

Institut universitaire de médecine sociale et préventive – IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique – CEESAN
Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung,
Zürich – ISGF

Service de la Santé Publique, Lausanne – SSP

Analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogue en Suisse

Fabrizio Cominetti, Thomas Simonson, Françoise Dubois-Arber,
Jean-Pierre Gervasoni, IUMSP
Michael Schaub, ISGF
Martine Monnat, SSP

RAISONS DE SANTÉ 234a – LAUSANNE


UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 234a

Étude financée par : Office fédéral de la santé publique, contrat no 13.005447 / 204.0001 /-1160

Citation suggérée : Cominetti F., Simonson T., Dubois-Arber F., Gervasoni J.-P., IUMSP, Schaub M., ISGF, Monnat M., SSP. Analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogue en Suisse. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 234a)

Remerciements : A toutes les personnes et institutions qui ont participé à l'étude

Date d'édition : Février 2015

Table des matières

1 Synthèse	11
1.1 Epidémiologie	13
1.2 Information/ prévention.....	14
1.3 Formation	14
1.4 Réduction des risques	15
1.5 Dépistage.....	15
1.6 Diagnostic, bilan et traitement	16
1.7 Politiques cantonales et qualité de la chaîne thérapeutique	18
2 Conclusions et recommandations	19
3 Introduction	23
4 Méthodes	27
4.1 Objet de l'analyse.....	29
4.2 Méthodes utilisées	30
4.2.1 Analyse de littérature	31
4.2.2 Analyse secondaire de données disponibles.....	31
4.2.3 Interviews d'experts nationaux et cantonaux (dans 4 cantons)	32
4.2.4 Etudes de cas	33
4.2.5 Enquête par internet auprès des professionnels de centres de traitement et des structures à bas seuil pour la réduction des risques	33
5 Revue de littérature et analyse secondaire des données	35
5.1 Charge de la maladie, coûts généraux	37
5.2 Épidémiologie	41
5.2.1 Prévalence du VHC chez les utilisateurs de drogues	44
5.2.2 Comparaisons internationales.....	50
5.3 Information et prévention	52
5.4 Prévention et réduction des risques.....	54
5.4.1 Indicateurs des pratiques à risque d'infection par le VHC chez les UDI	55
5.4.2 Efficacité des mesures de prévention et de réduction des risques	58
5.5 Dépistage.....	61
5.5.1 Technique de dépistage et acceptabilité	62
5.5.2 Pratique du dépistage en Suisse	63
5.6 Bilan.....	67
5.7 Traitement.....	68
5.7.1 Accès au traitement	70
5.7.2 Efficacité du traitement chez les UD(I)	71
5.7.3 Nouveaux traitements	73
5.7.4 Barrières chez les UDI	74
5.8 Cost-effectiveness.....	76
5.9 Milieu carcéral	79
5.9.1 Prévalence	80
5.9.2 Information	83

5.9.3	Prévention et réduction des risques.....	83
5.9.4	Dépistage.....	84
5.9.5	Traitement.....	84
6	Interviews d'experts nationaux	87
6.1	Introduction.....	89
6.2	Général.....	89
6.3	Information et prévention.....	90
6.4	Dépistage.....	91
6.5	Traitement.....	91
6.6	Formation	92
7	Études de cas cantonales	93
7.1	Kanton Zürich.....	95
7.1.1	Einleitung.....	95
7.1.2	Prävention	96
7.1.3	Schulung	97
7.1.4	Testung.....	97
7.1.5	Behandlung	98
7.1.6	Nachsorge	99
7.1.7	Ausblick	99
7.2	Kanton Aargau	100
7.3	Canton de Vaud	102
7.3.1	Introduction.....	102
7.3.2	Epidémiologie cantonale du VHC	102
7.3.3	Information	103
7.3.4	Prévention et réduction des risques.....	103
7.3.5	Dépistage.....	104
7.3.6	Bilan et mise en traitement.....	105
7.3.7	Barrières.....	108
7.3.8	Formation	108
7.3.9	Chaîne thérapeutique	109
7.3.10	Enjeux (nouveaux traitements, etc.)	109
7.4	Canton du Valais	110
7.4.1	Introduction.....	110
7.4.2	Epidémiologie cantonale du VHC	111
7.4.3	Information	111
7.4.4	Prévention et réduction des risques.....	111
7.4.5	Dépistage.....	112
7.4.6	Bilan et mise en traitement.....	114
7.4.7	Barrières.....	115
7.4.8	Formation	115
7.4.9	Chaîne thérapeutique	116
8	Usagers de drogues	119
8.1	Synthèse des interviews des usagers de drogues	121
8.2	Introduction.....	121
8.3	Général	122
8.4	Information et prévention.....	122
8.5	Connaissances réduction des risques.....	123

8.6	Dépistage.....	123
8.7	Bilan.....	123
8.8	Traitement.....	124
9	Enquête Internet.....	125
9.1	Introduction.....	128
9.2	Méthodes.....	128
9.3	Résultats.....	128
9.3.1	Institutions.....	129
9.3.2	Information et prévention.....	130
9.3.3	Dépistage.....	132
9.3.4	Traitement.....	134
9.3.5	Politique institutionnelle de dépistage et de prise en charge.....	136
9.4	Discussion.....	138
10	Références.....	139
11	Annexes.....	151
11.1	Annexe 1: Revue de littérature.....	153
11.2	Annexe 2 : Listes des personnes interviewées.....	164
11.2.1	Experts nationaux.....	164
11.2.2	Experts cantonaux: Vaud.....	166
11.2.3	Experts cantonaux: Zurich.....	166
11.2.4	Experts cantonaux Valais.....	167
11.2.5	Experts cantonaux Aargau.....	167
11.3	Annexe 5 : Usagers de drogues.....	168
11.4	Annexe 6 : Nombre de traitements dispensés pendant les années 2012 et 2013, selon l'estimation des répondants.....	170

Liste des tableaux

Tableau 1	Contribution de chaque approche méthodologique à la réponse aux questions posées	30
Tableau 2	Coûts des complications hépatiques, données européennes et américaines	40
Tableau 3	Prévalence du VHC chez les personnes sous substitution orale, données de la littérature.....	45
Tableau 4	Prévalence du VHC chez les utilisateurs actifs de drogue par voie intraveineuse, données de la littérature	46
Tableau 5	Prévalence du VHC chez les participants à l'étude de cohorte suisse du VIH (SHCS).....	49
Tableau 6	Dépistage VHC : Points critiques pour les UDI.....	62
Tableau 7	Techniques de dépistage	62
Tableau 8	Proportion de personnes testées pour le VHC, données de la littérature	63
Tableau 9	Variations des pratiques de dépistage rapportées par les usagers des différents SBS de Suisse.....	65
Tableau 10	Proportion de personnes traitées pour le VHC.....	70
Tableau 11	Barrières pour les UDI.....	75
Tableau 12	Facilitateurs et facteurs favorisant.....	76
Tableau 13	Cost-effectiveness de la prévention, du dépistage et du traitement du VHC chez les UDI.....	77
Tableau 14	Prévalence du VHC en milieu carcéral en Suisse, données de la littérature	81
Tableau 15	Prévalence du VHC en milieu carcéral (international), données de la littérature.....	82
Tableau 16	Prévalence du VHC chez les utilisateurs de drogue à l'entrée en traitement résidentiel de l'addiction	153
Tableau 17	Prévalence du VHC chez les UDI dans l'UE, Croatie, Turquie, Norvège (EMCDDA)	154
Tableau 18	Prévalence du VHC en milieu hospitalier en Suisse, données de la littérature	155
Tableau 19	Proportion de personnes testées pour le VHC au moins une fois dans la vie, à l'entrée en traitement résidentiel (Act-Info-FOS)	155
Tableau 20	Guide d'entretien pour les experts nationaux.....	164
Tableau 21	Guide d'entretien pour les usagers de drogues.....	168
Tableau 22	Caractéristiques des usagers de drogues interviewés.....	169
Tableau 23	Structures de traitement résidentiel	170
Tableau 24	Structures ambulatoires	171
Tableau 25	Structures à seuil bas	171

Liste des figures

Figure 1	Évolution du nombre total de déclarations de cas d'hépatite C en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV est un facteur de risque rapporté (UDI).....	42
Figure 2	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV est un facteur de risque rapporté (UDI).....	43
Figure 3	Prévalence rapportée du VHC chez les UDI actifs à l'entrée en traitement par prescription d'héroïne (TPH)	47
Figure 4	Évolution de la prévalence rapportée du VHC chez les UD fréquentant une structure à bas seuil ¹⁵	47
Figure 5	Prévalence rapportée du VHC par les UD à l'entrée en traitement résidentiel de l'addiction, parmi ceux qui rapportent avoir été testés.....	48
Figure 6	Prévalence du VHC chez les UDI dans l'UE, Croatie, Turquie, Norvège (EMCDDA)	51
Figure 7	Graphique de l'évolution du nombre mensuel moyen (sur l'année) de seringues distribuées en Suisse, de 1993 à 2012.	56
Figure 8	Graphique de l'évolution de la proportion d'UDI ayant partagé du matériel, dans les SBS suisses, de 1993 à 2011 ¹⁵	57
Figure 9	Proportion de personnes testées pour le VHC au cours de la vie dans les SBS en Suisse ¹⁵	64
Figure 10	Proportion de personnes testées pour le VHC au moins une fois dans la vie, à l'entrée en traitement résidentiel (Act-Info-FOS)	66
Figure 11	Prévalence du VHC dans la population carcérale suisse, données de la littérature.....	81
Figure 12	Type de structure.....	129
Figure 13	Proportion des répondants rapportant des formations spécifiques sur le VHC, suivies par le personnel de leur structure.	129
Figure 14	Organisation de campagnes de prévention ou d'information sur le VHC.....	130
Figure 15	Offre d'information personnelle sur le VHC, en face à face.....	131
Figure 16	SBS. Organisation de campagnes de dépistage.....	132
Figure 17	Structures ambulatoires et résidentielles. Politique de dépistage du VHC.....	133
Figure 18	Mise en place de traitements du VHC.	134
Figure 19	Lieux où sont adressés les patients pour traitement du VHC (depuis les structures ne délivrant pas ces traitements).....	135
Figure 20	Situations dans lesquelles un test de dépistage du VHC devrait être proposé (selon les répondants).	136
Figure 21	Suite à donner à un test de dépistage positif pour le VHC (selon les répondants).	137

Figure 22	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les hommes.	156
Figure 23	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les femmes.	156
Figure 24	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton de Vaud	157
Figure 25	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton de Zurich	157
Figure 26	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton du Valais.....	157
Figure 27	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton d'Argovie.....	158
Figure 28	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC < 30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée.....	158
Figure 29	Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC > 30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée.....	159
Figure 30	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les hommes	159
Figure 31	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les femmes	160
Figure 32	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton de Vaud.....	160
Figure 33	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton de Zurich	161
Figure 34	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton du Valais.....	161
Figure 35	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton d'Argovie.....	161
Figure 36	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse <30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée.....	162
Figure 37	Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse >30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée.....	162
Figure 38	Prévalence du VHC chez les UDI actifs à l'entrée en traitement par prescription d'héroïne (HeGeBe), par sexe.....	163
Figure 39	Prévalence du VHC chez les UDI actifs à l'entrée en traitement par prescription d'héroïne (HeGeBe), par catégorie d'âge	163

Glossaire

AACTS	Fondation Addiction, Action Communautaire, Travail Social (Vevey)
Act-Info-FOS	Addiction, Care and Therapy Information (traitement résidentiel pour les drogues illégales)
AG	Canton d'Argovie
ARN	Acide ribonucléique
ARUD	Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen
AVMCT	Association Vaudoise de Médecins Concernés par la Toxicodépendance
BE	Canton de Berne
BS	Canton de Bâle-Ville
CAAD	Centre d'accueil pour adultes en difficulté
CAARUD	Structures à bas seuil, France
CDC	Centre for Disease Control and Prevention (USA)
CH	Suisse
CHC	Carcinome Hépatocellulaire
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIM-10	Données codées, classification statistique internationale des maladies
CSM	Centre Saint Martin, (Lausanne)
CT	Centre de traitement des addictions
CTV	Centre de Test du VIH
DAA	Antiviraux à action directe
DALY	Disability-adjusted life year
DO	Décès par Overdose
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
EdS	Entrée de Secours (Morges)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug-Addiction
ESP	Étude de séroprévalence
FORDD	Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances
FOS	Système Act-Info : ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie
FR	Canton de Fribourg
FVS	Fachverband Sucht
GE	Canton de Genève
GREA	Groupement Romand d'Études des Addictions
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung, traitement par prescription d'héroïne (TPH)
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HU	Hôpitaux Universitaires
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICER	Incremental Cost Effectiveness Ratio
ICHV	Institut central des hôpitaux valaisans
ICUR	Incremental cost-utility ratio
IGT	Indice de gravité en toxicomanie
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France)

ISGF	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
IST	Infection sexuellement transmise
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
iv	Intraveineux
K&A	Kontakt- und Anlaufstellen
NE	Neuchâtel
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OR	Odds Ratio
PBF	Ponction Biopsie de Foie
PCO	Section d'addictologie du service de psychiatrie communautaire
PCR	Polymerase Chain Reaction
peg-IFN	Interféron pégylé
PES	Programmes d'échange de seringues
PES-HC	Programmes d'échange de seringues avec une haute couverture
PMU	Policlinique médicale universitaire
PRIM	Programme institutionnel de méthadone
QALY	Quality Adjusted Life Year
RBV	Ribavirine
RVS	Réponse virale soutenue
SADD	Section d'addictologie du service de psychiatrie communautaire du DP-CHUV, Lausanne
SAMBAD	Secteur Ambulatoire de l'Aide psychosociale en matière de Dépendance
SAMMSU	Swiss Association for Medical Management of Substance Users
SBS	Structures à bas seuil
SCCS	Swiss hepatitis C Cohort Study
SDF	Sans domicile fixe
SEVHep	Swiss Experts in Viral Hepatitis
SG	Saint- Gall
SHCS	Swiss HIV Cohort Study
SSP	Service de la Santé Publique
TD	Tests diagnostiques
TPH	Traitement par prescription d'héroïne
TSO	Traitement de substitution orale
UD	Usagers de drogues (tout mode de consommation)
UDI	Usagers de drogue par voie intraveineuse
UTAD	Unité de traitement des addictions (Nord vaudois)
VD	Canton de Vaud
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Canton du Valais
YLD	Years lived with disability
YLL	Years of life lost
ZH	Canton de Zürich

1

Synthèse

1 Synthèse

L'analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogue en Suisse a fait appel à plusieurs méthodes: synthèse de la littérature publiée et grise sur le sujet et analyse secondaire de données disponibles, interviews d'experts nationaux, interviews d'usagers de drogues (UD), études de cas dans 4 cantons (Zurich, Vaud, Argovie, Valais), enquête par internet auprès des institutions prenant en charge des UD en traitement résidentiel et ambulatoire et dans les structures à bas seuil d'accès pour la réduction des risques.

1.1 Epidémiologie

Dans les vingt dernières années, les nouvelles déclarations de cas d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) ont connu un pic à la fin des années 90 avec plus de 2'500 cas par année dont plus de 30% chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI). Les nouveaux cas déclarés ont ensuite diminué jusqu'à atteindre moins de 1'500 cas en 2011 pour remonter à plus de 1'700 cas en 2013 dont un peu plus de 20% chez les UDI (436 cas, pas de réaugmentation des nouveaux cas dans cette population).

La prévalence du VHC estimée sur l'ensemble de la population en Suisse varie selon les auteurs entre 0.7% et 1.75%. Elle est un peu plus élevée (2%) chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Chez les ressortissants de pays réputés à plus haute prévalence (Afrique sub-saharienne, certains pays du Moyen-Orient et d'Asie du Sud-Est), la prévalence est probablement plus élevée que dans la population générale mais n'est pas connue. En prison, du fait de la surreprésentation des UD et de populations de pays à plus haute prévalence, la prévalence du VHC est plus élevée que dans la population générale (entre 5 et 10%). On estime qu'environ 2/3 des cas vont évoluer vers la chronicité.

La prévalence du VHC est très élevée chez les UD, mais en diminution du fait des mesures de réduction des risques (et aussi des décès chez des personnes infectées de longue date). Elle varie en fonction des *settings* et de la façon de récolter l'information (résultat mesuré ou rapporté). Dans les années récentes la prévalence était :

- chez les UDI entrant en traitement résidentiel : 27% (2012, prévalence rapportée)
- chez les UDI actifs dans les centres à bas-seuil : environ 40%, chez les UD non injecteurs: 2.7% (2011, prévalence rapportée)
- chez les UDI actifs entrant dans le programme HeGeBe d'environ 60% (2012, prévalence rapportée).

Selon les enquêtes dans les structures à bas-seuil d'accès, il ne semble pas avoir de différence régionale significative. En comparaison européenne, la Suisse affiche des prévalences semblables

à, voire un peu plus basses que celles de nos voisins (Allemagne, France, Italie), si l'on considère des *settings* équivalents.

La prévalence du VHC chez les UDI est plus élevée que celle du VIH (VIH entre 10-12% selon les *settings*).

On peut tenter une estimation du nombre d'UD VHC+ basée sur le nombre de patients en traitement de méthadone (18'000), la proportion estimée de 70% de UD en traitement de méthadone (donc 25'700 UD) et les prévalences rapportées dans plusieurs *settings* (environ 30% dans les traitements résidentiels et 60% dans HeGeBe). Cela donnerait une estimation basse de 7'700 et une estimation maximale de 15'400 UD VHC+ en Suisse.

1.2 Information/ prévention

Les premières campagnes nationales de prévention du VHC, ont débuté entre 2002 et 2004 sous l'égide de la Fachstelle für Schadensminderung (devenue ensuite Infodrog). Dès 2007-2008, des campagnes nationales à l'intention des consommateurs (UDI, mais aussi personnes qui consomment des dogues par sniff ou inhalation) et des professionnels ont été régulièrement menées: édition de brochures et flyers d'information, film, site internet, etc. Les activités cantonales ont démarré généralement plus tard. Elles reprennent en général le matériel existant et le mettent à disposition. La prévention dépend plutôt des diverses institutions qui l'adaptent à leur contexte. Dans les dernières années, il y a eu des campagnes cantonales spécifiques, p.ex. dans le canton de Vaud. Il n'y a pas d'inventaire des activités menées et pas d'évaluation systématique des campagnes (manque de moyens).

Plusieurs experts relèvent le mauvais niveau d'information des UD sur l'hépatite C, avec la persistance de fausses croyances et les possibilités de traitement et le manque d'intérêt des UD pour ce sujet.

Plusieurs experts estiment que l'information aux médecins et à la population par l'OFSP est peu accessible, dispersée et insuffisante et regrettent l'absence d'une stratégie nationale hépatites. Les intervenants de la prison (Vaud) relèvent que le matériel n'est pas suffisamment adapté pour les personnes avec un degré de littératie bas et n'est pas traduit.

1.3 Formation

Il semble exister une offre assez diversifiée de formations continues concernant les hépatites pour les professionnels, mais il n'existe pas d'inventaire national ou régional. Les professionnels non médecins ont utilisé surtout les formations offertes par Infodrog ou la FORDD. Les médecins spécialistes ont accès à des formations continues régulières. Pour les médecins non spécialistes, des formations (colloques, etc.) sont organisées plutôt au niveau cantonal par les spécialistes locaux et semblent diversement suivies.

1.4 Réduction des risques

L'accès aux mesures de réduction des risques en Suisse est très élevé et la couverture est très bonne; il existe des programmes de remise de matériel d'injection dans la plupart des grandes villes et l'accès au matériel d'injection dans les pharmacies est libre. Dès la fin des années 90, des recommandations sur le non partage de matériel servant à préparer l'injection (et le sniff ou l'inhalation) ont été diffusées dans les centres à bas-seuil et du matériel mis à disposition. Le monitoring des comportements à risque de transmission du VIH et des hépatites chez les UDI montre que le partage de seringues est actuellement bas (5% de partage de seringue dans le dernier mois en 2011). En revanche le partage de matériel servant à préparer l'injection reste un peu plus élevé (32% de partage de cuillère et 21% de filtre dans le dernier mois en 2011), bien qu'en diminution.

1.5 Dépistage

La SSAM a émis des recommandations précises sur le dépistage du VHC chez les UD, en recommandant un dépistage systématique et répété annuellement (séronégatifs) chez toute personne consommatrice de drogue par injection/par voie intranasale. L'OFSP dans ses recommandations sur les traitements de substitution, révisées en 2013, recommande un dépistage systématique à l'entrée en traitement et un dépistage répété tous les 6 mois en cas de séronégativité et de poursuite de prise de risques.

Les données à disposition indiquent un accès au dépistage et des pratiques de dépistage qui peuvent varier selon les *settings* et les régions. L'immense majorité (plus de 80%) des UDI ont été dépistés pour le VHC au moins une fois dans leur vie. Cette proportion est plus faible chez les non-injecteurs (64% chez les usagers de SBS en 2011). La proportion d'UDI qui rapportent avoir été testés dans les 12 derniers mois est nettement plus faible (55% UD/UDI, bas-seuil, 2011).

Dans les SBS, il n'existe pas d'offre de dépistage sur place. Dans la plupart des SBS, on recommande aux clients de se faire dépister chez son médecin, de façon collective (affichage) ou en conseil individuel. Certains SBS (ZH, GE), dans le cadre de campagnes Hépatite C organisent des semaines de dépistage (sanguin ou salivaire). A Zurich, des semaines de dépistage avec test salivaire sont organisées deux fois par an depuis quelques années.

Dans les structures ambulatoires spécialisées dans les traitements de substitution, le dépistage est en général proposé à l'entrée en traitement (systématiquement au CSM dans le canton de Vaud et à ARUD dans le canton de Zurich, avec dépistage annuel). En revanche, les pratiques des médecins installés en pratique privée sont moins bien connues et le dépistage est probablement moins systématique. Dans plusieurs cantons (VD, VS, ZH), il existe une question sur le dépistage du VHC dans le formulaire d'entrée en traitement de substitution.

Dans les institutions de traitement résidentiel, en cas d'exposition au risque, le dépistage est systématiquement proposé dans le canton de Vaud, systématiquement discuté dans le canton du

Valais. La situation dans le canton de Zurich est moins homogène et mal connue dans le canton d'Argovie.

Au niveau des pratiques de dépistage, il existe donc des différences régionales, avec une situation meilleure dans les grandes villes où la prise en charge des UD est très organisée avec beaucoup d'offres différentes et où les UD ont plus de chances d'être confrontés à une recommandation de dépistage, y compris dans les SBS.

1.6 Diagnostic, bilan et traitement

Si le dépistage est très répandu chez les UDI, la poursuite des investigations (bilan) et la mise sous traitement se fait de façon beaucoup moins systématique.

