIH et de VHC.

ont rapporté s'injecter des drogues illicites. **Pour les participants injecteurs de drogues, le taux moyen de RVS était de 55,9% après une combinaison pegIFN/RBV pour le traitement du VHC chronique. Ce taux était légèrement inférieur à celui identifié dans les principaux essais cliniques de traitement peg-IFN/RBV chez des personnes non-usagères de drogues. Il est néanmoins comparable aux résultats d'études menées en conditions « normales ».** Les auteurs concluent que l'efficacité du traitement « *peut en effet être légèrement inférieure chez les personnes consommatrices de drogues et les personnes s'injectant des drogues par voie intravei-*

neuse. Mais la différence dans des conditions normales est vraisemblablement réduite». Ils suggèrent également de «prendre des décisions relatives au traitement indépendamment de la consommation de drogues par le patient».

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE, INTERRUPTION DU TRAITEMENT ET EFFETS SECONDAIRES

La même analyse systématique rapporte un taux d'observance thérapeutique de 82 % sur l'ensemble des études prises en compte. D'autres études montrent également un faible taux d'interruption du traitement causée par des effets indésirables en comparaison avec d'autres essais cliniques et les données accumulées dans des conditions normales.^{27,28} Comme pour nombre d'autres pathologies, les chiffres montrent de façon constante que les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse sont en capacité de prendre soin de leur santé, qu'ils souhaitent suivre un traitement et qu'ils sont capables d'accepter des contraintes de traitements complexes.

De plus, la recherche a montré que les craintes liées aux comorbidités psychiatriques chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse et les risques potentiels

liés aux effets secondaires neuropsychiatriques du traitement à base de pegIFN- α ne sont pas justifiées : Schaefer a conclu dans une publication récente qu'il n'y a «pas de preuves suffisantes que les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse présentent un risque accru de dépression sévère lors du traitement antiviral IFN- α . Par ailleurs, les comorbidités psychiatriques ne sont pas associées à un risque plus important d'interruption du traitement, à une moindre observance, à des taux de RVS plus faibles ni à la survenue de dépressions lors du traitement IFN- α ».²⁹ L'évaluation des antécédents psychiatriques avant le traitement pegIFN- α constitue toujours une priorité mais la plupart des difficultés psychiatriques peuvent être gérées avant ou pendant le traitement antiviral.

RÉINFECTION

Le risque de réinfection par le VHC après un traitement réussi chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse est un autre argument récurrent du discours voulant leur refuser l'accès au traitement du VHC. Dans une analyse systématique et une méta-analyse, la fréquence globale de réinfection pour 100 personnes-années était de 2,35 pour la totalité des participants et de



6,44 chez les personnes ayant reporté avoir régulièrement consommé des drogues par voie intraveineuse après le traitement.³⁰ Cela montre que le risque de réinfection est faible même chez les personnes qui poursuivent l'injection de drogues après le traitement. Il convient d'explorer plus finement cette question, mais le taux de réinfection actuellement identifié ne justifie en aucun cas un refus de traiter les personnes usagères de drogues actives par voie intraveineuse au nom de la santé publique.

TRAITEMENT : LE POINT D'ENTRÉE DES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES

D'un point de vue général, accéder au traitement du VHC peut être un important et appréciable point d'entrée dans le système de soins. À l'instar de ce que l'on connaît pour le VIH ou la tuberculose, accéder au traitement pour le VHC constitue une forte incitation à rejoindre un programme de réduction des risques ou tout autre service médico-social. Comme l'a prouvé l'accès au traitement du VIH, en plus de réduire la morbidité et la mortalité, le traitement du VHC peut représenter une opportunité de mettre en lien ceux qui le souhaitent avec des services de prise en charge des addictions, pour peu que ces derniers offrent des traitements appropriés.