Les experts et les professionnels interrogés dans les divers types de structures s'accordent à dire qu'il existe des résistances aussi bien chez les professionnels que chez les UD concernant la poursuite de la prise en charge, en particulier lorsque les consommateurs sont dans une période de consommation active ou qu'ils se trouvent hors structures de traitement ou en traitement ambulatoire. De fait, il n'existe pas de pratique systématique de bilan lorsqu'un test VHC est positif. Cette phase de bilan est particulièrement difficile à réaliser dans les structures à bas seuil, dans les structures de traitement ambulatoire et en prison parce que l'organisation des rendez-vous pour le bilan hépatique (PBF, fibroscan, etc.) est compliquée. Par exemple, au CSM à Lausanne, on estime que 50% des personnes VHC+ ont eu un bilan complet. Cette proportion semble être un plus importante dans certains centres alémaniques (p.ex St-Gall). Dans les structures de traitement résidentiel, il est plus facile d'organiser des bilans et d'accompagner les patients. Certaines structures à bas-seuil à Zurich, disposent de temps en temps d'un fibroscan et le CSM à Lausanne vient d'en acquérir un, ce qui facilite la phase de bilan. Dans les petits cantons, où ce sont souvent des médecins généralistes qui suivent les UD, les bilans se font encore de façon moins complète et les experts estiment que les connaissances des médecins généralistes sont parfois insuffisantes à ce sujet. En Argovie, il a même été rapporté qu'une partie des UD irait se faire traiter pour la dépendance dans un autre canton, pour accéder plus facilement au traitement de l'hépatite C.

La phase suivante, de discussion sur l'opportunité de traiter – discussion qui se fait en lien avec des hépatologues ou des infectiologues est aussi une phase particulièrement cruciale pour les UD. Elle met en jeu:

- les qualités du réseau et des structures qui les prennent en charge: répartition des tâches, disponibilité, connaissance de la dépendance, etc.
- les appréciations divergentes des protagonistes (y compris les patients eux-mêmes) sur les possibilités réelles de suivre un traitement et les résistances
- le temps nécessaire à la mise en place d'un dispositif de traitement.

Les chances d'accéder au traitement pour les UD dépendent de multiples facteurs, notamment de l'organisation des soins pour les UD dans un canton.

Les experts, comme les données disponibles, convergent sur plusieurs points concernant le traitement actuel des UD VHC+:

- une proportion basse d'UD VHC+ ayant été traités ou en traitement en Suisse: les experts l'estiment à moins de 10%, les données des enquêtes bas-seuil la situent plutôt autour de 20% chez les UDI.
- le traitement résidentiel et la prison comme deux *settings* favorables à une mise sous traitement, du fait que le patient peut être suivi de près
- l'importance d'associer les personnes impliquées dans le traitement de la dépendance au suivi du traitement VHC, ainsi que de disposer d'infirmier(ère)s de pratique avancée pour la délégation des tâches de suivi très lourdes
- l'importance de la préparation de la mise sous traitement pour faire tomber les barrières, construire une alliance thérapeutique, tester l'observance. Selon les experts, cette phase peut durer de quelques mois à plusieurs années
- l'attente des nouvelles molécules pour commencer un traitement sans interféron chez les UD comme dans les autres populations (listes d'attente, voire registre de patients VHC+, arrêt de début de nouveaux traitements sauf en cas de danger vital).

L'organisation des traitements varie beaucoup selon les régions: dans certains grands cantons (VD, ZH), les hépatologues prennent peu en charge le traitement des UD et sont réservés sur la possibilité de traiter des UD en phase de consommation active. Ils exigent parfois un haut niveau de stabilisation avant de commencer un traitement et délèguent cela aux addictologues dans les grands centres de traitement ambulatoire (CSM, ARUD), avec des partenariats en général de bonne qualité (pour la prescription et certains aspects du suivi). Dans d'autres cantons, la répartition des tâches est différente, avec une place plus grande des infectiologues et hépatologues dans le traitement des UD. Le traitement des co-infectés VIH/VHC est en général du ressort des infectiologues des hôpitaux universitaires ou cantonaux. On sait peu ce qui se passe dans l'organisation du suivi (entre autres hépatologique) chez les personnes ayant été traitées.

L'expérience des institutions ambulatoires ou résidentielles spécialistes de l'addiction qui mettent en place des traitements chez des UD est convergente: il est tout-à fait possible de traiter les UD (substitués ou en phase active) si ils sont bien suivis et soutenus, avec un résultat de traitement équivalent à celui rencontré dans d'autres populations. La plupart des traitements se passent très bien. Les expériences faites en prison (VD) vont dans le même sens.

La cohorte SAMMSU est vue comme une opportunité de partager les expériences et d'homogénéiser les pratiques dans le domaine du traitement et du suivi après traitement.

1.7 Politiques cantonales et qualité de la chaîne thérapeutique

Aucun des 4 cantons étudiés n'a formulé une politique de prise en charge du VHC en général ou chez les UD. Dans plusieurs cantons, il existe des réseaux formels (ZH, mais aussi BS) ou informels (VD) de professionnels qui collaborent autour de l'hépatite C (ou plus largement autour des hépatites), mais plutôt dans le domaine du traitement.

En fait, la chaîne thérapeutique en amont (information, dépistage, diagnostic/bilan) montre encore des lacunes dans tous les cantons étudiés, en particulier dans les petits cantons où les structures à bas-seuil font souvent défaut et où la prise en charge addictologique ambulatoire est assumée par des médecins individuels plutôt que des centres spécialisés. Des efforts ont été faits pour mettre en place des dépistages plus systématiques ou pour recommander le dépistage dans les structures à bas-seuil dans les grands cantons mais des améliorations sont encore nécessaires, notamment dans la formation du personnel. La phase de diagnostic/bilan et préparation au traitement est certainement encore le point faible de la chaîne thérapeutique, dans tous les cantons, car elle demande une organisation, une systématisation des procédures (et aussi une volonté de la part des partenaires) qui est difficile à appliquer dans ces populations.

Des expériences intéressantes de traitement sous l'égide de médecins addictologues dans les structures de traitement ambulatoire médicalisé (ARUD, CSM) se sont mises en place dans les grands cantons, avec des collaborations, d'une part avec les spécialistes d'hépatologie ou d'infectiologie, mais aussi avec des médecins praticiens installés en pratique privée, pour lesquels ces centres deviennent des centres de référence pour le traitement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues. Cependant, la lourdeur et la complexité de la préparation et du suivi des traitements de l'hépatite C chez les UD, demandent des ressources importantes, qui ne sont pas suffisantes pour prendre en charge un grand nombre de patients. Dans les cantons plus petits (VS, AG), le réseau addictologique ambulatoire est moins spécialisé, plus éclaté et les traitements ambulatoires difficiles à mettre en place. Et c'est plutôt dans les structures de traitement résidentiel que des traitements (peu nombreux) peuvent se faire.

Dans tous les cantons étudiés, on est en attente des nouveaux traitements sans interféron avec de grands espoirs de pouvoir traiter davantage d'UD. Il y a peu de réflexion au niveau cantonal sur les conséquences possibles (en termes d'organisation, de priorités, etc.) de l'arrivée prochaine des nouvelles thérapies.

2

Conclusions et recommandations

2 Conclusions et recommandations

Les nouveaux cas de VHC chez les UD sont stables à environ 500 cas par an, la prévalence est en diminution.

Les UD ne représentent qu'une minorité des nouveaux cas de VHC dépistés.

Il n'existe pas de politique nationale, ni cantonale, de lutte contre les hépatites, l'hépatite C en particulier.

Les risques liés au partage de matériel d'injection sont bas depuis des années. En revanche les risques liés au partage de matériel servant à préparer l'injection sont encore trop élevés et semblent méconnus des UDI.

L'information sur l'hépatite C chez les UD et chez les professionnels (non seulement dans le domaine de l'addiction mais aussi les médecins installés en pratique privée), est encore parfois incomplète, en particulier dans les cantons qui ne disposent pas de grandes structures de traitement ambulatoire et de structures à bas seuil.

Il faut viser une diminution supplémentaire des nouveaux cas, en suivant deux axes: le renforcement de l'information, de la réduction des risques et une mise sous traitement accrue des UDI.

Il convient d'analyser en détail l'épidémiologie du VHC en Suisse, de façon à pouvoir dépister et prendre en charge efficacement toutes les populations infectées. De plus, une réflexion sur les avantages d'une stratégie de dépistage populationnelle devrait être menée, ainsi que la stratégie liée à la population migrante ayant une prévalence élevée d'hépatite C.

Un programme national de lutte contre les hépatites (en particulier l'hépatite C), à l'image de ce qui s'est fait pour le VIH devrait être mis sur pieds par l'OFSP. L'arrivée de nouvelles thérapies est une bonne occasion de réfléchir à une stratégie nationale.

Une intensification de la réduction des risques liée au partage de matériel d'injection et servant à préparer l'injection est nécessaire. Il conviendrait donc de plus thématiser cette dimension de la réduction des risques, notamment dans les centres à bas seuil.

L'information aux UD doit être améliorée, dans tous les *settings*. Il faut veiller à l'accessibilité de l'information pour des populations à bas niveau de littératie ou ne parlant pas une langue nationale.

L'information et la formation large des professionnels doit faire partie d'une stratégie nationale à venir. Celles-ci pourraient être portées par Infodrog ou par les organisations faïtières comme le FVS et le GREA.

Le dépistage régulier du VHC chez les UDI et les UD non injecteurs n'est pas encore une pratique de routine. La proportion des UD non injecteurs ayant été testés dans leur vie est inférieure à celle des UDI.

La prise en charge des personnes UD infectées par le VHC est encore insuffisamment systématisée, bien que des recommandations existent.

Les UD ont besoin d'une prise en charge assez lourde demandant un réseau bien fourni avec un fort soutien par des professionnels de l'addiction.

Les UD bien pris en charge peuvent être traités efficacement.

La proportion d'UD bénéficiant d'un traitement est encore insuffisante.

Il faut intensifier l'information des professionnels et des UD sur l'intérêt du dépistage régulier de l'hépatite, notamment dans le contexte de l'arrivée de nouvelles thérapies.

Des modèles déjà existants de bonne pratique d'organisation du dépistage dans les structures à bas-seuil devraient être discutés et diffusés

Dans chaque canton, une analyse de la chaîne thérapeutique devrait être menée pour examiner les différents éléments de cette chaîne et les améliorer: dépistage, bilan, appréciation du besoin de mise sous traitement, préparation au traitement, traitement et suivi post-traitement. Ces analyses pourraient être initiées notamment par les médecins cantonaux.

Les expériences de bonnes pratiques de réseaux interdisciplinaires de prise en charge des UD, doivent être discutées et diffusées.

En particulier, les postes d'infirmier (ère)s de pratique avancée pour l'éducation thérapeutique doivent être développés.

Dans la perspective d'une diminution de la transmission du VHC, l'augmentation de la mise sous traitement des UDI, avec l'arrivée de traitements plus courts et sans interféron doit être discutée et organisée.

3

Introduction

3 Introduction

L'hépatite C est une maladie infectieuse d'importance mondiale dont la prévalence estimée varie selon les régions: en 2010, 3.2% de la population en Afrique, 4.7% au Moyen Orient, 2.3% en Europe¹. En Europe, une estimation du *burden of disease* a conclu que le virus de l'hépatite C (VHC) avait causé 86'000 morts et 1.2 millions de DALYs dans la région OMS Europe en 2002². Une partie importante des personnes infectées par le VHC ne savent pas qu'elles le sont³.

En Suisse, l'incidence de l'infection à VHC a été estimée entre 32 et 39 cas pour 100'000 habitants. Selon Witteck *et al.*, l'incidence aurait décliné entre 2004 et 2007 et serait relativement stable depuis^{4, 5}. Cette décroissance ne serait pas également répartie selon divers groupes de population: par exemple, des mesures effectuées dans la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) ont montré une incidence décroissante chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI), stable chez les hétérosexuels et croissante chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)⁶.

La majorité des nouvelles infections ont lieu chez les UDI, mais d'autres groupes de personnes peuvent présenter un risque d'infection: personnel soignant (risque de piqûre accidentelle), partenaires sexuels de personnes infectées, en particulier personnes pratiquant la pénétration anale non protégée (surtout HSH). Dans la Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS), entre 2000 et 2005, qui inclut aussi des personnes avec une infection de longue date, les risques mentionnés par les patients étaient: UDI 57%, avoir subi une procédure invasive 35%, une transfusion 23%, une piqûre accidentelle 10%, une exposition accidentelle au sang 7.6%, avoir un partenaire sexuel VHC+ 13%, vivre avec une personne VHC+ 5% et aucun risque rapporté 9.4%⁷.

La prévalence estimée sur l'ensemble de la population en Suisse varie selon les auteurs entre 0.7% et 1.75%^{1, 8, 9}. Elle est très élevée chez les UDI (jusqu'à 80% dans les programmes de remise contrôlée d'héroïne), mais en diminution du fait des mesures de réduction des risques¹⁰⁻¹⁴. En 2011, la prévalence rapportée était de 32.9% chez les UDI fréquentant les structures à bas seuil (SBS) distribuant du matériel d'injection¹⁵ et de 29% chez les personnes entrant en traitement résidentiel¹⁶. Une prévalence de 2% a été rapportée chez les HSH¹⁷. Chez les ressortissants de pays à haute prévalence (Afrique sub-saharienne, certains pays du Moyen-Orient et d'Asie), la prévalence est aussi probablement plus élevée que dans la population générale mais n'est pas connue.

Le niveau d'information des différentes populations concernées par le VHC en Suisse n'est pas connu. Les UDI et les UD qui ne s'injectent pas sont probablement mieux informés que les autres populations, en particulier depuis le renforcement des mesures de réduction des risques (davantage d'attention portée aux risques de transmission lors d'actes préparatoires de l'injection: partage de cuiller, d'eau, etc., et aux risques de transmission lors de partage de matériel pour le sniff et l'inhalation).

Pour ce qui concerne la prévalence de personnes testées, chez les UDI en traitement de méthadone ou d'héroïne, elle semble très élevée dans certains centres (St Gall, projet KODA à

Berne, plus de 90%)⁴. La prévalence de personnes testées est un peu moins élevée parmi les UDI fréquentant les SBS distribuant du matériel d'injection: 81.1% ont fait un test pour le VHC au cours de la vie et 55.2% au cours des douze derniers mois en 2011. Une prévalence du même ordre (83%) a été trouvée chez les patients entrant en thérapie résidentielle¹⁶.

En ce qui concerne la mise sous traitement des UDI atteints de VHC, elle est insuffisamment connue: elle a été mesurée à 23% à St-Gall⁴. En 2011, parmi les usagers des SBS 13.4% des personnes VHC+ étaient actuellement en traitement, avec des différences selon les cantons¹⁸. Les détails de l'accès au traitement, les barrières à l'entrée en traitement chez les toxicomanes en particulier sont mal connus ainsi que l'accès au traitement dans les autres populations concernées. C'est toute la chaîne du dépistage au diagnostic et au traitement qui nécessite une investigation plus détaillée. Enfin, les nouveaux antiviraux déjà disponibles et à venir laissent entrevoir la possibilité de traiter de manière efficace un nombre accru de personnes, mais avec un coût probablement élevé^{8,19}.

Au vu des lacunes dans l'information sur l'hépatite C, l'OFSP a confié à l'institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), l'Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung de Zurich (ISGF) et à la section d'addictologie du service de psychiatrie communautaire (PCO) du DP-CHUV, Lausanne (SADD) une analyse de la situation de l'hépatite C chez les consommateurs de drogue en Suisse.

Ce rapport est structuré de la façon suivante:

- le chapitre 3 décrit l'objet de l'analyse et la méthode utilisée,
- le chapitre 4 contient l'analyse de la littérature et l'analyse secondaire des données disponibles,
- le chapitre 5 présente l'analyse des interviews d'experts,
- le chapitre 6 présente les interviews d'usagers de drogues,
- le chapitre 6 présente les 4 études de cas cantonales,
- le chapitre 7 présente les résultats de l'étude internet menée auprès des institutions prenant en charge des usagers de drogues,
- le chapitre 8 présente les conclusions et recommandations issues de cette analyse de la situation.

4

Méthodes

4 Méthodes

4.1 Objet de l'analyse

L'objet de la recherche est l'analyse de la situation concernant l'hépatite C portant sur toute la "ligne" de questionnement et d'intervention: épidémiologie – information – prévention – dépistage – traitement et résultat du traitement, avec un focus particulier sur la population des personnes qui consomment des drogues par voie intraveineuse (UDI) et les personnes en traitement de substitution (TSO).

Les thèmes suivants ont été abordés:

Charge de maladie et coûts induits chez les UDI.

Epidémiologie:

Prévalence/incidence ; en particulier différenciation selon l'âge, le sexe, l'origine, le type de risque, le lieu de domicile, la prévalence des co-morbidités et co-infections.

La prévention et l'information: en particulier :

- Les activités menées, les acteurs et les contextes, les différences régionales.
- Le niveau d'information des professionnels du domaine des addictions et des UDI eux-mêmes concernant les risques et les possibilités de prévention et de traitement.
- Les lacunes dans ce domaine.

La systématisation de l'offre de test, en particulier :

- Stratégies de test.
- Prévalence des personnes testées.
- Capacité de système à assurer des taux de détection adéquats (système "organisé" et "stable" d'encouragement au test) et besoins en amélioration.

Taux de traitement et taux de réussite des traitements, en particulier :

- Lacunes du système, différences régionales.
- Capacité d'assurer une offre de soins et de suivi adéquate.

Améliorations à apporter dans l'ensemble de la chaîne information – prévention – dépistage – traitement/suivi.

4.2 Méthodes utilisées

Cinq approches complémentaires ont été utilisées:

- Analyse de la littérature.
- Analyse secondaire de données existantes.
- Interviews d'experts et de personnes consommatrices de drogues.
- Enquête par internet auprès de professionnels de centres de traitement et de structures à bas seuil pour la réduction des risques.
- Analyse du système dans 4 cantons (études de cas).

La contribution de chacune de ces approches à l'analyse des différents thèmes couverts par l'appel d'offres est schématisée dans le Tableau 1.

Tableau 1 Contribution de chaque approche méthodologique à la réponse aux questions posées

Domaines d'intérêt	Analyse littérature	Analyse sec. données	Interview Experts, et UDI	Enquête internet professionnels	Etudes de cas
1. Charge de maladie, coûts	x	x	x		
2. Epidémiologie: prévalence/ incidence VHC, prévalence test, différences régionales	x	x	x		
3. Information et prévention					
Etat des lieux interventions, différences régionales	x		x		x
Connaissances et pratiques des professionnels				x	x
4. Dépistage systématique					
Stratégies de test, différences régionales	x		x	x	x
Taux de dépistage, différences régionales	x	x			x
Capacités du système à assurer taux adéquat			x	x	x
5. Traitement, succès du traitement et suivi					
Etat de la situation,	x	x	x	x	x
Barrières et améliorations	x		x	x	x
Analyse de la chaîne thérapeutique: modèles			x	x	x
6. Mesures pour améliorer le système	x	x	x	x	x

4.2.1 Analyse de littérature

Une analyse de la littérature internationale et nationale publiée ainsi que de la littérature "grise" nationale a été menée. L'analyse de littérature publiée s'est faite dans Pubmed et a utilisé les mots-clefs suivants:

- En général : hepatitis C, et Switzerland (si recherche sur la situation en Suisse).
- Utilisateurs de drogues :
 - drug users, injecting drug users, intravenous drug users, person who injects drugs, substance abuse,
 - substitution treatment, OST, methadone.
- Épidémiologie, coûts, charge de la maladie:
 - prevalence, incidence, Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS),
 - cost, economic burden, modeling, cost-effectiveness.
- Accès à la prévention, au dépistage et aux soins :
 - prevention, information,
 - risk reduction, harm reduction, sharing, needle exchange, needle syringe program,
 - screening, testing,
 - access to care, barriers, hepatitis C treatment, peg interferon, ribavirin, telaprevir, boceprevir.

Des rapports et des données ont été recherchés sur les sites de l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) et de l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC). Pour la comparaison avec la France, la plupart des données proviennent de l'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.²⁰

4.2.2 Analyse secondaire de données disponibles

Plusieurs sources de données complémentaires ont été identifiées et utilisées pour affiner les connaissances :

- les données du système de surveillance des hépatites (OFSP): évolution des nouveaux cas de VHC (nouveaux tests positifs et hépatites C aiguës [en général et chez les UD]),
- les enquêtes répétées auprès de consommateurs de drogue dans les structures à bas seuil de Suisse (enquête SBS, données de 1993 à 2011, Institut universitaire de médecine sociale et préventive). Ces enquêtes contiennent des données sur les risques de contamination par le VIH/VHC, la prévalence du test VIH/VHC, les traitements de substitution et les traitements VIH/VHC ,
- les données du système Act-Info (FOS, SAMBAD, méthadone, HeGeBe) qui contiennent des données sur les risques, la prévalence VIH/VHC.

4.2.3 Interviews d'experts nationaux et cantonaux (dans 4 cantons)

Des interviews individuelles structurées ont été menées avec des experts nationaux et cantonaux des divers domaines de questionnement avec, pour tous les experts, une vision nationale. La liste des experts interrogés au niveau national et cantonal se trouve en Annexe 2 : Listes des personnes interviewées.

Les principaux thèmes abordés, selon le domaine d'expertise ont été les suivants:

- **Charge de maladie, coûts (experts nationaux).**
- **Domaine information / prévention:** campagnes d'information menées au niveau national et local auprès des populations concernées (contenu des campagnes, populations ciblées, évaluations menées, effets perçus) et des professionnels (formation continue des professionnels du domaine de la toxicomanie concernant la chaîne de soins de l'hépatite C), difficultés rencontrées, les lacunes et les améliorations proposées.
- **Domaine du dépistage et de l'accès au diagnostic:** recommandations de dépistage et de diagnostic mises en place au niveau national et cantonal, les populations ciblées, les effets perçus, les évaluations menées; pratiques de dépistage dans les cantons (conditions et systématisation du dépistage), en particulier concernant les consommateurs de drogue mais aussi les migrants et les HSH; pratiques d'accompagnement au diagnostic (génotypage, détermination du stade de la maladie /de la fibrose), au soin, pour les UD.
- **Domaine du traitement et du suivi:** recommandations mises en place au niveau national et cantonal, suivi estimé de ces recommandations par les professionnels; difficultés d'accès aux soins (indication au traitement, accès au traitement, accès à la transplantation, co-infection par le VIH), les bonnes pratiques pour faciliter l'accès au soin des UD; liens et responsabilités respectives des professionnels du domaine des traitements de la dépendance (substitution, stationnaire), des hépatologues, des gastro-entérologues, des infectiologues dans la prise en charge, en particulier des consommateurs de drogues; place d'autres professionnels dans la prise en charge de l'hépatite C; difficultés de maintien en traitement pour les différentes populations concernées, bonnes pratiques pour améliorer le suivi, nouvelles possibilités offertes par les nouveaux traitements et éventuels problèmes, améliorations proposées dans la chaîne de traitement.

Des consommateurs de drogues (non-infectés / en traitement pour le VHC / ayant terminé un traitement / en attente d'un traitement) ont été interviewés dans les cantons où il y a eu une étude de cas. Ils ont été interrogés sur:

- leur connaissance de l'hépatite C,
- leurs connaissances sur la réduction des risques, le dépistage, le bilan, le traitement,
- le cas échéant, leur expérience sur certains aspects de la chaîne thérapeutique: information reçue, réduction des risques, etc.

Les interviews ont été menées en face à face ou par téléphone, ont été enregistrées avec l'accord de la personne et ont fait l'objet d'un compte-rendu structuré.

4.2.4 Etudes de cas

Les études de cas ont eu pour principal objectif d'examiner en détail dans 4 cantons choisis (Vaud, Valais, Zurich, Argovie) :

- la chaîne de prise en charge (information - formation du personnel - prévention /réduction des risques – dépistage – diagnostic traitement et suivi), pour les consommateurs de drogue,
- les expériences faites, les bonnes pratiques (modèles de prise en charge), les problèmes rencontrés,
- les propositions d'amélioration.

Les études de cas ont utilisé plusieurs méthodes:

- interviews d'experts (1 expert information/prévention, 1 expert dépistage /diagnostic, 1 expert traitement et suivi, 2 experts consommateurs de drogues concernés par le VHC),
- un focus group comprenant les 4 experts professionnels et d'autres experts du canton (médecin installé en pratique privée prenant en charge des consommateurs de drogue en traitement de substitution, autres professionnels de la réduction des risques ou du traitement de la dépendance ou de l'hépatite C). Le focus a été orienté vers l'analyse de la chaîne thérapeutique cantonale, la discussion des bonnes pratiques, des lacunes et des améliorations du système à proposer,
- on a cherché à collecter les documents importants pour le canton concernant la prise en charge de l'hépatite C (directives, documents pour les professionnels, informations au public, articles et rapports de recherche/évaluation pertinents, etc.).

4.2.5 Enquête par internet auprès des professionnels de centres de traitement et des structures à bas seuil pour la réduction des risques

Le but principal de cette enquête était de compléter les entretiens d'experts et les études de cas par une approche quantitative des activités menées par les centres de traitement et les SBS dans le domaine de l'hépatite, de leurs pratiques de dépistage et d'orientation au traitement. Cette enquête permet aussi de mesurer – indirectement – le niveau d'information et de formation des professionnels.

Une enquête par questionnaire internet a été menée auprès des centres de traitement pour consommateurs de drogues : traitements de substitution (méthadone, héroïne), centres de traitement stationnaires, ainsi que dans toutes les SBS mettant à disposition du matériel d'injection ou des salles d'injection/inhalation. Les établissements ont été sélectionnés sur la liste disponible à Infodrog.

Le questionnaire a abordé les thèmes suivants:

- information et prévention de l'hépatite C dans l'établissement,
- pratiques de dépistage dans l'établissement et connaissances de recommandations,

- pratiques de diagnostic et de traitement dans l'établissement et connaissances de recommandations,
- caractéristiques de l'établissement.

5

Revue de littérature et analyse secondaire des données

5 Revue de littérature et analyse secondaire des données

5.1 Charge de la maladie, coûts généraux

Résumé

- Mondialement : 10 millions (6-15.2 millions) d'UDI infectés par le VHC.
- Facteur de risque principal en Suisse (pays à prévalence « basse ») : injection de drogues.
- Jusqu'à un tiers des nouveaux cas en Suisse provient de personnes nées à l'étranger.
- Coûts estimés de l'hépatite C en Suisse en 2020 : 32.9 mio US\$ (estimation de 2002).
- L'incidence des cancers du foie est en augmentation en Suisse, et l'hépatite C chronique pourrait en être une des causes principales.

Suisse : coûts estimés des complications hépatiques

- Hépatite C chronique : 280 US\$/patient/an.
- Cirrhose compensée : 410 US\$; décompensée : 14'570 US\$/patient/an.
- Ascite : 2'030 - 30'000 US\$/patient/an.
- Varices œsophagiennes (hémorragie) : 25'890 US\$/patient/an.
- Encéphalopathie hépatique : 18'070 US\$/patient/an.
- Carcinome hépatocellulaire : 18'070 US\$/patient/an (53'110 si hépatectomie partielle).
- Transplantation hépatique : 172'720 US\$/patient/an (1^{ère} année).

France (hospitalier)

- La majorité des coûts hospitaliers du VHC sont dus à une hépatopathie avancée.
- Hépatite C chronique non compliquée : 1'080 €/patient/an.
- Cirrhose sur VHC : 4'968 €/patient/an.
- Carcinome hépatocellulaire sur VHC : 6'580 €/patient/an.
- Transplantation hépatique due au VHC : 43'056 €/patient/an.

La prévalence mondiale de l'hépatite C est estimée à 2.35%¹, avec 160¹ à 184²¹ millions de personnes infectées chroniquement. Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) sont particulièrement concernés par le Virus de l'hépatite C (VHC), avec une prévalence du VHC (et des autres infections virales transmises par le sang) bien plus élevée que celle de la population générale. Il y aurait 16 millions d'UDI dans le monde, avec des pratiques d'injections de drogues rapportées par 148 pays²¹. Le nombre de ceux-ci qui ont été infectés par le VHC (anticorps anti-VHC) serait de 10 millions (6.0-15.2 millions)²¹. Les UDI infectés par le VIH seraient très fréquemment co-infectés par le VHC²¹.

En 2010, la consommation de drogues (tout type, tout mode de consommation) a provoqué près de 20 millions de DALY^a dans le monde. Cela représente 0.8% du total de DALY, et a augmenté de 52% depuis 1990. La consommation d'opiacés participe grandement (46%) au fardeau (*burden*) des drogues illégales. L'injection de drogues comme facteur de risque pour le VIH et le VHC a causé 2.1 et 0.5 millions de DALYs, respectivement. L'injection de drogues comme facteur de risque pour le VHC engendre également 8'000 YLD^b et 494'000 YLL^{c22}.

Dans un article de revue systématique de la prévalence du VHC (2011), il apparaît que, dans les pays à basse prévalence (comme la Suisse), le facteur de risque principal de l'infection par VHC est l'utilisation de drogues par voie intraveineuse⁹. En Allemagne, au Royaume-Uni et en Suisse, l'immigration influencerait également de manière importante sur la prévalence (1/3 cas en Suisse et en Allemagne)⁹.

Une simulation de l'évolution de l'hépatite C en Suisse a été publiée par Sagmeister *et al.* en 2002. Elle se base sur les déclarations obligatoires des cas de VHC à l'OFSP. À partir d'une prévalence estimée de 1.5% d'anticorps anti-VHC dans la population générale, le modèle prévoit que le nombre de décès dus au VHC augmente : de 70% pour les carcinomes hépatocellulaires et de 90% pour les autres hépatopathies. Le pic de cette augmentation est prédit 15 à 25 ans après l'étude. Le nombre de cirrhoses dues au VHC semble quant à lui devoir diminuer dès 2005, du fait de la diminution des nouvelles infections depuis les années 90 et du dépistage dans les produits sanguins. L'impact du traitement (RVS: « Réponse virale soutenue: VHC indétectable dans le sang 6 mois après la fin du traitement ») 40%, diagnostic connu dans 14% de tous les cas de VHC) sur la mortalité due au VHC est faible (réduction de 5%). Le modèle prévoit une augmentation des coûts pour la société jusqu'en 2020, avec une estimation pour 2020 de 32.9 mio US\$/an²³.

À partir du paradigme de traitement actuel en Suisse (diagnostic de 39% des cas, taux de traitement 1.3%, RVS moyenne 64%), Razavi *et al.* ont modélisé l'évolution du nombre total d'infections virémiques à VHC, qui diminuera de 25% entre 2013 et 2030 (de 82'700 à 63'200). Par contre, le nombre de cirrhoses (compensées ou non), de mortalité par hépatopathie et de carcinomes hépatocellulaires va croître. Cela représentera une augmentation de 50% pour les cirrhoses [de 8'520 à 12'700 (compensées)/1'140 à 1'790 (décompensées)], de 70% pour la mortalité (380 à 650) et de 85% pour les cancers (400 à 740). Dans cette étude, il est estimé que les UDI représentent 21% de la population avec anticorps anti-VHC positifs, et près de 70% des nouvelles infections sont attribuées à l'immigration. Le paradigme de traitement actuel ne permettra pas de contrôler le futur « *burden* » (les futures charges ? le fardeau ?) dû à l'hépatite C : une augmentation du taux de traitement ou de l'efficacité des traitements est nécessaire²⁴. Pour Wedemeyer *et al.*, l'amélioration de l'efficacité du traitement n'aura que peu d'impact sur la morbidité et mortalité de l'hépatite C en Suisse. Par contre, un impact important sur ces paramètres peut être attendu d'une augmentation du taux de diagnostic, du taux de traitement et de l'accès à celui-ci²⁵.

Les données à disposition sur les cancers du foie de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) montrent que l'incidence estimée de nouveaux cas augmente entre la période 1986-1990 et celle

^a DALY : Disability-adjusted life year.

^b YLD : Years lived with disability.

^c YLL: Years of life lost.

de 2006-2010. Le taux (standardisé selon la structure d'âge de la population européenne) est passé de 9.4 à 11.3 pour 100'000 hommes et de 2.1 à 3.1 pour 100'000 femmes²⁶. L'étiologie des cancers n'est toutefois pas disponible, ne permettant pas d'évaluer l'implication du VHC. Un article de Müllhaupt *et al.* paru en 2008 montre, à partir de données de l'OFS également, une augmentation des cancers primaires du foie entre 1975 et 1994. L'hépatite C chronique pourrait en être une des causes principales selon les auteurs²⁷.

À partir de deux études suisses de Sagmeister de 2002 (dont celle ci-dessus), El Khoury *et al.* ont calculé le coût des complications liées au VHC en Suisse. Le coût de l'hépatite C chronique a ainsi été estimé à 280 US\$/patient/an, la cirrhose compensée à 410 US\$/patient/an et décompensée à 14'570 US\$/patient/an. Les coûts liés à l'ascite vont de 2'030 US\$/patient/an à plus de 30'000 US\$/patient/an lorsqu'elle est réfractaire. L'encéphalopathie hépatique et le carcinome hépatocellulaire (sans opération) coûtent 18'070 US\$/patient/an et la transplantation hépatique 172'720 US\$/patient/an (1^{ère} année)²⁸.

Une étude à paraître a évalué les coûts (par patient par an, au cours du CHF de 2011) de la prise en charge de l'hépatite C en Suisse. Tous les différents stades de la maladie ont été étudiés : VHC chronique : degré de fibrose F0, F1, F2 et F3, cirrhose compensée et décompensée, carcinome hépatocellulaire et transplantation hépatique^d.

Coûts de l'hépatite C, charge de la maladie (Monde)

L'hépatite C chronique est la principale cause de carcinome hépatocellulaire aux USA. Une augmentation du taux de mortalité de l'hépatite C entre 1999 et 2007 a été mise en évidence par le CDC américain. Près de ¾ des décès liés à l'hépatite C ont lieu entre 45 et 64 ans, 20 ans plus tôt que l'espérance de vie moyenne aux USA²⁹.

L'impact de l'hépatite C non traitée sur la productivité des personnes atteintes a été estimé à une perte de 10'316 US\$/an/employé, contre 5'469 US\$/an/employé chez les personnes contrôle³⁰.

Le Tableau 2 présente les données retrouvées dans la littérature sur les coûts des complications hépatiques. Dans certains cas, les coûts présentés sont ceux imputables au VHC, dans les autres cas il s'agit du coût général de la prise en charge de la pathologie, quelle que soit son étiologie. Les coûts de santé sont plus élevés chez les personnes VHC positives déjà avant l'apparition de complications hépatiques. Ceux-ci augmentent ensuite avec la gravité de la pathologie.

^d B.Müllhaupt, P.Bruggmann, communication personnelle.

Tableau 2 Coûts des complications hépatiques, données européennes et américaines

Coûts des complications hépatiques, données européennes et américaines				
Pays	Année	Spécifications		Résultats
France ³¹	2009	Coûts hospitaliers uniquement.	Coût total du VHC en France	65'956'938 €/an
			Hépatite C chronique non-compiquée	1'080 €* (47%) [#]
			Cirrhose sur VHC	4'968 €* (18%) [#]
			Carcinomes hépatocellulaires sur VHC	6'580 €* (19%) [#]
			Transplantations hépatiques dues au VHC	43'056 €* (19%) [#]
16 pays (UE, USA, Asie) ²⁸	1999-2011		Cirrhose compensée	820 US\$*
			Cirrhose décompensée	14'660 US\$*
			Carcinome hépatocellulaire	15'310 US\$*
			Transplantation hépatique	139'070 US\$*
USA ³²	1997	Hospitalier et ambulatoire	Carcinome hépatocellulaire	29'032 US\$*
France ³³	2004		Maladies hépatiques chroniques et cirrhoses	4'782 €* (18%) [#]
Royaume-Uni ³⁴	2005		Cirrhose sur VHC compensée	1'138 £*
			Cirrhose sur VHC décompensée	9'120 £*
USA ³⁵	2009	Coût annuel moyen des soins	Cohorte de patients VHC +	19'660 US\$*
			Groupe de comparaison	9'979 US\$*
USA ²⁸	2010	Sondage national	Patients VHC + non traités	22'818 US\$*
			Groupe contrôle	15'362 US\$*
USA ³⁶	2010	Hospitalier et ambulatoire	Maladie hépatique non-cirrotique	22'752 US\$* (38%) [~]
			Cirrhose	17'277 US\$* (33%) [~]
			Hépatopathie terminale	59'995 US\$* (62%) [~]

* : Devise / patient / an

: Pourcentage du total des coûts hospitaliers imputables au VHC en 2009 en France.

~ : Proportion des coûts hospitaliers dans les coûts/patient/an.

5.2 Épidémiologie

Résumé

Suisse

- **Déclarations de cas d'hépatite C à l'OFSP** : ont augmenté jusqu'en 1999, puis ont baissé jusqu'en 2011. La proportion de cas UDI est de 1/3 environ, et représente environ 500 cas/an ces dernières années.
- **Déclarations de cas d'hépatite C aiguë à l'OFSP** : après un pic en 2002, le nombre de cas s'est stabilisé entre 40-60 par an. La proportion d'UDI est plus grande, mais en diminution.
- **UDI sous TSO**: Actuellement, 25-50% d'anti-VHC positifs, mais la prévalence a grandement diminué depuis les années 80.
- **UDI actifs (TPH, Bas seuil)** : Globalement la tendance est à la baisse (aujourd'hui prévalence comprise entre 30-60%), plus haute que chez les patients substitués.
- **UDI en traitement résidentiel de l'addiction** : prévalence en diminution, passée de 42% (2005) à 27% (2012).
- **UDI infectés par le VIH** : >90% sont co-infectés par le VHC.

France

- Dans les structures à bas seuil (CAARUD), la prévalence rapportée du VHC a diminué. Chez les UDI, elle est un peu plus haute que celle qui est rapportée dans les SBS suisses (36% contre 33%).

Europe

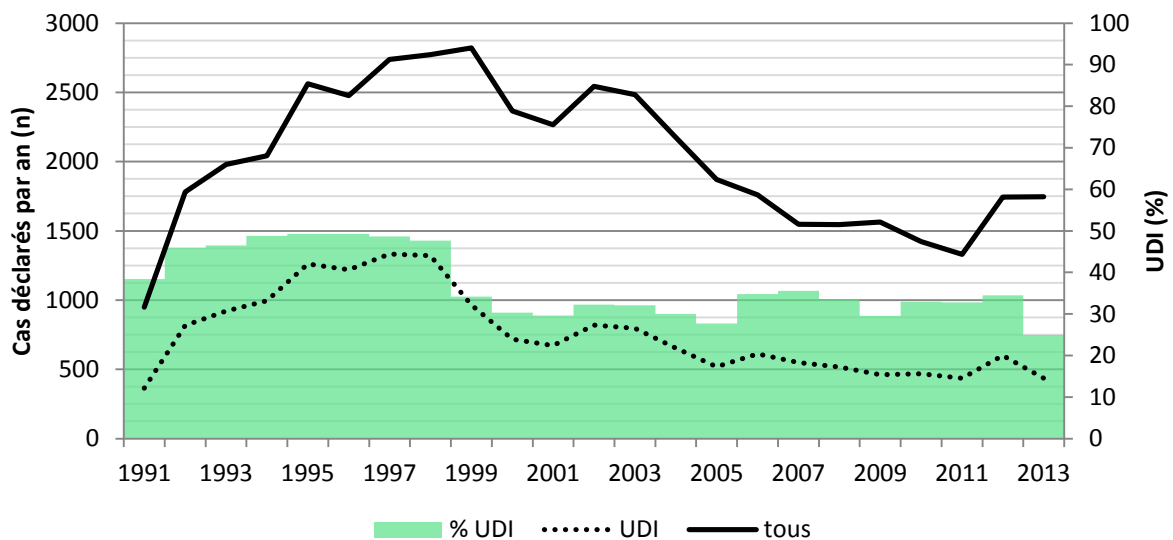
- Centres de traitement des addictions (CT), prévalence : entre 30 et 80%.
- Structures à bas seuil (SBS), prévalence du VHC : entre 50-70%.
- Programmes d'échange de seringues (PES), prévalence : entre 18 et 76%.
- Globalement, les prévalences chez les UDI au niveau national varient entre 18% (Rép. Tchèque) et 91% (valeur maximale pour le Luxembourg).
- Les prévalences régionales varient entre 10% (valeur minimale pour la Hongrie) et 90% (valeur maximale pour la Lituanie).

L'hépatite C est une maladie à déclaration obligatoire en Suisse. Les facteurs de risque présentés par la personne atteinte, parmi lesquels figure l'utilisation de drogues par voie intraveineuse (UDI), sont demandés dans le formulaire de déclaration complémentaire. L'évolution des pratiques de dépistage peut influencer ces données nationales, de même que le sous-diagnostic (nombreuses infections asymptomatiques), la sous-déclaration et le biais d'information concernant l'injection de drogues³⁷. De plus, la date de l'infection est souvent bien antérieure à celle de la déclaration, et l'injection de drogues peut être active ou révolue. En ce qui concerne les données présentées ci-dessous, 20% des cas ne disposent que d'une déclaration de laboratoire (sans informations sur les facteurs de risque). Parmi les cas pour lesquels une déclaration

complémentaire est disponible, 40% n'ont pas d'information sur les facteurs de risque (information manquante ou inconnue)^e.

La Figure 1 présente l'évolution du nombre total de déclarations de cas d'hépatite C, de 1991 à 2013. Le nombre de cas chez qui l'injection de drogues est mentionnée comme facteur de risque est également présenté. On remarquera que la proportion de cas UDI est passée de près de 50% dans la fin des années 90 à environ 30% depuis lors, proportion qui reste relativement stable. Cela représente au moins 500 cas/an depuis 2005.

Figure 1 Évolution du nombre total de déclarations de cas d'hépatite C en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV est un facteur de risque rapporté (UDI)



La proportion d'UDI est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Figure 22 et Figure 23, en annexe). Parmi les cantons choisis pour l'étude de cas, Zurich présente le plus grand nombre de cas par an, suivi de Vaud, d'Argovie et enfin du Valais. La proportion d'UDI est la plus haute dans le canton de Vaud (35% en moyenne), puis en Argovie (17%), à Zurich (13%) et en Valais (7%) (Figure 24, Figure 25, Figure 26, Figure 27 en annexe). En général, dans ces cantons, le nombre de cas déclarés par an est en baisse, également pour les UDI. En ce qui concerne la répartition par âge du nombre de cas, on note que sur l'ensemble la proportion d'UDI est plus importante parmi les cas < 30 ans (près de 40% contre 20% en 2013). Le nombre de cas < 30 ans a diminué depuis le milieu des années 90 (Figure 28, en annexe). Le nombre de déclarations de cas > 30 ans a évolué de manière plus irrégulière (Figure 29, en annexe).

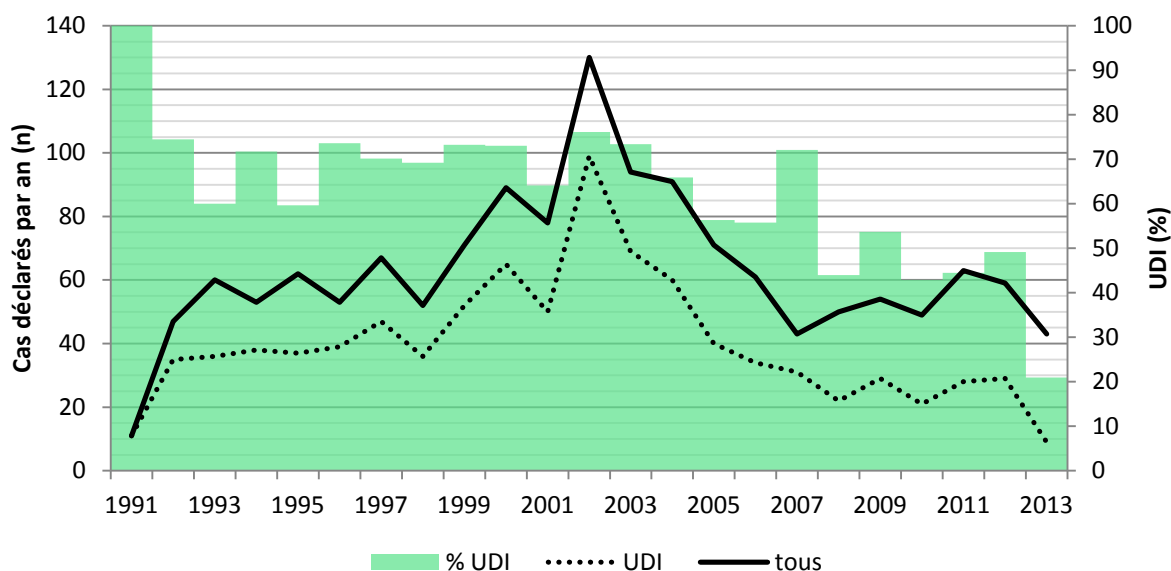
L'incidence annuelle de toutes les déclarations de cas de VHC^f (abrégée incidence par la suite) est passée de 39 (1999) à 21 (2013) pour 100'000 habitants. Pour les cas UDI, elle est passée de 19

^e Ces données nous ont été transmises par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (J-L Richard, communication personnelle).

(1998) à 5 (2013) pour 100'000 habitants.⁹ L'incidence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, que ce soit des cas UDI ou non. Le canton où l'incidence est la plus élevée est le canton de Vaud : 40 (tous les cas) et 10 (cas UDI) pour 100'000 habitants. Elle est le double de celle retrouvée dans les cantons de Zurich, Argovie et Valais.

La Figure 2 présente l'évolution du nombre total de déclarations de cas d'hépatite C aigüe, de 1991 à 2013. Par rapport à la Figure 1, on note que la proportion de cas UDI est plus importante, et qu'elle a commencé à diminuer plus tard (milieu des années 2000). On remarquera également un pic du nombre de cas en 2002, qui débute en 1998 et finit en 2007, pour lequel la proportion d'UDI est comprise entre 65% et 76%.

Figure 2 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV est un facteur de risque rapporté (UDI)



Il n'y a pas de grandes différences entre hommes et femmes en ce qui concerne les cas déclarés d'hépatite C aigüe (Figure 30 et Figure 31, en annexe). Le pic de nombre de cas se voit dans le canton de Vaud, et moins clairement pour les cantons de Zurich et Argovie (autres cantons suisses où ce pic est visible : GE, BE). (Figure 32, Figure 33, Figure 34, Figure 35, en annexe) Chez les < 30 ans, la proportion d'UDI est très élevée, souvent supérieure à 80% des cas. Elle semble pourtant diminuer depuis 2009. Chez les > 30 ans, cette proportion est plus basse (46% en moyenne) et en baisse depuis 2003 (Figure 36 et Figure 37, en annexe). La proportion des cas d'hépatite C aigüe chez les UDI < 30 ans par rapport aux UDI > 30 ans est passée de 80% à 50%.