Les données scientifiques disponibles démontrent que le traitement peg-IFN/RBV des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse infectées chroniquement par le VHC est généralement efficace et sans danger. Les taux d'observance thérapeutique et d'interruption de traitement chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse sont très proches de ceux rencontrés chez les personnes non-usagères de drogues. Il est aussi important de noter que le risque de réinfection est relativement faible pour cette population et qu'il ne saurait constituer un critère d'exclusion du traitement. En se fondant sur ces résultats, l'OMS recommande que « *tous les adultes et les enfants atteints d'une infection chronique par le VHC, y compris les personnes qui s'injectent des drogues, puissent être prises en charge avec un traitement antiviral* ». ³¹

Afin d'améliorer l'observance et les résultats du traitement, le traitement et la prise en charge des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse doivent être fondés sur des approches multidisciplinaires.³² Celles-ci devraient

inclure un soutien communautaire à l'observance du traitement³³ et développer une intervention par les pairs relative au VHC en matière d'injection à moindre risque et d'éducation thérapeutique.³⁴

Les travaux de recherche devront, dans le futur, se pencher sur les moyens d'améliorer l'observance et d'obtenir de meilleurs résultats de traitement dans des conditions optimales. Plus de recherches doivent aussi porter sur la réinfection.

LE TRAITEMENT CHEZ LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE PRÉVIENT D'AUTRES INFECTIONS !

LE TRAITEMENT COMME MOYEN DE PRÉVENTION

À la différence du VIH, l'impact préventif du traitement du VHC n'a pas été scientifiquement prouvé dans le cadre d'essais cliniques. Cependant, comme le traitement du VHC est souvent curatif et ne dure pas toute la vie, il semble très probable, d'un point de vue théorique et virologique, que le traitement des patients atteints du VHC soit un puissant moyen de prévention qui réduise le risque de transmission du virus dans la communauté, au-delà des effets bénéfiques sur la santé du patient. Cet impact préventif procuré par le traitement doit être uniquement considéré comme une intervention complémentaire à la mise en place de programmes de réduction des risques à grande échelle, ainsi qu'à la réforme des lois répressives. Les solutions biomédicales ne doivent pas servir pour porter atteinte aux programmes de prévention communautaires dont l'efficacité est prouvée.

Différents modèles épidémiologiques de pays à revenus élevés^{35,36,37,38}, ainsi qu'un modèle au Vietnam³⁹ montrent une réduction considérable de la prévalence sur le long terme chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse, grâce à des programmes de traitement – ces modèles prennent en compte la réinfection et les hypothèses de taux de RVS avec un traitement pegIFN/RBV. Selon ces modèles, le potentiel de prévention de ces programmes dépend principalement de la prévalence initiale chez les personnes usagères de drogues par voie

intraveineuse dans un pays donné et de la couverture en traitement dans les communautés à risque. De plus, les programmes doivent être maintenus pendant dix ans au moins pour produire des effets préventifs significatifs. Ceux-ci peuvent être amplifiés lorsque les génotypes 2 et 3 sont prédominants chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse⁴⁰ ou via l'accès à des traitements sans interféron, à base de DAA.⁴¹

Dans d'autres travaux de modélisation, Martin et ses collègues⁴² étudient l'impact de la combinaison du traitement VHC avec des traitements de substitution aux opiacés (TSO) et une large couverture des programmes d'échange de seringues (PES) sur la prévalence et l'incidence du virus chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse. Ils ont démontré qu'avec des taux de traitement du VHC réalistes, il était possible d'obtenir une réduction importante (de plus de 45 %) de la prévalence du VHC sur 10 ans, lorsque les traitements étaient combinés à des PES et des TSO.

En conclusion, les meilleurs travaux scientifiques disponibles prouvent que le traitement du VHC chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse ne doit pas être refusé, mais qu'il faut au contraire en faire une priorité étant donné les avantages en matière de prévention potentielle et de coût-efficacité. Toutefois, les bénéfices pour la santé du patient doivent toujours être considérés comme une priorité, et les effets préventifs comme un objectif secondaire. De plus, l'inclusion en traitement ne peut reposer que sur une base volontaire.

Nombreux sont ceux qui évoquent aujourd'hui l'hypothèse d'une éradication du virus de l'hépatite C, en

particulier avec des traitements uniquement par voie orale. Des antiviraux à action directe de nouvelle génération arrivent sur le marché. Le traitement sera ainsi plus court, plus simple tout en devenant plus efficace et moins risqué. Le traitement uniquement par voie orale à base d'AAD des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse confirmera les résultats obtenus préalablement avec les traitements à base d'interféron pégylé. De plus, ces traitements à base d'AAD vont permettre d'augmenter les taux d'observance thérapeutique, de réduire les effets secondaires et ils seront plus efficaces, même dans les cas de comorbidités ou de maladies avancées du foie. Les traitements par voie orale devraient permettre également un accès au traitement bien plus souple et facile – en particulier dans le cadre des programmes de réduction des risques et de substitution aux opiacés, voire même avec la prescription par des médecins généralistes.

Mais seule une approche fondée sur la santé publique et les droits humains peut faire de l'éradication du virus une réalité. Cette approche devra inclure une réduction drastique du prix des traitements disponibles. Elle devra s'attacher à supprimer les barrières à l'accès aux traitements du VHC pour les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse – en particulier celles liées aux contextes juridiques répressifs : réformes des politiques des drogues et la participation des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse dans les programmes de traitement partout dans le monde. Enfin, elle suppose la mise à l'échelle des interventions de réduction des risques en tant que moyen de prévention du VHC.

Pour que l'épidémie de l'hépatite C devienne une histoire ancienne !

Pour que nous écrivions l'histoire de la lutte contre l'hépatite C !

NOTES

1. World Health Organization. «Viral hepatitis resolution» [Internet]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R16-en.pdf.
2. World Health Organization. «Viral hepatitis resolution» [Internet]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-en.pdf.
3. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. «Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010». *Lancet*. 2012 Déc 15;380(9859):2095–128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
4. World Health Organization. «Hepatitis C: fact sheet no. 164». Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.
5. Lavanchy D. «Evolving epidemiology of hepatitis C virus». *Clin Microbiol Infect*. 2011 Feb;17(2):107–15. doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x.
6. Cook C, Kanaef N. «Global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics». London: International Harm Reduction Association; 2008. Disponible sur : www.ihra.net/files/2010/06/16/GSHRFullReport1.pdf.
7. Lavanchy D. «Evolving epidemiology of hepatitis C virus».
8. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D et al. «Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews». *Lancet*. 2011;378:571–83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.
9. Grebely J, Dore GJ. «Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs?» *Antiviral Res*. 2014;104:6272. doi: 10.1016/j.antiviral.2014.01.002.
10. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, et al. «Global epidemiology of hepatitis B».
11. Vous trouverez de plus amples informations sur ce travail de recherche dans l'encadré intitulé : «Documenter les besoins en traitement des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse». Cette étude n'incluant que des patients atteints de fibrose avancée de stades F3 et F4 a révélé que près d'un quart (24,2 %) des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse participantes avait besoin d'un traitement immédiatement. D'autres recherches montrent que, dans ce cas, 20-30 % des participants ont généralement besoin d'un traitement immédiatement. Dans le cadre de cette synthèse, nous avons donc utilisé un pourcentage de 25 % pour notre estimation.
12. Grebely J, Dore GJ. «Can hepatitis C virus infection be eradicated?»
13. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.) (Fact Sheet). «HIV and viral hepatitis». Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; Mai 2013. Disponible sur : http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library_factsheets_HIV_and_viral_Hepatitis.pdf
14. Berenguer J, Rodríguez E, Miralles P, et al. GESIDA HIV/HCV Cohort Study Group. «Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus». *Clin Infect Dis*. 2012 Sep;55(5):728–36.
15. Bouscaillou J, Champagnat J, Luhmann N, Avril E, Inaridze I, Miollany V et al. «Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: An urgent need for prevention and treatment». *Int J Drug Policy*. 2014 Jan 23. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.01.007. [Diffusion en ligne avant l'impression]
16. Hill A, Khoo S, Fortunak J, Simmons B, Ford N. «Minimum costs for producing hepatitis C direct-acting antivirals for use in large-scale treatment access programs in developing countries». *Clin Infect Dis*. 2014 Feb 13. 2014 Apr;58(7):928–36. doi: 10.1093/cid/ciu012.
17. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP et al. «HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage». *Lancet* 2010 Mar 20;375(9719):1014–28. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2.
18. Paintsil E, Binka M, Patel A, Lindenbach BD, Heimer R. «Hepatitis C virus maintains infectivity for weeks after drying on inanimate surfaces at room temperature: implications for risks of transmission». *J Infect Dis*. 2014 Avr 15;209(8):1205–11. doi: 10.1093/infdis/jit648. Epub 2013 Nov 23.
19. Grebely J, Dore GJ. «Can hepatitis C virus infection be eradicated?»