^f Cette « incidence » ne reflète pas l'incidence de nouveaux cas. Les variations des déclarations de cas dépendent notamment du taux de dépistage du VHC. D'ailleurs, cette « incidence » est en augmentation ces dernières années chez les personnes de 40-59 ans : cela pourrait être dû à l'application des recommandations américaines sur le dépistage systématique des « baby-boomers »

^g NB il ne s'agit pas d'un taux d'incidence, la population totale des UDI en Suisse n'étant pas connue exactement.

Pour tous les cas aigus, la proportion s'est totalement inversée en 20 ans, les cas < 30 ans représentant actuellement 20% du nombre total, contre 80% au début des années 90.

L'incidence annuelle de déclarations de cas d'hépatite C aiguë se situe en 2013 à 0.6 (tous les cas) et 0.2-0.4 (cas UDI) pour 100'000 habitants. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes [1 vs 0.5 pour 100'000 habitants (tous les cas)]. Au niveau cantonal, le pic d'incidence de 2002 se retrouve uniquement dans le canton de Vaud. Depuis 2013, l'incidence dans le canton de Vaud est descendue en dessous de 1 pour 100'000 (avant : 1.5 environ), et c'est donc dans le canton de Zurich qu'elle est la plus élevée (1 pour 100'000). En regardant l'évolution de l'incidence selon les catégories d'âge, on remarque que le pic de 2002 est visible dans toutes les catégories d'âge entre 10-49 ans, mais qu'il est plus marqué chez les 20-29 et 30-39. Tandis que l'incidence est proche de 0 chez les 10-19 ans ces dernières années, on note une augmentation de celle-ci chez les 40-49 ans (tous les cas, pas uniquement les UDI).

L'hépatite aiguë est asymptomatique dans 70–80 % des cas et n'est donc que rarement diagnostiquée³⁸. En assumant que tous les cas symptomatiques d'hépatite C aiguë sont diagnostiqués et déclarés, on peut grossièrement estimer que pour une incidence de déclaration d'hépatite C aiguë de 0.6/100'000 habitants en Suisse en 2013, l'incidence réelle de l'infection par le VHC se situe entre 2 et 3/100'000 habitants, soit 160 à 240 nouveaux cas par an (estimation conservatrice).

5.2.1 Prévalence du VHC chez les utilisateurs de drogues

En traitement de substitution orale

La majorité des données de prévalence chez les utilisateurs de drogue (UD) en Suisse que l'on trouve dans la littérature provient d'études sur des patients sous traitement de substitution orale (TSO). Le cadre dans lequel a lieu ce traitement est le plus souvent un centre spécialisé dans la prise en charge des UD, ou alors un suivi par un médecin traitant. Dans la plupart des études, il s'agit de séroprévalence d'anticorps anti-VHC, qui est soit mesurée directement, soit disponible dans le dossier médical, ou encore rapportée par un médecin ou le patient lui-même. La prévalence varie avec la proportion d'UDI dans la population de patients sous TSO, mais on peut voir que, globalement, elle semble diminuer au cours du temps. Dans les études les plus récentes (≥ 2006), la prévalence oscille entre 26.0% et 47.6% (Tableau 3).

Tableau 3 Prévalence du VHC chez les personnes sous substitution orale, données de la littérature

Prévalence : patients sous substitution orale					
Publication	Population :	Cadre du traitement	Méthode	Année	%
Gholami ³⁹	/	HU psychiatrique ZH : ambulatoire	Sérologie	2007-2008	47.6
			PCR		25.2
Senn ⁴⁰	66% UDI	Généraliste ZH	Sérologie	2002-2008	41.6
			PCR		26.3
Seidenberg ⁴¹	TSO >3 mois	Généraliste ZH	Mesuré	2002-2008	26.0
Pelet ⁴²	/	Généraliste VD	Rapporté	2001	39.2
		Centre TSO VD			48.6
Pelet ⁴³	/	Généraliste VD	Rapporté	2001	36.0
Ladewig ¹¹	/	Généraliste	Sérologie	2000	63.5
Somaini ⁴⁴	75% UDI	4 cliniques TSO ZH	Sérologie	1997	57.3
Mino ⁴⁵	82% UDI	TSO (PRIM) GE	Sérologie	1993-1995	58.0
Broers ⁴⁶	43% UDI	Geneva Methadone Cohort Study GE	Sérologie	1994-1995	29.8
	UDI seuls				42.5
	53% UDI			1992-1993	36.3
	UDI seuls				52.5
	65% UDI			1990-1991	57.6
	UDI seuls				64.7
	84% UDI			1988-1989	78.2
	UDI seuls				84.3
	92% UDI			1986-1987	90.0
	UDI seuls				91.5
	97% UDI			1984-1985	93.9
	UDI seuls				96.9
	94% UDI			<1984	92.5
	UDI seuls				94.0

Injection de drogues active ou Traitement par prescription d'héroïne

Les utilisateurs de drogue actifs sont une population difficile à joindre et à étudier. Les données présentées ici proviennent principalement d'enquêtes effectuées auprès d'UD recrutés dans les structures à bas seuil (SBS) avec remise de matériel d'injection et d'études auprès des usagers des centres de traitement par prescription d'héroïne^h (TPH, ou HeGeBe en allemand).

Les données présentées dans le Tableau 4 sont séparées en 2 groupes principaux suivant le *setting*, le 3^{ème} groupe rassemblant les études où le cadre n'était soit pas clair, soit ne faisant pas la distinction entre substitution orale ou intraveineuse. La prévalence rapportée dans les SBS est globalement plus basse que celle des personnes entrant dans un TPH. Plusieurs explications sont

^h Celle-ci peut être administrée par voie orale (comprimé à libération lente ou rapide) également.

possibles : le profil des UDI entrant dans un TPH n'est pas le même que celui de ceux fréquentant un SBS (durée d'injection plus longue), la prévalence est rapportée pour les SBS alors qu'elle est mesurée pour les TPH.

Tableau 4 Prévalence du VHC chez les utilisateurs actifs de drogue par voie intraveineuse, données de la littérature

Prévalence : chez les UDI actifs					
Publication	Population	Cadre traitement	Méthode	Année	Prévalence
UDI active					
Lociciro ¹⁵	UDI	Bas seuil	Rapporté	2011	42.1
Dubois-Arber ¹³	UDI	Bas seuil	Rapporté	2006	56.4
Dubois-Arber ¹³	UDI	Bas seuil	Rapporté	2000	61.5
Benninghoff ⁴⁷	UD	Bas seuil	Rapporté	2000	59.0
Prescription d'héroïne/opiacés iv (TPH)					
Wurst ⁴⁸	> 3 mois de TPH	HU psychiatrique Bâle	Rapporté	2009-2010	75.9
Gerlich ⁴⁹	À l'entrée en TPH	Centres TPH CH	Sérologie	2000-2002	78.3
Blättler ⁵⁰	À l'entrée en TPH	Centres TPH CH	Sérologie	1998	76.0
Steffen ⁵¹	À l'entrée en TPH	Centres TPH CH	Sérologie	1994-1996	82.0
Blättler ⁵⁰	À l'entrée en TPH	PROVE: cliniques TPH de ZH, BE, Olten, Thoune, Bâle	Sérologie	1994-1996	80.0
Sendi ⁵²	À l'entrée en TPH	HU Bâle	Sérologie	1994-1996	ⁱ 82.7
Diamantis ⁵³	UDI "de longue date"	HU Bâle : étude substitution iv	Sérologie	1994	95.7
Substitution: orale ou intraveineuse					
Witteck ⁴	Proportion UDI : 88%	Centres SG (1 sur 3 : TPH)	Sérologie	2009	75.0
	Proportion UDI : 100%	Centre BE (KODA)	Sérologie	2008	80.0
Huber ⁵⁴	À l'entrée en traitement	Centre ZH / HC SG/ centre LU	Sérologie	2005	47.0
Sendi ⁵²	À l'entrée en traitement	HU Bâle	Sérologie	1994-1996	82.7

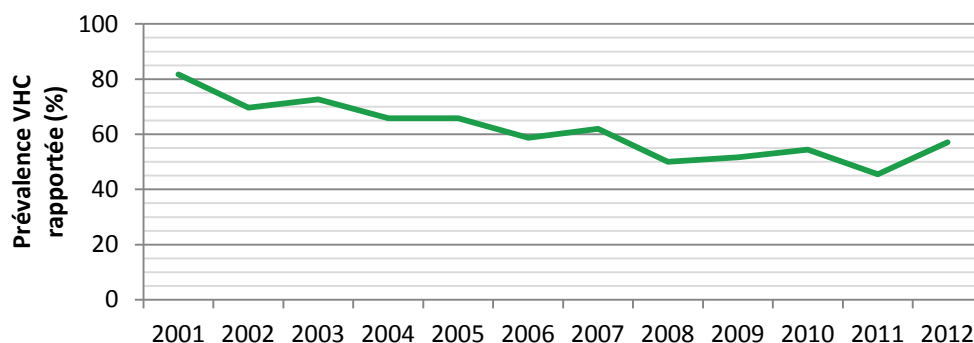
Dans le programme PROVE (TPH), la durée de l'addiction est associée à une prévalence plus haute (2-4 ans : 55% ; 5-9 ans : 75% ; 10-15 ans : 90% ; >15ans : 98%). La prévalence n'est pas plus élevée lors d'utilisation de cocaïne (au contraire du VHB et VIH)^{j51}.

Les rapports annuels du TPH montrent que la prévalence rapportée du VHC à l'entrée en TPH diminue globalement (Figure 3). La prévalence est plus élevée de 5-10% chez les femmes (Figure 38). Elle augmente avec l'âge des personnes, mais est toutefois en diminution dans toutes les catégories d'âge, et ce particulièrement chez les < 30 ans (Figure 39).

ⁱ Sur la période de suivi (jusqu'en 1998), 7 patients sur 30 ont présenté une séroconversion pour le VHC (23.3%, IC95% 10.0-40.0%)⁵²

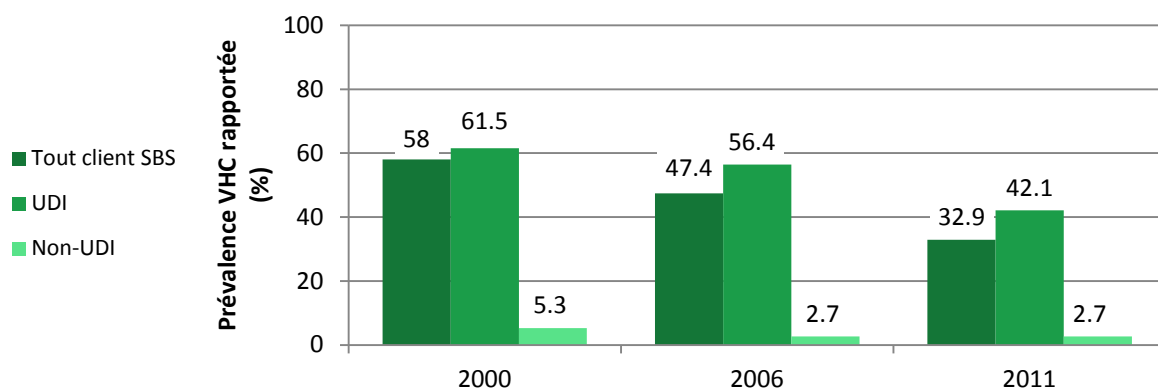
^j Effets de PROVE sur le risque infectieux: réduction de la consommation de drogue « de rue » (notamment de cocaïne) et du partage d'aiguille à 6 mois (passé de 16% à 5%).

Figure 3 Prévalence rapportée du VHC chez les UDI actifs à l'entrée en traitement par prescription d'héroïne (TPH)



La Figure 4 montre l'évolution de la prévalence de test positif pour le VHC rapportée par les usagers des SBS en Suisse : celle-ci diminue entre 2000 et 2011, que ce soit pour les UDI ou pour tous les usagers. Les UD qui ne consomment pas par voie intraveineuse (Non-UDI) rapportent une prévalence plus élevée que la population générale, mais également en diminution. Comme dans les TPH, la prévalence est plus élevée de 5% environ chez les femmes, et elle augmente avec l'âge (10-15% de différence entre les < 30 ans et les > 30 ans).

Figure 4 Évolution de la prévalence rapportée du VHC chez les UD fréquentant une structure à bas seuil¹⁵

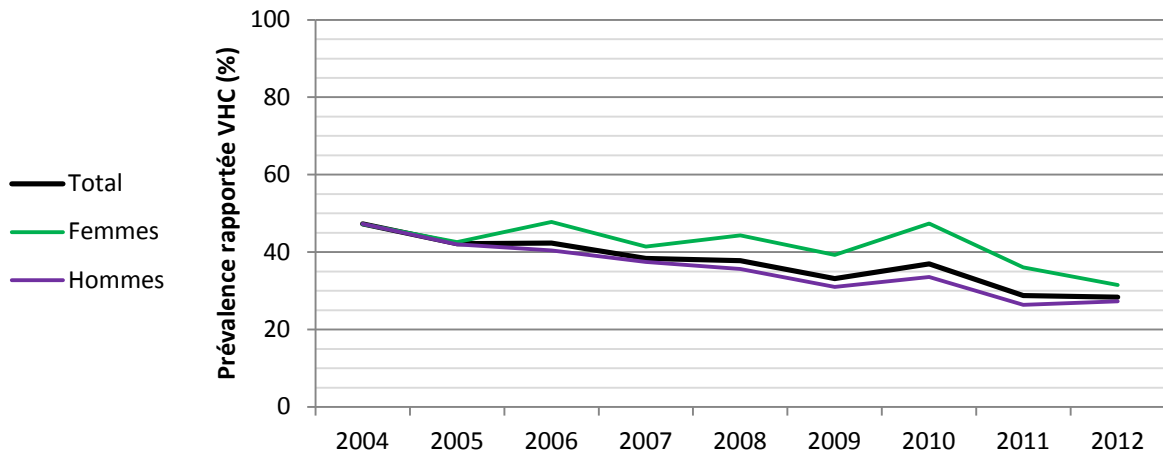


Traitement résidentiel de l'addiction

Les utilisateurs de drogue qui entrent dans un programme résidentiel de traitement de leur addiction sont soumis à un questionnaire Act-Info-FOS (Addiction, Care and Therapy Information; FOS : concerne le traitement résidentiel pour les drogues illégales), où le status sérologique VHC est demandé. Parmi les personnes ayant rapporté le résultat d'un test de dépistage du VHC, la proportion de celles-ci chez qui il était positif est passée de 47.3% en 2004 à 28.4% en 2012. L'écart entre les hommes et les femmes s'est creusé jusqu'en 2010, la prévalence du VHC chez les dernières étant de 3-14% plus haute, mais il diminue depuis (Figure 5, Tableau 16 en annexe). En ce qui concerne les catégories d'âge, le constat est semblable à ce que l'on voit dans les autres structures, soit une prévalence plus élevée chez les > 30 ans que chez les < 30. L'écart entre les

deux est stable. En 2012, la prévalence rapportée du VHC chez les < 30 est de 17% contre 40% en 2004.

Figure 5 Prévalence rapportée du VHC par les UD à l'entrée en traitement résidentiel de l'addiction, parmi ceux qui rapportent avoir été testés.



Prison

L'épidémiologie du VHC se trouve dans le chapitre 0, spécifiquement consacré à la prison.

Co-infectés VIH-VHC

Toutes les données retrouvées dans la littérature proviennent de la cohorte suisse du VIH (SHCS). Tandis que pour la population totale de la cohorte la proportion de co-infections s'élève à $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$, pour la sous-population des UDI elle est supérieure à 90% (Tableau 5).

Tableau 5 Prévalence du VHC chez les participants à l'étude de cohorte suisse du VIH (SHCS)

Prévalence : Co-infectés VIH-VHC					
Publication	Population : spécificités	Cadre	Méthode	Année	Prévalence (%)
Wandeler ⁶	Tous, screening à l'entrée	SHCS [#]	Sérologie	2011	25.3
	UDI				92.2
	Hétérosexuels				11.3
	Homosexuels				3.2
Witteck ⁴	29% UDI		Sérologie	2009	29.0
Conen ⁵⁵	/		PCR	2009	6.7
Rauch ⁵⁶	Tous, screening à l'entrée	SHCS : HU Berne	Sérologie	2005	33.0
	UDI				90.0
Rauch ⁵⁶	/		Sérologie	2003-2004	29.0
			PCR		23.3

[#] : Population de la cohorte comprend au moins 45% des cas déclarés de VIH en Suisse, 69% des patients vivant avec le SIDA et 75% des patients sous HAART. 29.5% sont des UDI (actifs/antécédent).⁵⁷

Génotype

Dans la littérature sur la Suisse, les deux génotypes les plus fréquemment retrouvés chez les UD sont le 1 et le 3. Les pourcentages varient en fonction de la population : UD ou UDI (antécédent ou actif), sous TSO/TPH, ayant été traités pour le VHC ou pas, dans la cohorte suisse de l'hépatite C (SCCS). Les génotypes 1 se retrouvent donc entre 22% et 54% des cas, les génotypes 3 entre 24% et 62%, les génotypes 4 entre 9% et 26%, et les génotypes 2 dans 2% à 4%^{4, 7, 40, 41, 53, 58-61}. Dober *et al.* trouvent que chez les patients UDI de la SCCS, les génotypes 2 et 3 (ensemble) sont plus fréquents que les 1 et 4 (ensemble)⁵⁹. Dans la littérature internationale, le génotype 3 est le plus fréquent chez les UD⁶¹.

5.2.2 Comparaisons internationales

France

La France a mis en place un plan national de lutte contre les hépatites B et C, qui a été évalué sur la période 2009-2012. Les données disponibles sur la séroprévalence du VHC proviennent notamment d'enquêtes nationales dans les SBS français, où la prévalence rapportée des usagers est passée de 35.1% à 26.6% entre 2006 et 2010 ; et chez les injecteurs plus spécifiquement de 47.2% à 36.4% sur la même période²⁰.

Données de l'EMCDDA

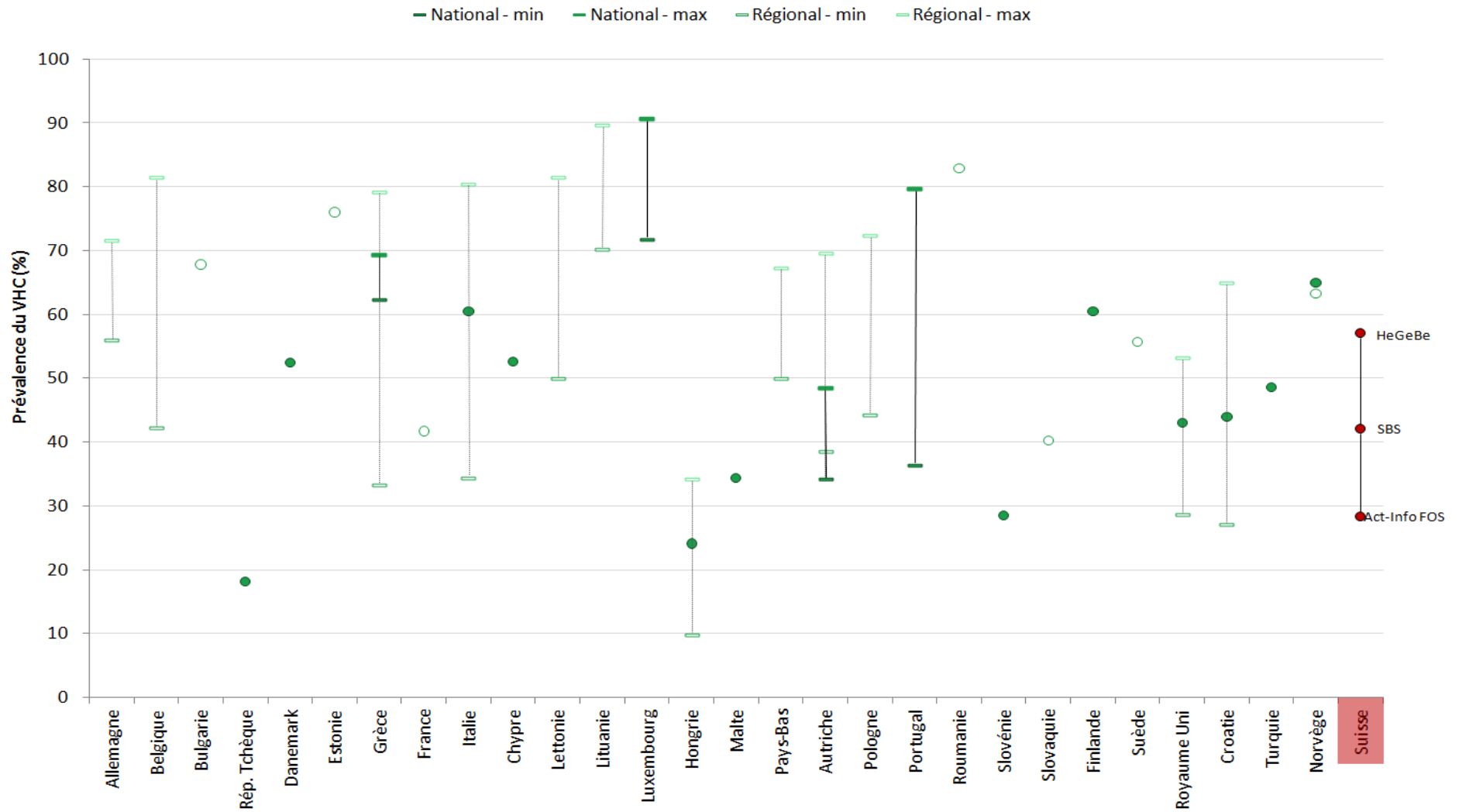
L'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug-Addiction* (EMCDDA) met à disposition des données de prévalence du VHC chez les UDI en Europe. Dans les pays où des données proviennent des centres de traitement des addictions (CT), elle se situe entre 30 et 80% (Belgique, Italie, Chypre, Pays-Bas, Portugal, Slovénie, Slovaquie, Turquie). Dans les structures à bas seuil, 50-70% des personnes sont VHC positives (Allemagne, Pologne). Dans les programmes d'échange de seringues (PES), la prévalence se trouve entre 18 et 76% (République Tchèque, Estonie, Finlande). Pour la plupart des pays, les données proviennent de différentes structures. Globalement, la séroprévalence du VHC chez les UDI se situe à env. 50% (échantillons nationaux), et entre 40 et 70% (échantillons régionaux). (Figure 6, Tableau 17 en annexe)

L'EMCDDA dispose également des données de toutes les déclarations de cas d'hépatite C (aigüe et chronique) et la proportion de celles où l'injection de drogues est un facteur de risque rapporté (comme pour les données de l'OFSP). Sur les dernières années, le pays avec la proportion de cas UDI/total la plus basse est l'Allemagne, à environ 35% (bien qu'en 2012 cette proportion ait doublé). La République Tchèque vient ensuite avec environ 65% des cas qui sont UDI. Dans les autres pays, cette proportion est encore plus élevée, entre 75% et 100% (Irlande, Finlande, Suède, Luxembourg, Angleterre et Pays de Galles, Écosse, Malte)^k.

L'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) rapporte que l'injection de drogue est la cause de 78% des cas d'hépatite C pour lesquels le mode de transmission est connu en 2011. Parmi les cas aigus cette voie de transmission est moins fréquente (33%) que pour les cas chroniques (>80%). 30'000 nouvelles infections ont été déclarées cette année-là. Le ratio homme : femme est de 1.9 : 1. 28% des cas proviennent de la classe d'âge des 25 à 34 ans, 11% chez les plus jeunes⁶².