20. OMS, ONUDC, ONUSIDA. «Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users». 2012 Revision. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2012. Disponible sur : http://www.drugsandalcohol.ie/19190/1/IDU-Technical_Guide_2012_Revision.pdf
21. OMS, ONUDC, ONUSIDA. «Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users». 2012 Revision. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: http://www.drugsandalcohol.ie/19190/1/IDU-Technical_Guide_2012_Revision.pdf
22. Schwartländer B, Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E et al. «Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS». *Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2031–41. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60702-2.
23. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. «Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence». *Infect Dis*. 2009;49(4):561–73. doi: 10.1086/600304.
24. Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, Hagan H, Des Jarlais DC, Talal AH. «Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis». *Clin Infect Dis*. 2013; 56:806–16. doi: 10.1093/cid/cis1007.
25. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, Grebely J, Hutchinson SJ, Dore GJ, Goldberg DJ, Hellard ME. «Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis». *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S80–9.
26. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, et al. «Treatment of hepatitis C virus infection».
27. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, et al. «Treatment of hepatitis C virus infection».
28. Hilsden RJ, Macphail G, Grebely J, Conway B, Lee SS. «Directly observed pegylated interferon plus self-administered ribavirin for the treatment of hepatitis C virus infection in people actively using drugs: a randomized controlled trial». *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S90–6. doi: 10.1093/cid/cit327.
29. Schaefer M, Sarkar R, Diez-Quevedo C. «Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction». *Clin Infect Dis*. 2013 Aug;57 Suppl 2:S111–7. doi: 10.1093/cid/cit266.
30. Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, et al. «Treatment of hepatitis C virus infection».
31. Organisation Mondiale de la Santé. «Directives pour le dépistage, les soins et le traitement des personnes infectées par l'hépatite C». 2014. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1.
32. Bruggmann P, Litwin AH. «Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all». *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S56–61. doi: 10.1093/cid/cit271.
33. Crawford S, Bath N. «Peer support models for people with a history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection». *Clin Infect Dis*. 2013; 57 Suppl 2:S75–9. doi: 10.1093/cid/cit297.
34. *Ibid*.
35. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, et al. «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility». *Journal of Hepatology*. 2011;54(6):1137–44. doi: 10.1016/j.jhep.2010.08.029.
36. Zeiler I, Langlands T, Murray JM, Ritter A. «Optimal targeting of Hepatitis C virus treatment among injecting drug users to those not enrolled in methadone maintenance programs». *Drug Alcohol Depend*. 2010; 110:228–33. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.006.
37. Hutchinson SJ, Bird SM, Goldberg DJ. «Modeling the current and future disease burden of hepatitis C among injection drug users in Scotland». *Hepatology* 2005;42:711–23.
38. Hellard ME, Jenkinson R, Higgs P, Stoové MA, Sacks-Davis R, Gold J et al. «Modelling antiviral treatment to prevent hepatitis C infection among people who inject drugs in Victoria, Australia». *Med J Aust*. 2012 Juin 4;196(10):638–41.
39. Durier N, Nguyen C, White LJ. «Treatment of hepatitis C as prevention: a modeling case study in Vietnam». *PLoS One*. 2012; 7(4):e34548. doi: 10.1371/journal.pone.0034548.
40. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al. «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV?»
41. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, et al. «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV?»
42. Martin NK, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Vickerman P. «Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy». *Clin Infect Dis*. 2013;57 Suppl 2:S39–45.

Cette synthèse a été élaborée par Médecins du Monde (MmM)
en collaboration avec l'International Network of People
who Use Drugs (INPUD).

Rédigé par Niklas Luhmann, Harm Reduction and HIV/AIDS Advisor,
Médecins du Monde. Avec la contribution de Chloé Forette, Harm Reduction,
HCV & HIV Advocacy Officer, Médecins du Monde; Olivier Maguet, Board
Member in charge of HR Programs, Médecins du Monde; Dr. Eliot Ross
Albers, PhD, Executive Director, INPUD Secretariat.

CONTACT

Niklas Luhmann

MD, MPH - HR & HIV/AIDS Advisor

niklas.luhmann@medecinsdumonde.net

+33 (0)1 44 92 13 17

www.medecinsdumonde.org