^k Données provenant de : <http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/inftab2>, dernière visite le 04.03.2014

Figure 6 Prévalence du VHC chez les UDI dans l'UE, Croatie, Turquie, Norvège (EMCDDA)



5.3 Information et prévention

L'information et le niveau de connaissance en général sur l'hépatite C est un point important, qui influence tous les niveaux de la chaîne thérapeutique (prévention, dépistage, bilan, soins). La méconnaissance et les fausses croyances peuvent constituer des barrières pour les UDI. Ci-dessous sont présentés les articles retrouvés en rapport avec le sujet.

Suisse

Depuis 2001, une brochure d'information de l'OFSP destinée aux patients (« Hépatite C – Concerné, moi ? De quoi s'agit-il ? Quels risques ? Que faire ? ») est disponible, et a été rééditée en 2005. Dans le 46^e bulletin de l'OFSP du 12 novembre 2001, les sources d'information disponibles suivantes sont mentionnées : à l'attention des patients : « Hépatite C : 50 questions et réponses » et « Hépatite A-E jusqu'à X (l'essentiel en bref pour le public) » ; à l'attention des groupes à risque [(UDI), informations sur la prévention] : « Harm reduction card : Hépatites », « Hepatitis story », « Info-drogues : Hépatites et consommation de drogues » ; à l'attention des professionnels : « Infection par le virus de l'hépatite C : une revue (Praxis 2000; 89: 1587–1604) » et « Hépatite A-E jusqu'à X (l'essentiel en bref pour les médecins) ». En 2005, un manuel « HepCH » sur la prévention et la thérapie des hépatites a été publié par l'OFSP, avec notamment des informations sur la réduction des risques lors d'injection de drogues, adressé aux professionnels.

En 2009, Infodrog a lancé une campagne de sensibilisation sur l'hépatite C. Un des objectifs est le transfert continu des connaissances sur l'hépatite C aux spécialistes [formation (continue)] et aux utilisateurs de drogues. En 2012, plus de 400 personnes avaient bénéficié d'un enseignement sur l'hépatite C et sur le matériel d'information et de prévention. Dans la plupart des structures qui s'occupent des addictions, une semaine de campagne sur l'hépatite C a lieu annuellement auprès des UD. Dans les K&A zurichoises, les modes de transmission et de prévention de l'hépatite C sont bien connus par les usagers (probablement grâce aux campagnes d'information annuelles). Toutefois, leurs connaissances sont moindres et/ou fausses en ce qui concerne les possibilités de prise en charge de la maladie⁶³.

L'information sur le VHC est disponible sur plusieurs sites internet en Suisse. Le site de l'OFSP contient de l'information destinée aux professionnels principalement : le seul site mentionné s'adressant au grand public est « check your love life ». Il n'y a pas de lien vers les sites de viralhepatitis.ch^l et dhep.ch^m, qui sont deux sites avec de l'information pour les patients (en 4 langues : All, Ang, Fr, It). Le premier contient également de l'information pour les médecins. Sur le site internet de la SSAM (Société Suisse de Médecine de l'Addiction), les recommandations de 2007 de la société sont disponibles en français et en allemand.

^l Site du groupe SEVHep qui est le groupe des Experts Suisses en Hépatites Virales.

^m Site d'Infodrog sur le sujet de l'hépatite C.

Europe

En France (2010), la transmission du VHC par voie sexuelle était connue chez 69.7% de la population générale, et au travers de l'injection de drogues par 89.9% (plus faible que pour le VIH : >99%). L'information sur le VHC aux médecins généralistes est assurée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), surtout dans le but d'augmenter le dépistage. Une campagne internet a eu lieu sur les infections sexuellement transmissibles (avec vidéos sur le sujet), mais elle traite de l'hépatite B et non de la C. Un site internet (hépatites info service) contient de nombreuses informations (prévention, dépistage, traitement) sur tous les types d'hépatites virales, avec accès à une hotline. Il a reçu plus de 350'000 visites jusqu'en 2011. L'impact de ces canaux d'informations n'a pas été mesuré²⁰.

L'Association d'auto-support pour les UD (pairs) est active dans l'information sur le VHC en France, au travers d'un journal, d'un site internet et d'actions sur le terrain. D'autres associations régionales bien intégrées dans la communauté d'UD relayent aussi l'information sur le VHC en utilisant les brochures et affiches de l'INPES. Pour les migrants, les actions d'information de l'INPES semblent porter leurs fruits (augmentation du dépistage)²⁰.

L'évaluation du Plan national français sur les hépatites a relevé aussi quelques lacunes : l'utilisation de la brochure sur les modalités d'injection à risque réduit n'est pas assez répandue (alors qu'elle permettrait de pallier au manque de connaissances techniques des UDI sur l'injection), les interventions en dehors des lieux de prise en charge des UD sont trop rares, l'utilisation des pairs pour l'information est trop limitée²⁰.

À Lyon, une étude a été conduite dans une population de défavorisés (proportion d'UDI élevée). Elle a montré une augmentation du dépistage des hépatites virales lorsqu'une information de groupe était dispensée dans des abris (par rapport à aucune intervention), et le fait de pouvoir effectuer le test sur place (au lieu d'être référé) augmentait la proportion de personnes testées⁶⁴.

Aux Pays-Bas, une campagne d'information a eu lieu dans les médias de masse pour augmenter le dépistage de l'hépatite C. Cette campagne consistait en des publicités à la télévision régionale, des annonces et des bannières en ligne redirigeant sur un site internet. Sur celui-ci figure un questionnaire qui permet de cibler la proposition du test aux personnes à risque. Une lettre de référence pour aller se faire dépister (gratuitement et anonymement) est téléchargeable par les personnes concernées. Le résultat est ensuite consultable sur le site internet. Le site internet a attiré 40'900 visiteurs en un an et demi, dont 9'653 ont complété le questionnaire. Un quart était à risque pour le VHC. 28% (420/1'480) des personnes éligibles pour le test se sont fait dépister. 3.6% d'entre eux étaient anti-VHC positifs, 2.9% infectés chroniquement. 95% des personnes ayant fait le test se sont connectées au site internet pour voir leurs résultats^{65,66}.

Revues

Une revue systématique s'est intéressée aux effets de l'« éducation thérapeutique » chez les patients atteints de l'hépatite Cⁿ (définition large : site internet, interventions d'infirmi-er-ère-s,

ⁿ Donc pas spécifiquement les UD/UDI.

programmes communautaires/institutionnels). Il apparaît que l'« éducation thérapeutique » améliore les connaissances sur la maladie, le dépistage, la vaccination contre les autres hépatites, la volonté de débuter un traitement et la compliance⁶⁷.

Une revue de revues a évalué les preuves disponibles sur l'impact de l'information, l'éducation, le conseil et la sensibilisation en ce qui concerne la réduction des comportements à risque, de la transmission du VIH et du VHC chez les UDI. Pour la réduction des comportements à risques, l'efficacité de ces interventions est supportée par des preuves « timides » (« tentative evidence ») au niveau des revues. En ce qui concerne la prévention de la transmission du VIH et du VHC par contre, les preuves sont insuffisantes⁶⁸.

5.4 Prévention et réduction des risques

Résumé

Évolution des pratiques à risque des UD en Suisse

- Diminution de la pratique de l'injection et augmentation de la proportion d'UD en TSO.
- La diminution de l'utilisation de la voie IV se constate notamment par la baisse des nouveaux injecteurs.
- L'augmentation de la consommation de cocaïne par voie IV est problématique, car le nombre d'injections/jour est plus élevé.
- Les mesures de réduction des risques mises en place en Suisse ont permis d'avoir un taux d'échange de seringues bas, la couverture en seringues semble avoir augmenté entre les années 90 et 2000 et reste haute.
- Le partage de matériel de préparation de l'injection, bien qu'ayant fortement diminué, reste fréquent.

Efficacité :

- L'efficacité de diverses mesures de prévention (notamment les PES et TSO) est démontrée sur les prises de risques, et les effets sur la transmission du VHC l'ont été plus récemment dans une méta-analyse anglaise.
- Pour réduire de manière importante la prévalence du VHC chez les UDI, les mesures de réduction des risques (PES et TSO) au niveau actuel ne sont pas suffisantes, du fait de la prévalence élevée et du long cours de l'hépatite C. L'introduction massive du traitement contre le VHC avec une bonne efficacité chez les UDI peut jouer un rôle pour abaisser la prévalence.

Guidelines : Prévention

EU – EASL 2014^{69, 70} Les UDI devraient avoir accès à du matériel d'injection stérile et au TSO, dans des programmes de réduction des risques complets et répandus, également en prison.

OMS 2014⁷¹ Les UDI devraient avoir accès aux mesures de réduction des risques (TSO, matériel d'injection stérile, seringues à faible espace mort) dans des centres spécialisés. L'intervention de pairs permettrait de réduire l'utilisation de drogues par injection et de promouvoir des pratiques plus sûres de celle-ci.

5.4.1 Indicateurs des pratiques à risque d'infection par le VHC chez les UDI**Suisse**

La distribution de matériel d'injection a lieu dans des structures à bas seuil, qui font l'objet d'enquêtes nationales répétées depuis 1993 et d'un monitoring continu (remise de matériel d'injection). Un récent rapport a fait la synthèse des tendances qui apparaissent dans les 6 enquêtes effectuées. L'âge moyen des utilisateurs a augmenté entre 1993 et 2011, de 26.6 à 38.9 ans. La prévalence rapportée de l'hépatite C dans cette population est haute, mais elle a diminué de 61.5% (2000) à 42.1% (2011). Les indicateurs des pratiques d'injection sont à la baisse, que ce soit la proportion d'UD s'étant injectés sur la vie (1993 : 88.7% ; 2011 : 70.6%), sur les derniers 6 mois (1993 : 84.4% ; 2006 : 56.0%) ou sur le dernier mois (2006 : 51.3% ; 2011 : 36.9%). Le pourcentage de nouveaux injecteurs^o est passé de 29% (1993) à 6% (2000) et est stable depuis. La consommation intraveineuse régulière sur le dernier mois^p a diminué pour l'héroïne (de 60.5% à 48.3%), mais a augmenté pour la cocaïne (de 23.7% à 33.7%, avec un pic à 63.5% en 2006). Le nombre moyen d'injections par semaine est stable (15 en 2006 et 15.8 en 2011)^q. La proportion d'UDI usagers des SBS sous TSO est passée de 37.2% en 1993 à 61.3% en 2011¹⁵. Ces données indiquent que l'exposition potentielle aux activités à risque d'infection par le VHC a diminué.

Des articles ont également été publiés à partir des données de ces enquêtes nationales, montrant que la fréquence d'utilisation d'héroïne/cocaïne sur le dernier mois est plus basse chez les personnes sous TSO que chez celles sans, soit 52% (2000) contre 78% (1994) consomment plusieurs fois par semaine ($p < 0.05$). De même, le nombre d'injections par semaine est plus bas chez les personnes sous TSO (11 contre 20 en moyenne, $p < 0.05$).⁷³ Concernant l'influence de la substance consommée sur le mode d'injection, il ressort que pour l'héroïne, 49% utilisent la voie intraveineuse en 2006 (contre 90% en 1993) et pour la cocaïne, ce sont deux tiers des utilisateurs qui utilisent cette méthode⁷⁴.

Comme limitations de ces enquêtes nationales, on retiendra que les UDI fréquentant les SBS (PES) ne sont peut-être pas représentatifs de la population totale d'UDI d'une ville. De plus, vu que les UDI vivant dans des villes sans SBS n'ont pas été interrogés, cette étude n'est pas représentative de tous les UDI actifs en Suisse⁴⁷.

^o Ayant débuté dans les 2 ans précédents le enquête.

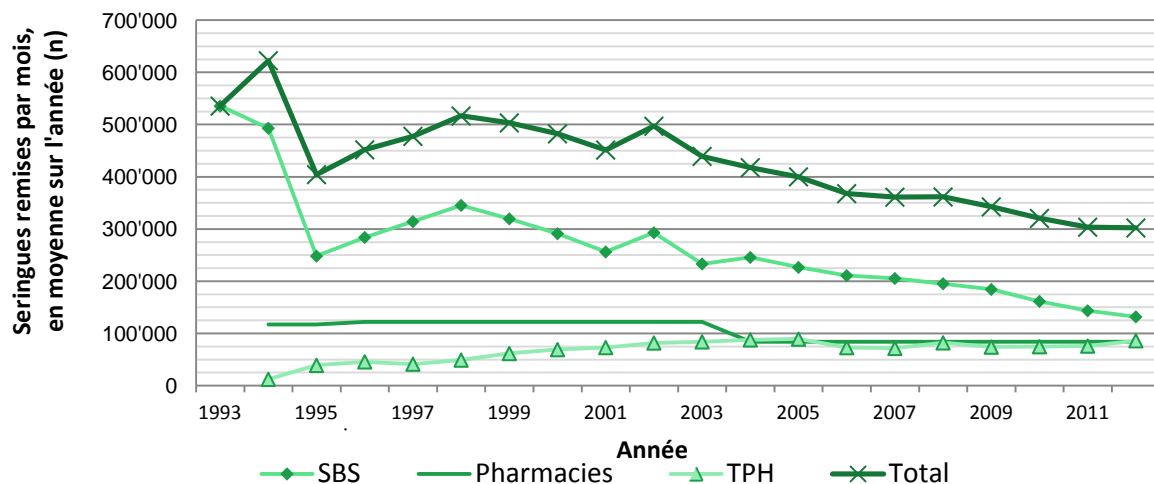
^p Plusieurs fois par semaine à plusieurs fois par jour.

^q Sur ce sujet, De Preux et al. (2004) trouvent une diminution du nombre moyen d'injections par semaine entre 1996 (18) et 2000 (14) (différences régionales importantes)⁷².

Distribution de seringues

La Figure 7 présente l'évolution de la moyenne mensuelle de seringues remises sur l'année en Suisse, de 1993 à 2012. Le nombre mensuel moyen de seringues remises a diminué de moitié entre 1994 et 2012, la diminution étant régulière depuis 2002. La part des seringues remises dans le cadre de TPH a cru au fil des années, représentant 29% du total en 2012, soit une part similaire à celle des pharmacies. Les structures à bas seuil (SBS) fournissent toujours le plus grand nombre de seringues (130'000/mois en 2012), soit 44% du total [source : monitoring annuel par l'IUMSP (2014)].

Figure 7 Graphique de l'évolution du nombre mensuel moyen (sur l'année) de seringues distribuées en Suisse, de 1993 à 2012.

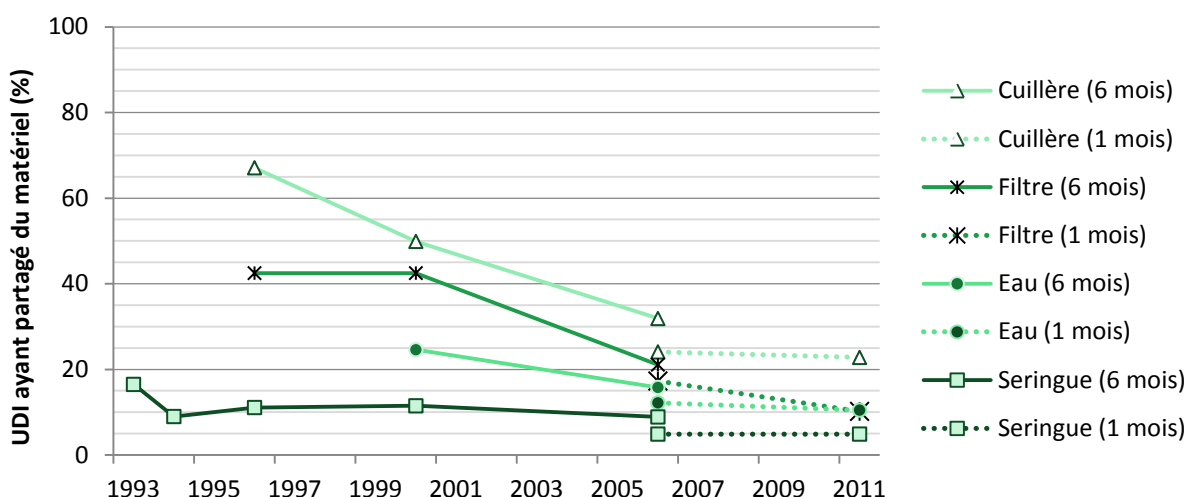


Arnaud *et al.* ont estimé la disponibilité de seringues, ainsi que la couverture au niveau suisse. La première est définie comme le nombre mensuel total moyen de seringues disponibles dans toutes les différentes structures de distribution. La couverture est définie comme le ratio distribution/demande, et est considérée comme une estimation de la proportion d'injections effectuées avec une nouvelle seringue. La demande a été calculée en fonction du nombre estimé d'UDI en Suisse et de la fréquence moyenne d'injections. Entre 1996 et 2006, les deux indicateurs ont augmenté : la remise de seringues est passée de 18.4 - 30.5 seringues/UDI/mois à 29.9 - 76.5. La couverture est quant à elle passée de 24.3% - 43.3% en 1996 à 50.5% - 134.3% en 2006. La fourchette des chiffres est due à l'utilisation de deux méthodes pour estimer le nombre d'UDI, dont l'une surestime la couverture et l'autre la sous-estime probablement. La couverture réelle se situe probablement entre les deux valeurs⁷⁵.

Partage du matériel de préparation de l'injection

La Figure 8 présente l'évolution du partage de matériel chez les UDI, sur les derniers 6 mois puis sur le dernier mois¹⁵. On constate que le partage de seringues est resté stable autour de 10% sur les 6 derniers mois depuis l'année 1994. Le partage du matériel de préparation de l'injection est plus fréquent, notamment la cuillère (« cooker »), mais il diminue régulièrement depuis 1996.^r Bien qu'ayant clairement diminué, on notera que le partage de la cuillère sur le dernier mois reste fréquent en 2011, concernant une personne sur cinq. Les UDI < 30 ans partagent plus souvent le matériel (tout élément, seringues également) que les > 30 ans, avec des différences allant de 5 à 20% (cuillère) sur le dernier mois.^s Les femmes partagent plus souvent le matériel que les hommes.^t Certaines techniques à risque n'ont pas été évaluées ici, telles le « front- / back-loading », soit un échange du produit « prêt à être injecté » directement de seringue à seringue, qui permet un partage plus précis de la substance.

Figure 8 Graphique de l'évolution de la proportion d'UDI ayant partagé du matériel, dans les SBS suisses, de 1993 à 2011¹⁵



^r Sur ce sujet, De Preux et al. (2004) constatent une diminution (entre 1996 et 2000) du partage de cuillère sur les 6 derniers mois (de 61% à 51%), et du partage du filtre (de 46% à 38%)⁷².

^s Partage de seringue sur le dernier mois en 2011 : < 30 ans : 12% ; > 30 ans : 3%.

^t Partage de seringue sur le dernier mois en 2011 : femmes : 8% ; hommes : 4%.

5.4.2 Efficacité des mesures de prévention et de réduction des risques

La mise à disposition de matériel stérile pour les injections (aiguilles, seringues) a démontré son efficacité sur la transmission du VIH chez les UDI⁷⁶. Par contre, les effets de cette intervention ne sont pas démontrés pour le VHC⁷⁶. Cela s'explique par le fait que le VHC se transmet plus facilement : plus grande résistance aux conditions extérieures, faible inoculum nécessaire pour s'infecter ; ceci permet la transmission par le matériel de préparation de l'injection. Une modélisation de la transmission du VHC en Écosse a estimé que 62% des infections au VHC provenaient du partage de matériel de préparation, contre 38% via le partage de seringues/aiguilles. Le risque d'infection au travers du matériel de préparation est plus faible (0.2-0.3% contre 2.5%), mais le partage de celui-ci est nettement plus fréquent⁷⁷. Une méta-analyse trouve un risque relatif combiné de 2.24 (IC95% 1.28-3.93) lors de partage du matériel de préparation⁷⁸. D'autre part, le VHC peut être acquis très tôt au cours de la « carrière » d'injection. Cet élément indique qu'il serait intéressant de développer des programmes de prévention du passage à l'injection, car les injecteurs « débutants » ne fréquentent généralement pas les structures à bas seuil²⁰.

L'ECDC a effectué une revue de la littérature sur l'efficacité de différentes mesures de prévention : distribution de matériel d'injection/de préparation, information-éducation-conseil, distribution de feuilles (encouragement des alternatives à la voie IV), la connaissance du status VHC, les centres d'injection supervisés. Dans la plupart des études, ces interventions mènent à une réduction des prises de risque, mais l'efficacité sur le VHC n'est soit pas évaluée, soit pas démontrée directement⁷⁶.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) permettent également une diminution du risque infectieux. Il a été montré qu'ils diminuent l'utilisation illicite d'opiacés, l'injection de drogues et également le partage de matériel d'injection⁷⁹. Leur efficacité préventive sur les maladies infectieuses a été montrée pour le VIH, mais uniquement dans le cadre de TSO à long terme⁸⁰. Une revue de la littérature de l'ECDC sur les effets des TSO sur les risques infectieux, met également en évidence la diminution des prises de risques, d'infection par le VIH et une augmentation de l'adhérence au traitement antirétroviral ; sans constat clair quant aux effets sur le VHC cependant. Par contre, quand les TSO sont combinés aux PES, une diminution de la transmission du VHC semble survenir chez les UDI en plus des effets mentionnés plus haut⁸¹.

L'OMS a publié des recommandations pour la prévention des hépatites virales chez les UDI. Parmi celles-ci figure l'intervention de pairs (*peer*) auprès des UDI, qui aurait montré une réduction des comportements à risque (niveau de preuve faible à modéré). L'utilisation de seringues à faible espace mort (aiguille directement enchâssée dans la seringue) est aussi conseillée, car la quantité moindre de liquide résiduel diminuerait le risque de transmission (très faible niveau de preuve)^{21, 82}.

Royaume-Uni

L'impact des PES avec une haute couverture (PES-HC ; haute couverture : $\geq 100\%$ d'aiguilles/seringues par injection) et des TSO sur l'incidence du VHC chez les UDI a été évalué dans une méta-analyse de données anglaises. Les OR ont été ajustés pour le genre, les sans-abris, l'injection de cocaïne (associés à un risque 2-3 fois plus élevé d'infection par le VHC). L'OR ajusté pour les personnes sous TSO est de 0.41 (IC95% 0.21 – 0.82), soit 59% de chances en moins de s'infecter par le VHC en comparaison avec celles non substituées^u. Pour le PES-HC, l'OR ajusté est de 0.48 (IC95% 0.25 – 0.93)^v. Lorsque les deux interventions sont combinées, la chance de s'infecter est réduite de près de 80% chez les personnes ayant accès à un PES-HC et au TSO par rapport à celles en réduction minimale des risques (sans TSO, couverture en seringues < 100%)^w. La fréquence moyenne d'injections par mois est plus basse dans le groupe TSO + PES-HC par rapport à celui en réduction minimale des risques (29 contre 52 injections/mois)^x. Le partage de seringues est également diminué^y. Les limitations rapportées de cette étude sont une puissance faible et la mesure de la couverture des PES qui peut être sujette à des biais. Il reste que le type d'études incluses, les caractéristiques de l'échantillon et la prévalence/incidence du VHC sont similaires à ceux d'autres pays, suggérant que ces résultats pourraient être généralisables⁸³.

Modélisation

- **Effet combiné PES-HC et TSO** - Vickerman *et al.* ont modélisé des projections des effets du TSO et du PES-HC sur la prévalence du VHC chez les UDI (Royaume Uni). Il apparaît que ces programmes peuvent réduire la prévalence du VHC, mais cet effet est souvent modeste et requiert une intervention maintenue durant de nombreuses années. De nombreuses nouvelles infections auraient été prévenues par ces interventions, avec une prévalence qui aurait pu s'élever à 65% (estimation actuelle : 36-44%). Toutefois, le modèle montre qu'une réduction substantielle supplémentaire de la prévalence du VHC est peu probable, à moins d'étendre l'accès au TSO et au PES-HC à 50-80% des UDI durant 20 ans^z. Les limitations de cet étude sont celles inhérentes aux projections : l'incertitude sur les paramètres utilisés et les simplifications utilisées⁸⁴.
- **Effet combiné PES-HC, TSO et traitement antirétroviral** - Martin *et al.* ont modélisé l'impact à 10 ans du traitement antirétroviral, du PES-HC et du TSO sur la transmission du VHC chez les UDI (3 prévalences initiales de VHC : 20, 40 et 60%). Le PES-HC et le TSO ont plus d'impact sur l'incidence de nouvelles infections que sur la prévalence à 10 ans, tandis que l'impact du traitement antirétroviral (peg-IFN et RBV) est similaire sur ces deux paramètres. La réduction de moitié de la prévalence du VHC en 10 ans requiert la combinaison du traitement antirétroviral au PES-HC et au TSO. Les nouveaux antirétroviraux à action directe (DAA), sans interféron, pourraient réduire de 30% le nombre d'UDI à traiter pour atteindre ce but (RVS utilisé : médiane 90%, variation 80-100%). Dans les lieux où la durée moyenne

^u « Effect size » : 0.45 (IC95% 0.25 – 0.82)

^v « Effect size » : 0.58 (IC95% 0.30 – 1.15)

^w OR ajusté : 0.21 (IC95% 0.08 - 0.52)

^x Différence moyenne ajustée : -21 injections/mois (IC95% -27 à -14)

^y OR ajusté : 0.52 (IC95% 0.32 – 0.83)

^z La situation suisse, avec une couverture de TSO de 70% depuis de nombreuses années, n'en est pas très éloignée.

d'injection est longue (comme par exemple Zurich), l'impact de l'intensification du PES-HC et du TSO sera moindre, le traitement antiviral devenant essentiel pour obtenir une réduction substantielle du VHC. L'incertitude quant aux estimations de l'efficacité du TSO, du PES-HC et du taux de RVS des traitements antiviraux sur le VHC chez les UDI constituent des limitations de cette étude. La complexité associée à l'intensification des mesures de prévention/de traitement n'a pas non plus été prise en compte. Les bénéfices du TSO et du PES-HC sur d'autres paramètres que le VHC n'ont pas non plus été considérés. Enfin, le volet financier de ces différentes stratégies sera également déterminant, notamment au vu des coûts nettement plus importants des nouveaux DAA (estimés entre 60'000 et 100'000 CHF/traitement) par rapport au TSO (3'650-5'475 US\$/an) et au PES-HC (≈ 500 US\$/an)⁸⁵.

5.5 Dépistage

Résumé

Technique et acceptabilité

- Importance de l'information (pré- et post- dépistage).
- Les méthodes non-invasives peuvent augmenter l'acceptabilité du dépistage.
- Les cadres dans lesquels le dépistage est possible devraient être multiples (généraliste, PES, centre de TSO), car les préférences des UDI sont variables, et l'accès au dépistage sera plus large.

Pratique du dépistage

Suisse

- SBS : La proportion d'UDI testés pour le VHC au moins une fois dans la vie augmente et se situe à 88.4% en 2011. Chez les non-UDI, la proportion augmente mais est plus basse.
- Résidentiel : la proportion d'UD dépistés est stable de 2004 à 2012, à près de 85%.
- HeGeBe : il n'y a pas de données sur ce sujet dans les rapports annuels. Dans la littérature sur le TPH, le pourcentage d'UDI dépistés est entre 72% et 99%.
- Le dépistage du VHC semble plus bas chez les généralistes que dans les centres de prise en charge spécialisée (données anciennes).

International

- EMCDDA : le nombre de pays européens où le dépistage chez les UDI est considéré comme adéquat par des experts a augmenté de 50% de 2008 à 2012.
- Royaume-Uni : 83% des UDI ont été dépistés au moins une fois (2010).
- Australie : 87% des utilisateurs d'un PES ont été dépistés au moins une fois (1999-2011).
- USA : chez les généralistes, seule une petite proportion des patients avec facteur de risque pour le VHC sont dépistés.

Guidelines : Dépistage

- CH – OFSP 2013**⁸⁶ Tout patient bénéficiant d'un TSO doit être dépisté pour l'hépatite C. En cas de séronégativité et de prise de risque, le dépistage est à effectuer tous les six mois.
- CH – Fretz 2013**⁸⁷ Sérologie à effectuer après recherche des facteurs de risque : consommation de drogues par voie nasale ou intraveineuse.
- CH – SSAM 2007**⁸⁸ Sérologie annuelle, chez tout patient avec une anamnèse positive de consommation de substances psycho-actives par voie intranasale ou intraveineuse (même occasionnelle).
- EU - EASL 2014**^{69,70} Le dépistage sérologique devrait être volontaire et une routine pour les UDI, et répété tous les 6-12 mois si négatif. L'ARN VHC peut être recherché directement si une hépatite C aigüe est suspectée.
- OMS 2014**⁷¹ Le dépistage du VHC chez les UDI fait partie des interventions de réduction des dommages. Il est à répéter si l'individu prend à nouveau des risques. Chez les personnes précédemment infectées, il se fait par recherche de l'ARN VHC.

5.5.1 Technique de dépistage et acceptabilité

Une revue systématique de la littérature qualitative sur l'expérience du dépistage du VHC par les UDI est parue en 2013. Trois thèmes majeurs émergent, qui prêterent à la fois la volonté de se tester, la compréhension du résultat et la suite donnée à celui-ci par l'UDI : l'importance de l'entretien-conseil avant et après le dépistage ; le conflit de priorités entre le VHC et les autres problématiques de l'UD ; et le cadre/contexte du dépistage (explicités ci-dessous). Les auteurs pointent le manque de recherche sur l'avis des UDI pour améliorer le dépistage et l'expérience liée au diagnostic du VHC⁸⁹.

Tableau 6 Dépistage VHC : Points critiques pour les UDI

Thématique	Détail
Conseil et entretien sur le dépistage	<p>Peu/pas de connaissances sur le VHC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus élevé chez les patients jamais dépistés pour le VHC. - Peut mener à l'indifférence / au déni face au diagnostic. <p>Peu/pas de « <i>pre-counseling</i> » sur le dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Génère des expériences négatives avec le milieu de soins. <p>Peu/pas de « <i>post-counseling</i> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés pour obtenir de l'information post-test (quel que soit le résultat) : Beaucoup d'UDI ne sont pas au clair avec le diagnostic. - « Pas de nouvelles, bonne nouvelle » de la part des soignants : pratique anxiogène.
Conflit de priorité entre le VHC et d'autres problématiques	<ul style="list-style-type: none"> - L'importance du dépistage du VHC peut être relativisée (par rapport au VIH, aux overdoses), que ce soit par l'UDI, ses pairs, les soignants. - Les problèmes sociaux et de l'addiction peuvent être considérés comme prioritaires. - Les implications du dépistage peuvent être un incitatif comme un « répulsif », suivant les préoccupations de l'UDI.
Dépistage de routine et inattendu	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque le consentement éclairé n'est pas demandé spécifiquement, l'anxiété et la confusion chez l'UDI sont majorées, d'autant plus si le test est positif. - Le dépistage systématique peut être perçu comme inquiétant et repousser les UDI. - La confiance dans les soignants et leurs encouragements améliorent le vécu du dépistage. - La possibilité du choix du lieu (généraliste/PES/centre de TSO) est importante pour l'UDI.

L'acceptabilité des méthodes de dépistage par les UDI montre qu'elle est élevée (>85%), quelle que soit la technique (ponction veineuse, échantillon capillaire, échantillon salivaire). Les avantages et inconvénients sont résumés ci-dessous [adapté de ⁹⁰ pour les UDI et de ⁶⁶ (ECDC)].

Tableau 7 Techniques de dépistage

Techniques	Avantages	Inconvénients
Ponction veineuse	UDI : considéré comme l'examen le plus fiable, le plus familier	UDI : Difficulté d'accès veineux
Tests rapides	Technique facile, dépistage sur le lieu de soins possible (« <i>point of care testing</i> »)	UDI : sentiment d'imprécision de la technique
Salivaire	UDI : Facile, indolore, non-invasive	UDI : confusion à propos de la présence de VHC dans la salive
Capillaire	UDI : Facile, rapide Nouvelles techniques : mesure anti-VHC, ARN VHC et génotype sur un échantillon de sang séché. Combinaison possible avec test VIH.	UDI : perçu comme inconfortable / douloureux, non-stérile

Une approche du dépistage anonyme passant par internet a été mise en place aux Pays-Bas, avec consultation des résultats sur internet (présenté en détail dans le chapitre Information et prévention)⁶⁶.

5.5.2 Pratique du dépistage en Suisse

Le Tableau 8 présente les données sur le taux de dépistage en Suisse retrouvées dans la littérature. Les données sont disponibles pour les SBS, les TPH et les TSO chez les généralistes. Cet indicateur se rapporte à un test de dépistage fait au moins une fois dans la vie. Ceci présente une limitation, car idéalement, le dépistage devrait avoir lieu annuellement chez les UDI séronégatifs pour le VHC. Globalement, le taux de dépistage se trouve entre 75 et 99%. Il semble plus bas chez les généralistes, mais les données sont anciennes. La proportion de personnes dépistées a augmenté dans les SBS. Dans les TPH, la proportion de dépistés est très haute (99%) dans les études les plus récentes. On ne peut comparer ces données aux statistiques HeGeBe, car ce point n'est pas disponible dans les rapports annuels.

Tableau 8 Proportion de personnes testées pour le VHC, données de la littérature

Prévalence test VHC (sur la vie)						
Article	Année	Population	Setting	Type d'étude	Rapporté ou mesuré	Prévalence (%)
Bas seuil						
Locicero ¹⁵	2011					88,4
Dubois-Arber ¹³	2006	UDI	Bas seuil CH	Enquête, transversal	Rapporté	88,4
	2000					79,8
Benninghoff ⁴⁷	2000					77,0
Traitement par prescription d'héroïne						
Witteck ⁴	2009	88 % UDI	SG : TSO/TPH	Revue de dossiers transversale	Mesuré	99,0
	2008	100 % UDI	BE : TSO/TPH		Mesuré	99,0
Gerlich ⁴⁹	2000-2002	UDI, à l'admission	Centres TPH CH	Transversal	Calculé**	84,0
Blättler ⁹¹	1998					72,2
Steffen ⁹²	1994-1996					83,0
						98,3
TSO						
Pelet ⁴²	2001	/	Généraliste VD Centres TSO VD	Sondage transversal	Rapporté	66,2 77,9
Ladewig ¹¹	2000	/	Généraliste	Sondage transversal	Mesuré	73,0

** Calculé à partir de la population incluse dans l'étude et des données manquantes concernant la sérologie.
Prévalence : *Italique* = Rapportée ; **Gras** = Mesurée ; Normal = Calculée

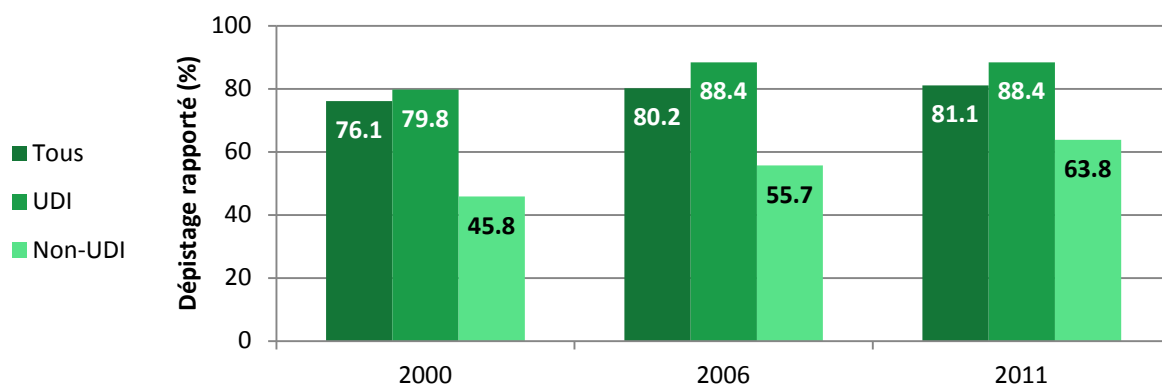
Dans le canton de Vaud, en 2001, la proportion d'UDI dépistés pour le VHC est de 66.2% s'ils sont pris en charge chez un généraliste et de 77.9% dans les centres spécialisés. Le pourcentage de sérologies positives est plus haut dans les centres (48.6% vs 39.2%). La vaccination complète contre le VHB y est plus fréquente également (18.2% vs 10.9%)⁴².

Bas seuil

Un projet pilote zurichois (2012) a évalué la mise en place du dépistage dans les K&A (Kontakt- und Anlaufstellen, SBS). Le dépistage se passait par test salivaire, et s'il était positif, la mesure de la charge virale sur prélèvement capillaire était proposée. Cette prestation a été bien reçue et utilisée activement durant la « semaine d'action ». Cela a suscité beaucoup de questions chez les usagers, notamment sur la prise en charge, qui est mal connue. Les usagers sont moins inhibés pour leurs questions avec le personnel habituel des K&A qu'avec les médecins. Plus ils connaissent le personnel, plus ils sont enclins à faire le dépistage⁶³.

La Figure 9 provient des enquêtes nationales dans les SBS en 2000, 2006 et 2011. On peut voir que la proportion d'usagers déclarant s'être dépistés est passée de 76.1% à 81.1%. Ce pourcentage est plus élevé chez les UDI, à 88.4% en 2011, que chez les non-UDI. Chez ceux-ci, on est passé de moins de 50% des personnes testées à près de deux tiers. La proportion de femmes ayant fait un dépistage est plus élevée que les hommes (de 2-5%). Les UD <30 ans ont moins souvent fait un dépistage que les > 30 ans (la différence est de 2% en 2000, 4% en 2006 et 7% en 2011).

Figure 9 Proportion de personnes testées pour le VHC au cours de la vie dans les SBS en Suisse¹⁵



Le Tableau 9 est issu des enquêtes auprès des SBS de 2000, 2006 et 2011. Ces données permettent de se rendre compte des variations régionales du dépistage du VHC, et de la proportion d'usagers testés sur la dernière année (2011) et les deux dernières années (2000). On constate que la pratique du dépistage est relativement homogène, mais l'évolution entre les 3 enquêtes n'est pas forcément à la hausse. Le dépistage sur la/les (deux) dernière(s) année(s) (2000 et 2011) montre un peu plus de variabilité que le test sur la vie. Rappelons ici que ces enquêtes ne concernent que les cantons avec des SBS, qui représentent donc des situations « privilégiées » au niveau de la prise en charge des UDI.

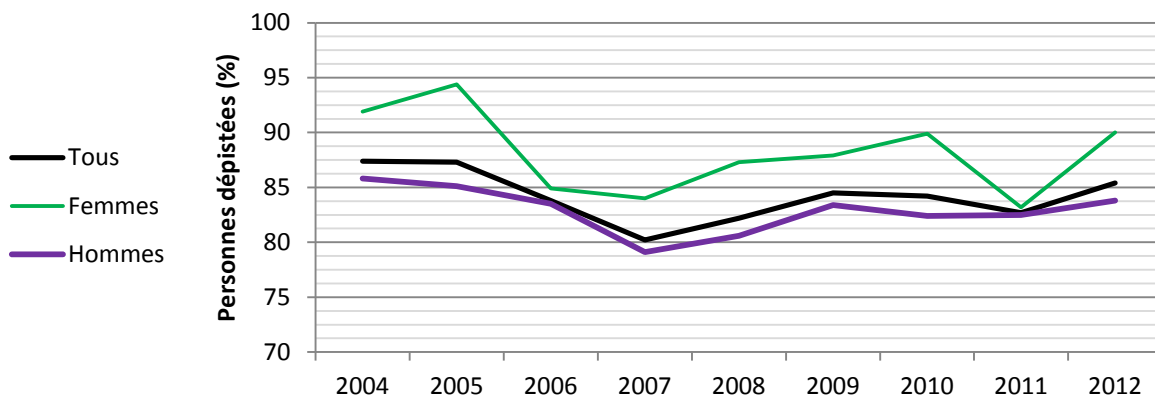
Tableau 9 Variations des pratiques de dépistage rapportées par les usagers des différents SBS de Suisse

		Dépistage VHC, dans les SBS en Suisse											
Canton (2011) Ville (ou canton) (2000, 2006)		BE		SO	BS	SG	GE	LU	VD	Schaffou se	Delémont	ZH	Total
		Berne	Bienne	Soleure	Bâle-Ville	St-Gall	Genève	Lucerne	Vaud			Zurich	
2011	%, sur la vie	79.0		80.9	81.3	88.6	80.3	88.7	79.7	-	-	80.4	81.1
	%, sur l'année	56.5		55.3	49.2	57.1	56.1	62.3	58.8	-	-	52.5	55.2
2006	%, sur la vie	78.7	84.9	85.7	83.4	94.3	75.4	77.4	72.6	87.2	60.0	-	79.7
2000	%, sur la vie	77.0	81.0	83.0	79.0	71.0	83.0	81.0	72.0	80.0	87.0	-	77.0
	%, en 1999 ou 2000	68.0	71.0	56.0	66.0	62.0	81.0	71.0	78.0	75.0	80.0	-	70.0

Traitement résidentiel

La Figure 10 présente l'évolution du taux de dépistage (sur la vie) chez les UD entrant en traitement résidentiel (Act-Info-FOS). On note que la proportion est plus élevée chez les femmes, chez qui elle varie entre 83% et 95%, que chez les hommes (80%- 85%). Globalement, le taux de personnes dépistées est assez stable de 2004 à 2012, avec un petit infléchissement en 2007, et actuellement il se situe à 85% (Tableau 19, en annexe).

Figure 10 Proportion de personnes testées pour le VHC au moins une fois dans la vie, à l'entrée en traitement résidentiel (Act-Info-FOS)



Pratique du dépistage au niveau international

Dans le rapport annuel 2012 de l'EMCDDA, on apprend que le dépistage du VHC chez les UDI est considéré comme une priorité par les experts de 19 pays européens. Depuis 2008, le nombre de pays dans lesquels le dépistage du VHC chez les UDI est considéré comme suffisant par ces experts a augmenté de 50%. Le nombre de pays dans lesquels au moins la moitié des UDI a accès à des conseils de réduction des risques infectieux a également augmenté mais dans une moindre mesure. Au Royaume-Uni, dans un sondage anonyme, 83% des UDI rapportent s'être testés pour le VHC au cours de la vie (2010), contre 49% en 2000. La proportion d'UDI connaissant leur status VHC est ainsi passée de 40% à 55%⁹³.

Une enquête australienne dans les PES (de 1999 à 2011) rapporte que la grande majorité des répondants a déjà fait un test pour le VHC dans sa vie (87%), 11% n'en a jamais fait. Une comparaison a également été faite entre le status sérologique anti-VHC déclaré par les patients et celui mesuré lors du sondage. Il apparaît que la sensibilité est de 78% et la spécificité de 82%⁹⁴. Cela montre la fiabilité des réponses des UDI lors de sondages/enquêtes.

Dans la population générale, la recherche des facteurs de risque est la première étape avant le dépistage dans les soins de premier recours. Malgré tout, même lorsque cette investigation est menée correctement, le taux de dépistage reste sous-optimal. Aux USA, dans une étude chez les praticiens de premier recours il était de 8% (sur 2 mois) parmi les patients qui présentaient un facteur de risque⁶⁶.

5.6 Bilan

Guidelines : Bilan

CH – Fretz⁸⁷
2013 Sérologie positive : ARN VHC à rechercher par PCR. S'il est négatif, une seconde PCR de confirmation doit être effectuée (éviter les faux négatifs, les virémies faibles momentanément indétectables).

Évaluer si la personne peut bénéficier d'une prise en charge médicale et d'un traitement. Le patient doit être référé à un hépatologue pour le bilan et la suite de la prise en charge.

CH – SSAM⁸⁸
2007 Après dépistage anti-VHC positif, rechercher charge virale (ARN VHC). Si positif, rechercher le génotype. Autres éléments du bilan : ultrason hépatique et évaluation de la fibrose : soit par biopsie (génotype 1 et 4, charge virale élevée, consommation importante d'alcool, co-infection VIH), soit par fibroscan.

EU – EASL⁶⁹
2014 En cas de sérologie positive et d'ARN VHC indétectable, contrôle à 3 mois de ce dernier.

Le bilan de la situation psycho-sociale doit être poussé et complet, et au besoin l'UDI doit être orienté vers les services sociaux / des associations de support par des pairs.

Éléments du bilan : ARN VHC, génotypage, évaluation de la fibrose (non-invasive initialement, biopsie en cas d'incertitudes). Description extensive pour les spécialistes.

Éducation pré-thérapeutique : devrait porter sur la transmission du VHC, les facteurs de risque pour la progression de la fibrose, le traitement, le risque de réinfection et les stratégies de réduction des risques. Inciter à modérer la consommation d'alcool (abstinence si maladie avancée), de même pour le cannabis.

Un sondage (2005-2006) auprès des généralistes en Suisse a montré qu'il y a en moyenne 4.3 patients VHC positifs par cabinet (UDI ou non). 16% des praticiens ne pratiquent aucun suivi pour ces patients, 27% les réfèrent à un spécialiste et la moitié suivent les tests hépatiques annuellement. Le suivi de ces patients est plus fréquent lorsque les praticiens ont plus de patients atteints (>10). Dans le détail du bilan, les tests hépatiques sont effectués chez >95% des patients avec un suivi, la charge virale dans 77%, le génotype dans 54% et la biopsie dans 38%⁹⁵.

Par rapport à la population générale, les UDI font face à des obstacles tout au long de la chaîne thérapeutique, donc également au moment du bilan qui suit le dépistage (détails dans le Tableau 11). Les articles qui suivent se sont intéressés au bilan de l'hépatite C chez les UD en TSO, soit dans un centre spécialisé, soit chez le médecin généraliste.

Witteck *et al.* ont évalué la réalisation du bilan complémentaire en cas d'hépatite C chez les UD sous TSO à Saint-Gall et Berne. À Saint-Gall (centres TSO : MSH1, MSH2, H22), la PCR manque dans 9% des cas séropositifs, et le génotype dans 15% des cas ARN VHC positifs. Dans les cas d'hépatite C chronique, l'ultrason abdominal a été effectué chez 63%, le fibroscan chez 66% et la biopsie chez 35%. La gastroscopie a été pratiquée chez 50% des patients avec signes de cirrhose. Pour Berne (centres TSO : KODA), les informations sont moins détaillées : 93% des patients séropositifs ont eu une PCR, et le génotypage n'est disponible que dans 8% des dossiers⁴.

Une analyse rétrospective de patients en TSO chez un généraliste à Zurich (2002-2008) a recherché les déterminants d'une prise en charge réussie des cas d'hépatite C. 3.6% des patients ont décliné le dépistage du VHC. 90.8% des patients ont eu un bilan complet (définition : sérologie, si positive : ARN VHC, si positif : génotype). Les facteurs associés à un bilan complet sont un emploi et une longue durée de TSO. L'utilisation d'autres drogues ou d'alcool, l'injection de drogues, les comorbidités psychiatriques instables sont plus fréquentes chez les patients avec un bilan incomplet⁴⁰.

5.7 Traitement

Résumé

Proportion de personnes traitées (Suisse), chez les UDI

- SBS : 25% de usagers rapportent être sous traitement ou avoir été traités (2011).
- Cohorte VHC : 38% des patients sous TSO (contre 65% pour les non-UD).
- Cohorte VIH : 8-24% des patients co-infectés sous TSO (contre 36% pour les non-UD). P

Efficacité

Suisse

- Parmi les patients sélectionnés dans les études, l'injection occasionnelle de drogues ne paraît pas diminuer le taux de succès du traitement si la compliance est bonne.
- Consommation d'alcool (<24g/j) : même constat que pour l'injection de drogues..

International

- Une revue systématique de la littérature retrouve également des taux de RVS chez les UDI similaires à ceux des non-UD dans la pratique.
- Les facteurs associés à un taux de RVS plus bas chez les UDI sont : les difficultés sociales, la dépression non-traitée, et la pharmacothérapie aux opiacés.

Guidelines : Traitement

Traitement (considérations globales)

CH – OFSP 2013⁸⁶ TSO : L'indication et la conduite d'un traitement sont les mêmes que celles pour les non-UD, et les résultats sont similaires. Le traitement est conduit par des médecins expérimentés (ou en collaboration avec des infectiologues / hépatologues). Pour des raisons épidémiologiques, un traitement du VHC doit être considéré chez tous les UD infectés. Avant de le débiter, les patients doivent être informés du risque de réinfection.

CH – SSAM 2007⁸⁸ L'indication, le déroulement et le suivi du traitement relève de médecins expérimentés dans le domaine de l'hépatite C. Les contre-indications possibles : Instabilité psychique ou somatique ; consommation d'alcool : pas absolue, mais le rapport bénéfices-risques doit être évalué ; injection de drogues active : pas absolue (sauf consommation incontrôlée et à risque), rapport bénéfices-risques à évaluer ; co-infection VIH avec taux de CD4 bas. Le TSO n'est pas une contre-indication.

EU – EASL 2014⁶⁹ Indication à définir selon la situation individuelle de l'UDI, et le traitement devrait se dérouler dans un cadre multidisciplinaire. Les antécédents d'injection de drogue, même récente, n'influencent pas la RVS et ne sont donc pas une contre-indication absolue, mais la décision doit être prise au cas par cas. La consommation d'alcool, de drogues, les problèmes sociaux et psychiatriques peuvent diminuer la compliance (et donc la RVS) ; le suivi multidisciplinaire doit être plus rapproché et intensif.

OMS 2014⁷¹ Le traitement du VHC chez les UDI est efficace, son rapport coût-efficacité est favorable. Les UDI doivent donc être évalués en vue d'un traitement, dont l'effet pourrait aussi être préventif : « *treatment as prevention* ». Lors de TSO, surveiller les interactions médicamenteuses et les symptômes de sevrage.

Traitement (nouveaux DAA avec ou sans interféron)

EU – EASL 2014^{69, 70} UDI : Leur sûreté et efficacité est à évaluer dans cette population : il est envisageable de conseiller d'attendre plus de preuves/les nouveaux DAA à ceux ayant une maladie peu avancée.

TSO : L'utilisation de DAA (sofosbuvir, siméprévir) est possible, à évaluer au cas par cas, et le suivi de la substitution doit être rapproché.

Transplantation hépatique

CH – SSAM 2007⁸⁸ UDI actifs : contre-indication

TSO : n'est pas une contre-indication en soi.

EU – EASL 2014⁶⁹ Constitue une option thérapeutique également chez les personnes avec antécédents d'injection de drogues. Le TSO n'est pas une contre-indication, et il ne faut pas conseiller une diminution des doses ou son arrêt pour une transplantation.

5.7.1 Accès au traitement

Le Tableau 10 présente les taux de traitement retrouvés dans la littérature sur les UD en Suisse. Dans les SBS, la proportion d'UDI traités est passée de 16.7% en 2006 à 25.3% en 2011. La proportion d'UDI traités est plus basse en Suisse romande (VD 16.3% ; GE 6.3%) qu'en Suisse alémanique (BS 36.4% ; BE 31.4 ; ZH 33.3%) Lorsque tous les UD sont considérés, la proportion qui est traitée passe à 13.4%^{aa}. Chez les généralistes, un tiers à la moitié des patients VHC sont traités dans les deux études retrouvées. Dans les données rassemblées par Witteck, on constate qu'en général les UDI (sous TSO) sont moins souvent traités que les non-UDI, de même que les co-infectés VHC-VIH⁴. Les UDI infectés par un génotype 3 étaient plus susceptibles d'être traités que ceux infectés par un génotype 1 (OR 3.4, IC95% 1.15-10.25)⁴. À St-Gall, le temps entre l'infection estimée et le premier diagnostic était de 10 ans, puis de 7.5 ans jusqu'au traitement⁴. Le traitement de l'hépatite C aigüe chez les UDI est mené à terme beaucoup plus rarement que chez les non-UDI.

Tableau 10 Proportion de personnes traitées pour le VHC

Proportion de traitements VHC							
Article	Année	Population	Setting	Type d'étude	%		
Lociciro ¹⁵	2011	UDI	Bas seuil	Enquête, transversal	25.3		
Lociciro ¹⁸		Tous (UDI et non-UDI)			13.4		
Dubois-Arber ¹³	2006	UDI	Bas seuil	Enquête, transversal	16.7		
Seidenberg ⁴¹	2002-2008	Sous TSO (>3 mois)	Généraliste ZH	Revue dossiers rétrospective	41.2		
Witteck ⁴	2009	Tous	TSO/TPH SG	Revue dossiers transversale	23.0		
		UDI (88%)			VHC+	29.0	
					VHC+ VIH+	4.0	
	2008	UDI (100%)	TSO/TPH Bern	Sondage, transversal	8.0		
	2009	Toute la cohorte	VHC +	SCCS ^{bb}	Cohorte prospective	60.0	
						VHC + VIH +	33.0
						Sous TSO	38.0
						Non-UDI	65.0
2009	VHC+ VIH+ (Tous)	SHCS	Cohorte prospective	28.0			
				Non-UDI	36.0		
Overbeck ⁹⁵	2005-2006	Tout VHC+	Généralistes	Sondage transversal	33.2		
Broers ⁹⁶	2002-2003	Hépatite C (sub)-aigüe	Multicentrique	Essai prospectif	Débuté		
		Hépatite C (sub)-aigüe + UDI			Fini		
Rauch ⁵⁶	2003-2004	VHC+ VIH+	SHCS : HU de Berne	Cohorte prospective	Éligibles		
					Traités		

Prévalence : **Gras** = mesuré ; *Italique* = rapporté ; Normal = non précisé

^{aa} Valeurs rapportées par les UDI : la compréhension d'un « traitement de l'hépatite C » est variable entre les UDI, et peut être confondue avec d'autres traitements, vaccinations. La proportion d'UDI traités est probablement surestimée, mais la tendance entre 2006 et 2011 semble montrer une augmentation.

^{bb} Injection de drogues : facteur de risque rapporté par 57% des participants (plusieurs facteurs de risques peuvent être rapportés par personne)⁷.

Il n'y a pas de données disponibles concernant le traitement du VHC chez les UDI en traitement résidentiel de l'addiction (Act-Info-FOS) et en TPH (HeGeBe). Il serait intéressant que ces indicateurs soient inclus dans les données récoltées annuellement.

Europe

La *Health Consumer Powerhouse* a produit en 2012 un rapport nommée « EuroHepatitis Index », avec un calcul du rapport des ventes des inhibiteurs de la protéase de 1^{ère} génération (bocéprévir et télaprévir) sur les « anciens » traitements (RBV, PEG-IFN α -2a/2b) dans chaque pays. La Suisse, avec un rapport légèrement supérieur à 0.2, se situe en dessous du groupe de 5 pays (Slovénie, Norvège, Allemagne, Danemark et France) dans lesquels ce ratio est plus élevé (de 1 à 0.4, respectivement). Cet indicateur doit être interprété comme évaluant la facilité d'accès aux nouvelles molécules, plutôt que « plus le ratio est élevé, meilleure est la situation ». La Suisse se situe donc dans un groupe de pays où l'accès à ces nouvelles molécules est un peu limité. La proportion d'infections par un génotype 1 dans chaque pays n'est pas précisée, ce qui constitue une des limitations de cet indicateur. De plus, cette analyse n'est pas focalisée spécifiquement sur les UD(I)⁹⁷.

Le score de la Suisse dans le thème « *Access to treatment and process quality* » (regroupe VHC et VHB) de ce même rapport est de 188 (contre 216 pour la Suède, score le plus haut), qui est basé sur les indicateurs suivants : remboursement des médicaments, temps d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste, traitement des enfants dans des unités spécialisées, adhérence aux guidelines européennes EASL sur l'hépatite B et C, génotypage du VHC, disponibilité des nouveaux médicaments, infirmières spécialisées en hépatites et registre pour les CHC (carcinomes hépatocellulaires)⁹⁷.

5.7.2 Efficacité du traitement chez les UD(I)

Suisse

La faisabilité du traitement du VHC dans le même lieu (« sous un même toit ») que le TSO a été évaluée rétrospectivement dans 4 centres de TSO zurichois. Le taux de RVS global est de 62% (génotype 3 : 84%). Parmi les patients traités par héroïne (TPH), il est de 64%. Ils sont similaires à ceux que l'on retrouve chez les patients non-UD. La majorité des patients a consommé des drogues durant le traitement du VHC et présente des comorbidités psychiatriques. Les facteurs associés à un échec du traitement sont une durée plus longue du TSO, plus de consultations hebdomadaires durant le traitement ainsi qu'une mauvaise santé physique rapportée⁶⁰.

Dans une étude rétrospective sur des patients enrôlés dans la cohorte SCCS, Bruggmann *et al.* comparent l'adhérence au traitement (défini comme la prise de $\geq 80\%$ de la dose d'antiviraux prévue) et son taux de succès (RVS) entre les UDI actifs et des patients contrôles. Il n'apparaît pas de différence entre ces deux groupes. Ces UDI ne sont probablement pas représentatifs de tous les UDI en Suisse, mais chez ces patients hautement sélectionnés, l'injection de drogues en elle-même ne paraît pas avoir d'effet négatif sur le résultat du traitement⁶¹.

Une étude multicentrique suisse sur la faisabilité de traitement (IFN et RBV) des UD en TSO a montré, en *intention to treat*, un taux de RVS de 61% (génotypes 2/3 : 72%, génotypes 1/4 : 48%). Le taux d'abandon est de 22%, dont un tiers en raison d'effets secondaires sévères.⁵⁸ Une autre étude retrouve un taux de RVS chez les patients sous TSO (très sélectionnés) similaire à celui des patients non-UD⁵⁴.

Dans une étude rétrospective de dossiers médicaux de patients sous TSO (> 3 mois) dans un cabinet de généraliste entre 2002 et 2008 : sur 81 patients atteints d'hépatite C chronique, le traitement a été initié dans 41% des cas (peg-IFN et RBV). Le taux de RVS est de 71%⁴¹.

Witteck *et al.* ont comparé la prise en charge de l'hépatite C chez des patients en TSO à Saint-Gall, Berne, et dans les cohortes SHCS et SCCS. Le taux de RVS était de 50% au total, avec 35-40% pour le génotype 1 et 2/3 pour le génotype 3⁴.

Alcool

Une étude rétrospective sur la population de la SCCS a évalué l'impact de la consommation d'alcool sur le taux de RVS. Il n'en ressort pas d'influence négative (pour une consommation jusqu'à 24 g/j. d'éthanol), pour autant que les patients présentent une bonne adhérence au traitement. Il convient donc, chez les patients pour lesquels une abstinence totale n'est pas possible, de se concentrer sur des mesures améliorant l'adhérence au traitement^{98,99}.

International

Une revue systématique de la littérature sur le traitement du VHC chez les UD, et plus particulièrement les UDI est parue en 2013. 45% de la population des 6 études incluses sont des UDI actifs. Pour tous les UD, le taux de RVS est de 56% (IC95% 50-61%), pour les génotypes 1/4 de 37% (IC95% 26-48%) et 2/3 : 67% (IC95% 56-78%). Pour les UDI actifs, le taux de RVS est de 61% (IC95% 51-72%). Ces taux sont plus bas que ceux des essais randomisés avec une population de non-UD, mais pas si éloignés de ceux rencontrés en pratique. L'adhérence au traitement (>80% dose d'interféron et ribavirine, >80% durée) est de 82% (IC95% 74-89%), et l'abandon du traitement de 22% (IC95% 16-27%). Le risque de réinfection est estimé à 2.4 pour 100 personnes-années (IC95% 0.9-6.1), et 6.4 (IC95% 2.5-16.7) chez les UDI s'étant injectés post-RVS. Les études ne présentaient pas d'hétérogénéité entre elles. La qualité des études est basse (pour le taux de RVS) à très basse (adhérence, réinfection), en raison de leur design observationnel, du nombre de patients. Les patients UDI inclus dans les études sont hautement sélectionnés, ils ne représentent pas tous les UDI. Toutefois, on peut retenir que la différence entre UD et UDI actif semble ne pas influencer en soi la réussite du traitement. Les facteurs suivants sont associés à un taux de RVS plus bas : les difficultés sociales, la dépression non traitée et la pharmacothérapie aux opiacés. L'évaluation des difficultés sociales et du support disponible devraient être un point au moins aussi important que l'injection de drogue active dans le processus de décision de traitement¹⁰⁰.

Dans les PES australiens, une étude montre une tendance significativement à la hausse du traitement des UDI fréquentant ces lieux. Entre 1999 et 2011, le pourcentage d'UDI ayant été traités, à vie, pour le VHC est passé de 3.4% (IC95% 2.1-4.6) à 8.6% (IC95% 6.5-10.7). Ceux étant en traitement lors du sondage sont passés de 1.1% à 2.1%. Les facteurs prédictifs d'un traitement

étaient, chez les hommes : l'homosexualité et un âge >30ans ; et chez les femmes : l'homosexualité et une incarcération⁹⁴.

5.7.3 Nouveaux traitements

Les nouveaux traitements se distinguent de l'interféron pégylé et de la ribavirine par une action antivirale directe (DAA), dirigée contre des protéines non-structurales (NS) du VHC nécessaires à sa réplication. Dans un futur proche, ces molécules devraient permettre, en étant combinées, de disposer de traitements sans interféron pégylé (pegIFN) [+/- ni ribavirine (RBV)], mieux tolérés. Les différentes classes de DAA sont brièvement présentées ci-dessous¹⁰¹.

Les inhibiteurs de la protéase (IP) interfèrent avec la protéine NS3/4A, empêchant son action post-traductionnelle, entre autres. La 1^{ère} génération d'IP [bocéprévir (BOC), télaprévir (TVR)] a permis d'augmenter le taux de RVS dans le traitement des génotypes 1. Ces molécules présentent toutefois des inconvénients : une posologie fastidieuse, des effets secondaires importants, de nombreuses interactions médicamenteuses et un seuil bas aux résistances (du VHC à la molécule). De plus, ils doivent être combinés à la bithérapie habituelle et leur utilisation est limitée au génotype 1. La seconde génération d'IP (Simeprevir, ABT-450, asunaprevir, faldaprevir) devrait disposer d'une posologie plus facile, d'effets secondaires moins fréquents et moins graves, de moins d'interactions médicamenteuses et d'un seuil plus élevé aux résistances¹⁰¹.

D'autres molécules (ledipasvir, daclatasvir, ABT-267) bloquent la protéine NS5A, qui joue un rôle dans la réplication virale et l'assemblage du virion. Cette classe est efficace sur tous les génotypes, mais présente un seuil bas aux résistances, et une toxicité variable selon les molécules. Elles sont utilisées dans des combinaisons avec ou sans interféron¹⁰¹.

Les inhibiteurs de l'ARN-polymérase ARN-dépendante [(NS5B) réplication du génome viral] sont divisés en deux catégories, selon qu'ils soient analogues nucléot(s)idiques (NPI) ou non (NNPI)¹⁰¹.

Les NPI ont une action modérée à haute sur tous les génotypes, un seuil élevé aux résistances et une posologie facile. Le sofosbuvir est la première de ces molécules disponible, avec des effets secondaires moindres par rapport au pegIFN et à la RBV. Elle est combinée, pour les génotypes 1, soit avec le pegIFN et la RBV soit avec le simeprevir (+/- RBV), et pour les génotypes 2 et 3, avec la RBV uniquement. Des combinaisons avec d'autres DAA sont aussi en cours d'évaluation¹⁰¹.

Les NNPI (p.ex. ABT-333) sont moins puissants, et plus spécifiques à un génotype, ont un seuil bas à modéré aux résistances et un profil de toxicité variable. Ils se profilent donc comme des molécules complémentaires à d'autres traitements plus puissants¹⁰¹.

Les combinaisons de traitement sans interféron actuellement étudiées contre le génotype 1 sont : simeprevir et sofosbuvir (IP et NPI) (qui montrent de très hauts taux de réponse) ; sofosbuvir et ledipasvir (NPI et NS5A-I) (RVS >95% après 8-12 semaines de traitement) ; ABT-450 (IP) et ritonavir, ABT-333 (NNPI) et ABT-267 (NS5A-I) (haute efficacité)¹⁰¹.

Ces nouveaux traitements concerneront les patients s'étant infectés par le VHC au travers de l'injection de drogues pour plusieurs raisons. D'une part, une proportion importante est infectée par le génotype 1. D'autre part, la possibilité de se passer du pegIFN apparaît intéressante pour

cette population particulière où les comorbidités psychiatriques sont élevées. Les effets secondaires moindres lèveraient certaines barrières, et pourraient augmenter l'adhérence au traitement.

Le prix de ces nouveaux traitements sera élevé : selon les experts de 60'000 à 100'000 CHF par traitement. Cela reste toutefois des estimations, car leur prix est actuellement en discussion auprès des instances compétentes. Une étude coût-efficacité récemment publiée estime que les régimes combinant de nouveaux DAA au pegIFN ont un meilleur rapport coût-efficacité que les trithérapies actuelles (BOC/TVR). Par contre, la stratégie consistant à attendre l'arrivée de régimes combinant de nouveaux DAA sans pegIFN a un moins bon rapport coût-efficacité que celle utilisant les nouveaux DAA en combinaison avec le pegIFN (bien qu'elle soit plus efficace suivant le stade de fibrose)¹⁰².

Modélisation

L'impact de l'augmentation de la proportion d'UDI traités et du concept de « treatment as prevention » a été modélisé par Martin *et al.* Trois situations initiales ont été évaluées, avec des prévalences et des taux de traitements des UDI différentes : Edinbourg : prévalence 25%, 8/1'000 UDI traités/an ; Melbourne : 50%, 3/1'000 ; Vancouver : 65%, 5/1'000. L'introduction des nouveaux antiviraux à action directe a été prise en compte dans la modélisation (RVS supposé 90%). Pour réduire la prévalence de moitié en 15 ans, le nombre d'UDI traités par an doit augmenter de 15/1'000, 40/1'000 et 76/1'000 dans les trois villes, respectivement. La durée moyenne d'injection de drogue est le facteur qui influence le plus la modélisation, l'impact du traitement sur la prévalence étant plus grand si elle est plus longue (20 ans par rapport à 11 ans). Comme limitations, on retiendra que l'efficacité des DAA est basée sur des études de phase 2 ; la complexité de la mise en place d'un programme pour augmenter la proportion d'UDI traités n'a pas été prise en compte ; la proportion d'UDI est supposée stable durant 15 ans¹⁰³.

5.7.4 Barrières chez les UDI

Résumé

Les barrières pour les UDI sont liées à une méconnaissance et des fausses croyances sur la maladie, à la crainte des effets secondaires du traitement, à un sentiment de stigmatisation lié à l'injection de drogues ou à l'hépatite C qui rend difficiles les relations avec les soignants, ou encore à l'organisation du système de santé et de prise en charge des coûts.

Les facteurs favorisant une bonne prise en charge sont une bonne relation avec les soignants, des examens de dépistage et de bilan moins invasifs, un suivi rapproché combinant tous les intervenants dans un même lieu, et des traitements plus efficaces et mieux tolérés.

Avec le taux actuel de personnes traitées pour le VHC aux USA, le traitement ne préviendra que 14% des décès dus au VHC entre 2002 et 2030¹⁰⁴. La population des UDI bénéficie plus rarement d'un traitement contre le VHC que les autres patients. En effet, cette population est plus difficile à atteindre, et fait face à des obstacles dans l'accès aux soins. Les différentes barrières évoquées dans la littérature ont été regroupées dans le Tableau 11. Les solutions et les propositions pour faire face à ces obstacles, ainsi que les facteurs favorisants, sont regroupés dans le Tableau 12.

Tableau 11 Barrières pour les UDI

Barrières	
Screening	
UDI	<ul style="list-style-type: none"> • Infection inoffensive^{104, 105} • Absence de symptômes^{104, 105} • Angoisse des tests invasifs¹⁰⁴ • Prélèvement : peur de l'accès veineux difficile⁹⁰ • Peur de savoir son status /Déni¹⁰⁶ • Risque d'être infecté perçu comme bas¹⁰⁶ • Mauvaise expérience préalable avec un service de santé¹⁰⁶ • Sentiment de stigmatisation (à cause de l'injection de drogues ou de l'hépatite C)¹⁰⁶ • Lieux où se tester peu connus¹⁰⁵ • Suite de la prise en charge incertaine (inéligibilité au traitement)¹⁰⁵
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des facteurs de risque¹⁰⁴ • Réticence à aborder les questions liées à la prise de substances (généralistes)¹⁰⁴ • Manque de prise en charge médicale « somatique » (centres de TSO)¹⁰⁴
Bilan	
UDI	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de la biopsie^{104, 105}
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan complet pas effectué si les tests hépatiques sont normaux (alors que cela n'exclut pas la progression de la maladie)¹⁰⁴
Traitement	
UDI	<p>Traitement en lui-même</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peur des effets secondaires (relayée par les pairs (peer)): fatigue, nausée, dépression^{104, 107, 96, 105} • Chances de RVS faibles¹⁰⁷ (alors que variable selon génotype, nouveaux traitements) • Rapport bénéfice/risque perçu comme défavorable¹⁰⁷ (p.ex. chance de RVS / effets secondaires) <p>Connaissances / littérature</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance de la maladie /peu d'informations reçues^{107, 104} • Peu d'informations reçues sur le déroulement du traitement¹⁰⁷ • Peu d'information médicale (jugée nécessaire à la prise de décision : charge virale, fibrose) à disposition de l'UDI¹⁰⁷ • Le traitement ne doit être débuté que si les symptômes de la maladie se développent¹⁰⁷ • Le traitement doit être débuté uniquement si leur condition se détériore¹⁰⁷ <p>Relations avec le personnel de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitude insensible¹⁰⁷ • Stigmatisation quand injection de drogues¹⁰⁷ • Retard du médecin le jour du rendez-vous.¹⁰⁷ • Informations contradictoires entre les professionnels¹⁰⁷ • Manque d'encouragement au traitement¹⁰⁷ <p>Système de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restrictions de prescription des trithérapies aux spécialistes¹⁰⁸ • Longue durée d'attente pour voir un gastro-entérologue¹⁰⁷ • Système perçu comme inefficace¹⁰⁷ • Cadre (grand hôpital / hôpital universitaire) ne convient pas à ces patients¹⁰⁴ • Manque de ressources financières¹⁰⁴ <p>Autre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépression¹⁰⁴ • Les effets secondaires déstabilisent une situation psycho-sociale souvent précaire⁹⁶
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Peur d'une mauvaise compliance¹⁰⁴ • Peur des co-morbidités (médicales, psychiatriques)^{104, 95} • Peur du risque de réinfection¹⁰⁴ • Injection de drogues active perçue comme une contre-indication absolue⁹⁵

Tableau 12 Facilitateurs et facteurs favorisants

Facilitateurs ou Facteurs favorisants	
Général	
UDI	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts raisonnables des tests et traitements
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Formations sur le VHC ciblant les médecins généralistes et addictologues ¹⁰⁴ • Information aux patients à risque délivrée par des infirmier-ières ¹⁰⁹ • Donner un sentiment de confiance à l'UDI (améliore connaissances, compliance, prises de risque) ^{109, 105} • Augmenter la motivation des UDI : entretiens motivationnels, interventions de pairs (peer) traités pour le VHC ^{109, 104} • Screening systématique de la dépression ^{109, 104}
Screening	
UDI	<ul style="list-style-type: none"> • Tests non-invasifs⁹⁰ • Préoccupation pour sa santé ou celle des autres (proches et communauté) ¹⁰⁶ • Dépistage proposé dans les PES (environnement plus rassurant car connu) ¹⁰⁶ • Dépistage du VHC dans la « routine » (et pas sur demande) ¹⁰⁶ • Dépistage ciblant les baby-boomers (1945-65) (et pas uniquement UDI) ¹⁰⁴ <p>Facteurs favorisant le dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un médecin traitant, vu fréquemment et bonne relation ¹⁰⁶ • Éducation supérieure ¹⁰⁶ • Habiter dans une grande ville ¹⁰⁶ • Antécédent d'overdose ¹⁰⁶
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude non-jugeante ¹⁰⁶
Bilan	
UDI	
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation plus répandue du Fibroscan et diminution des biopsies ¹⁰⁴
Traitement	
UDI	<ul style="list-style-type: none"> • Offre de soins « intégrée » pour les UDI, « sous un même toit », combinant TSO, soutien psycho-social et soins somatiques (équipes multidisciplinaires) ¹⁰⁴
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Guidelines evidence-based pour le traitement du VHC chez les UDI ¹⁰⁴

5.8 Cost-effectiveness

Résumé

Les résultats des études de cost-effectiveness sont très dépendants des variables utilisées dans les modélisations (prévalence du VHC chez les UDI, contextes de prise en charge, % d'UD sous TSO, système de santé). Les différentes unités utilisées pour présenter les résultats (QALY, LY ; devises différentes, au cours d'années différentes) ne facilitent pas les comparaisons. Pour ces différentes raisons, il est difficile de tirer des conclusions des études rassemblées ici.

Limites des études de cost-effectiveness

La perspective dans laquelle se fait l'étude est importante : les coûts et les bénéfices peuvent ne pas être les mêmes du point de vue de la société, du système de santé, de l'assureur (*health care payer*). L'horizon ou la durée sur laquelle est évalué le rapport coût-bénéfice est décisif : il doit être de l'ordre de la durée d'une vie, afin d'incorporer toutes les conséquences en aval. Les coûts englobent, en plus des coûts directs liés aux soins /non-liés aux soins, l'impact sur la productivité (au sens large). Ce point est particulier dans le cas du VHC, car si la maladie a un impact (tardif), il en va de même pour le traitement (sur le moment). L'évaluation de la qualité de vie par les spécialistes (pour le calcul des QALY) est sous-estimée pour la cirrhose/le carcinome hépatocellulaire et surestimée pour la RVS, lorsqu'on la compare à l'avis des patients. Ensuite, il n'est pas certain que les résultats provenant d'un pays puissent être généralisables (différences culturelles, de système de santé). Enfin, puisque ces études se basent sur des modélisations, il y a une incertitude liée au modèle et aux paramètres utilisés¹¹⁰.

Les données retrouvées dans la littérature sur le rapport coût-efficacité des interventions de prévention, dépistage et traitement des UDI sont présentées ci-dessous dans le Tableau 13.

Tableau 13 Cost-effectiveness de la prévention, du dépistage et du traitement du VHC chez les UDI.

Cost-effectiveness					
Article	Type	Population/Setting	Description	Résultat	Limites / note
Prévention					
John-Baptiste ¹¹¹	Revue systématique	UDI actifs	Local d'injection supervisé comparé à aucun local PES comparé à pas de PES	ICER ^{cc} : dominant ^{dd} ICER : 311'463 US\$/infection évitée	Disponibilité du traitement antiviral non considérée
Dépistage					
John-Baptiste ¹¹¹	Revue systématique	UDI actifs Antécédent UDI Prisonniers	À la première visite dans un centre de premier recours ou un centre d'addictologie.	Cost-effective Cost-effective (<100'000 US\$/QALY) 2 études: une cost-effective (43'538 US\$/QALY), l'autre non.	Prévalences de base peut-être différentes dans ces 2 études.
Hahne ¹¹²	Revue systématique	UDI		Cost-effective (ICER : -3'328 à 41'874 €/QALY)	Variabilité : définition UDI (actif, ancien), settings différents.
Cipriano ¹¹³	Étude	UDI entrant en TSO Ville de 2.5 mio hab. (USA) 7% des UDI en TSO	Dépistage VHC en plus du dépistage VIH.	Non cost-effective (ICER dominés ou >100'000 US\$/QALY)	7% des UDI en TSO, alors qu'en Suisse cette proportion est bien plus haute.

^{cc} ICER : Incremental Cost-Effectiveness Ratio : exprime l'augmentation des coûts par rapport à l'incrément des bénéfices d'une intervention.

^{dd} Un ICER est dit "dominant" si les coûts de l'intervention A sont moindres par rapport à B, et que les bénéfices de A sont supérieurs à B. Dans le cas contraire, l'ICER est dit « dominé ».

Cost-effectiveness					
Article	Type	Population/Setting	Description	Résultat	Limites / note
Traitement					
John-Baptiste ¹¹¹	Revue systématique	IDU sous TSO (4 études) UD actifs en TSO		Cost-effective Cost-effective ICER 52'000 US\$/LY	
Spaulding ¹¹⁴	Revue	Prisonniers	Screening universel, pour débuter traitements DAA	Pourrait être cost-effective	Si la continuité des soins est garantie à la sortie de prison.
Martin ¹¹⁵	Etude	Prévalence VHC : 20% Prévalence VHC : 40% Prévalence VHC : 60%	Interventions comparées : - Aucun traitement - Traiter UDI actifs - Traiter anciens UDI	Le plus cost-effective : Traiter UDI actifs : ICER 521 £/QALY Le plus cost-effective : Traiter UDI actifs : ICER 2'539 £/QALY Le plus cost-effective : Traiter anciens UDI : ICER 6'803 £/QALY	Les limitations sont liées au manque d'informations sur les coûts d'un traitement chez des UDI actifs et le taux de RVS dans ce cadre là. ¹¹⁵
Martin ¹¹⁶	Etude	Prévalence 30% UDI Prévalence 45% UDI	But idéal du programme de traitement des UDI : Réduire à la fois les coûts pour le système de santé et les « health utility losses » dus au VHC	Budget annuel : 100'000 £/1'000 UDI sur 10 ans : 23'597 £/infection évitée Abaisse la prévalence à 21% Cost-effective et cost-saving : -346 £/QALY Programme n'est plus cost-saving. Impact moindre sur tous les points présentés plus haut. Cost-effective : 320-1'120 £/QALY	Plus le budget augmente, plus son rapport coût-efficacité s'améliore. Le rapport coût-efficacité s'améliore avec l'augmentation du budget.
EMCDDA ¹¹⁷	Etude	UD (6 mois d'abstinence)	Traitement « immédiat » du VHC comparé à aucun traitement	Cost-effective : ICER : 5'600 US\$/DQALY ^{ee}	
Deuffic-Burban ¹⁰²	Etude	Population générale	DAA+IFN comparé à trithérapie (TVR) Fourchette : Selon fibrose au moment du diagnostic. Attente de combinaisons de DAA sans IFN comparé à traiter avec DAA+IFN	Cost-effective : ICER de 19'500 à 34'900 €/QALY Non-cost-effective : ICER >100'000 €/QALY	Comparaison avec TVR, plus cher que BOC.

^{ee} DQALY : discounted quality-adjusted life expectancy.

5.9 Milieu carcéral

Résumé

Prévalence

- La prévalence du VHC dans la population carcérale est plus élevée que dans la population générale, et dépend de la proportion d'UDI parmi les personnes incarcérées. Les données suisses disponibles montrent une prévalence de 4 - 9.5%.
- En France, la prévalence est de 4.8%, en Italie et en Espagne elle serait plus élevée (38% et 22.7%). Elle serait également de l'ordre d'un tiers des prisonniers aux USA et en Australie.
- La prévalence du VHC est plus élevée dans certaines sous-populations : les UD et UDI, les personnes tatouées, les femmes.
- La prévalence du VHC la plus récente (2007) chez les UD incarcérés en Suisse est de 15.4%.

Information

- Un vade-mecum suisse sur les maladies transmissibles et les addictions en prison est disponible, avec des recommandations pour l'information, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le bilan et le traitement du VHC.

Prévention

- L'accès aux mesures de réduction des risques reste insuffisant en Suisse (30% des détenus ont accès à du matériel stérile, 68% à du matériel de désinfection). En France, l'accès à du matériel de désinfection (eau de Javel) n'a lieu que dans 36% des prisons.

Dépistage

- Le dépistage du VHC est possible dans la grande majorité des prisons de Suisse. Il est souvent proposé aux UDI, mais il est rarement proposé à tous les détenus (systématique). En France, il est proposé de manière systématique dans 89% des prisons.

Traitement

- Le traitement du VHC en prison est possible dans 85% des établissements en Suisse. En France, cette donnée n'est pas disponible, mais 36% des prisonniers VHC+ ayant complété le bilan sont traités.

Guidelines : Milieu carcéral

CH - OFSP¹¹⁸ 2012 Vade-mecum sur les maladies transmissibles et les addictions en prison :
Le chapitre sur l'hépatite C se base sur les recommandations de la SSAM de 2007⁸⁸.

Prévention : Elle est encouragée via des documents écrits (en plusieurs langues), la mise à disposition de matériel de réduction des risques et l'apprentissage de « bonnes pratiques » pour les gestes à risque (injections, tatouages).

Dépistage : Il est recommandé selon les facteurs de risque habituels.

Bilan : Des voies d'accès à la suite des investigations et aux spécialistes doivent être mises en place. Le bilan est recommandé en cas d'hépatite C aiguë, et pour l'hépatite C chronique selon les conditions suivantes : avis du spécialiste, absence de contre-indication et traitement envisageable.

Traitement : Les points importants concernant le traitement sont présentés, et des liens renvoient à des sites spécialisés (SEVHep p.ex.) pour les recommandations en vigueur. De l'information est aussi disponible pour les accidents d'exposition au sang.

Conditions particulières dont il faut tenir compte : n'effectuer le dépistage que quand la durée d'incarcération est suffisante ou que les résultats peuvent être transmis à la personne concernée, débiter le traitement en tenant compte de la durée de l'incarcération et des dispositions légales intervenant à la sortie de prison.

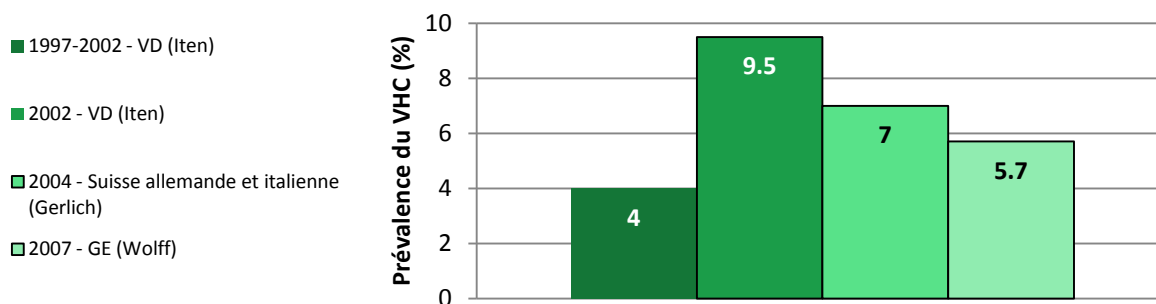
CH – ASSM¹¹⁹ 2013 Le chapitre 5 des directives médico-éthiques sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) traite de l'équivalence des soins et stipule que :

La personne détenue a droit à des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale.

5.9.1 Prévalence

Dans les enquêtes nationales sur les SBS, il ressort qu'environ la moitié des usagers de ces lieux ont été emprisonnés au cours de leur vie. La proportion des usagers ayant été incarcérés dans les 2 ans avant l'enquête est passée de 26% en 2000 à 19% en 2011¹⁵.

La Figure 11 présente les données de prévalence du VHC dans la population carcérale suisse retrouvées dans la littérature. Seule l'étude d'Iten en 2002¹²⁰ dispose de données provenant d'une étude de séroprévalence à proprement parler. Les données de Gerlich sont rapportées, celles de Wolff et Iten (97-02) issues d'une revue de dossiers.

Figure 11 Prévalence du VHC dans la population carcérale suisse, données de la littérature

Dans l'étude de Wolff *et al.*, la prévalence globale du VHC est de 5.7% dans la prison de Champ-Dollon (GE) en 2007. Elle est plus élevée dans certains groupes, tels les utilisateurs de drogue (15.4%, IC95% 12.8-18.0) et les Géorgiens (20.8%)¹²¹. Dans les prisons vaudoises, la séroprévalence du VHC en 2002 était de 9.5%¹²⁰. Les prévalences les plus élevées sont rapportées dans des études ayant eu lieu dans les années 90 : 37.2% dans la prison pour femmes d'Hindelbank (BE) en 1994-5¹²², 29.2% chez des hommes francophones dans la prison de Bois-Mermet (VD) en 1996-7^{120 ff} (Tableau 14).

Tableau 14 Prévalence du VHC en milieu carcéral en Suisse, données de la littérature

Publication	Population : spécificités	Prévalence			
		Cadre	Année	Prévalence (%)	
Wolff ¹²¹	À la sortie de prison	Prison de Champ-Dollon (GE)	2007	5.7	
	UD (héroïne/cocaïne)			15.4	
	non-UD			0.8	
	Géorgiens			20.8	
	Hommes			5.7	
	Femmes			7.4	
Gerlich ¹²³	/	Prisons Suisse-Allemande et Suisse-Italienne	2004	7.0	
Nelles ¹²²	Femmes	Prison pour femmes de Hindelbank (BE)	1994-1995	37.2	
Iten ¹²⁰	Population carcérale VD:	Prisons VD	1997-2002	Totale	4.0
				Consulté médecin	6.0
	Hommes, francophones	Prison préventive de Bois-Mermet	1996-1997	29.2	
	Détenus VD	Prisons VD	2002	9.5	

Prévalence : **Gras** = Sérologie ; Normal = Revue de dossiers ; *Italique* = Rapportée

^{ff} Suivant les populations étudiées, la proportion d'UDI peut varier de façon importante, et influence sûrement la prévalence retrouvée du VHC. Par exemple, en détention avant jugement ou chez les femmes, la proportion d'UD est plus grande.

International

Le Tableau 15 présente différentes prévalences retrouvées dans la littérature sur les prisons d'autres pays (européens et anglo-saxons) : elles se situent entre 2.2% et 78%. Cette grande variabilité provient, entre autres, de la proportion variable d'UDI dans les populations carcérales, du sexe des détenus et de leur âge.

Tableau 15 Prévalence du VHC en milieu carcéral (international), données de la littérature

Pays	Prévalence		%
	Description		
France, 2010 ¹²⁴	Échantillon représentatif de détenus (UDI : 70% des infectés)	Tous (sérologie)	4.8
		Hommes	4.5
		Femmes	11.8
France, 2009 ¹²⁵	Entrée en prison		4.9
Italie, 2011 ¹²⁶	Étude multicentrique		38.0
Espagne, 2011 ¹²⁷	18 prisons		22.7
Europe, 2008 ¹²⁸	Femmes, majorité d'UDI	Barcelone	74.0
		Glasgow	11.0
		Hambourg	65.0
		Irlande	56.0
		Varsovie	35.0
		Vienne 78%	78.0
	9 pays européens	44.0	
Royaume-Uni, 2003 ¹²⁹	Jeunes délinquants (17-20 ans) (19.7% d'UDI, dont 11.4% VHC+)		2.2
Espagne, 2002 ¹³⁰	Centre correctionnel juvénile (âge moyen 15 ans)		4.6
USA, Australie ^{128, 131}			30.0 - 40.0

Une méta-analyse a étudié les corrélations avec l'hépatite C chez les détenus. La prévalence globale n'a pas pu être calculée en raison de l'hétérogénéité entre les études. La prévalence du VHC chez les détenus durant la détention est de 11% supérieure à celle à l'entrée en prison. L'OR d'être séropositif pour le VHC lors d'antécédent d'injection de drogues est de 24 (IC95% 16-38). L'OR lors de tatouage est de 2.5 (IC95% 1.6-3.9), après ajustement pour l'injection de drogues. L'OR chez les femmes par rapport aux hommes est de 1.3 (IC95% 1.1-1.6), après ajustement pour l'injection de drogues (biais possible). L'incidence du VHC varie entre 0.4-18.3/100 personnes-années. Lorsque l'incidence est stratifiée pour les UDI / non-UDI, pour les premiers elle s'étend de 5.5-38.2/100 personnes-années, et pour les seconds de 0-5.9/100 personnes-années¹³².

5.9.2 Information

Suisse

En 2006, Masia *et al.* ont conduit une enquête par questionnaire auprès des institutions carcérales de toute la Suisse. Dans la pratique, pour la prévention, le thème des hépatites (pas de distinction entre les différents types) est souvent abordé, en 2^{ème} place après le VIH. La consommation de drogues en prison affecte 30% des établissements moyennement, et 15% fortement. Les hépatites affectent 85% des institutions ; 35% le sont moyennement, et 2% le sont fortement. Quant à l'information sur les hépatites, elle est absente dans 22% des institutions, ponctuelle/sur demande dans 33% et systématique dans 44% (pour le VIH : 12%, 28% et 59% respectivement). L'information sur les hépatites passe par une brochure (80%), par une discussion personnelle (53%) et par des présentations/films (17%). Pour la réduction des risques, ces proportions sont respectivement de 80%, 68% et 0%¹³³.

France

En France, l'information sur la réduction des risques et les hépatites virales est mise à disposition dans 86% des établissements à l'entrée et dans 90% durant la détention. Les actions d'information ont lieu dans 77% des prisons¹²⁴.

5.9.3 Prévention et réduction des risques

Dans l'enquête sur les SBS en Suisse, le pourcentage d'utilisateurs s'étant injecté de la drogue en prison a diminué de 28% (2000) à 12% (2011). L'utilisation de matériel usagé (durant l'incarcération) a chuté de 31% à 11% entre 2000 et 2006, et reste stable à 11% en 2011¹⁵.

Environ 60% des institutions suisses allemandes et italiennes mettent à disposition des explications sur les moyens de prévention (2004). 50% des établissements fournissent des préservatifs, 38% mettent à disposition des moyens de désinfection d'aiguilles/seringues et 21% donnent accès à du matériel stérile pour des injections. Globalement, 31% de toute la population de détenus des prisons interrogées a accès à du matériel stérile pour des injections, 68% à des moyens de désinfection d'aiguilles/seringues, et 85% à des préservatifs. Par rapport aux comportements à risque, 2/3 des institutions déclarent qu'il n'y a jamais de partage de matériel d'injection dans leurs murs, et 1/3 qu'il n'y a jamais de rapports sexuels non protégés¹³⁴. La vaccination contre l'hépatite A et B est disponible dans respectivement 77% et 80% des prisons¹³⁴.

L'étude de Masia *et al.* montre que le TSO est disponible dans 70% des institutions de Suisse (exceptions : mesures d'exécution des peines : jamais, et détention avant expulsion : rarement). L'accès aux moyens de désinfection (16%) ou à un PES (13%) est moins répandu, et limité aux grandes structures (>90 places). Des différences régionales sont visibles : l'accès à la méthadone est plus élevé dans les établissements de l'est de la Suisse que dans ceux du nord-ouest et du centre (79% contre 58%), mais la situation est inverse en ce qui concerne les PES (9% contre 17% respectivement)¹³³.

Les opinions des directions des institutions sur les moyens de prévention / prise en charge montrent que 80% d'entre elles considèrent qu'un PES n'est pas approprié pour leur établissement (10% le trouvent très approprié). La mise à disposition de moyens de désinfection du matériel d'injection reçoit des avis similaires. Le dépistage des hépatites est considéré inapproprié dans 30% des institutions, approprié dans 45% et très approprié dans 25%. Les pourcentages concernant leur prise en charge sont identiques. Certaines institutions (principalement à l'est de la Suisse), bien qu'estimant la proportion de toxicomanes comme étant élevée (>30%), ne préconisent pas un PES/mise à disposition de moyens de désinfection¹³³.

France

Une évaluation du risque infectieux a eu lieu dans les prisons françaises par sondage des responsables d'unités sanitaires (66% des prisons, 74% de la population carcérale totale). Les mesures de prévention prévoient la distribution d'eau de Javel⁹⁹ chaque 2 semaines (pour la stérilisation du matériel d'injection) et la mise à disposition de TSO. Pour l'eau de Javel, seulement 22% des sondés estiment que les détenus sont informés de manière claire et compréhensible sur son utilisation, et la distribution n'a lieu que dans 36% des prisons. 9% des prisonniers sont sous TSO. Les pratiques du TSO sont variables : interruption systématique à l'entrée en prison (rare), impossibilité de débiter un TSO (13% des prisons), utilisation de buprénorphine haut dosage ou de méthadone. 83% des établissements proposent une vaccination contre le VHB¹²⁴.

5.9.4 Dépistage

Le screening pour le VHC est disponible dans 39/40 prisons de Suisse allemande et italienne. Les raisons avancées pour ne pas l'effectuer sont : refus du détenu, manque de ressources médicales dans l'institution, absence d'examen médical, couverture insuffisante des coûts ou durée de détention trop courte. La sérologie est effectuée de routine dans une prison, sur demande du détenu dans 63-88% des institutions, et sur requête du médecin de la prison dans 46-61%¹²³.

France

Le dépistage du VHC est proposé systématiquement à l'entrée dans 89% des prisons, et possible au cours de la détention dans 99%. Le résultat négatif du dépistage n'est transmis que dans 65% des cas au détenu¹²⁴.

5.9.5 Traitement

Le traitement de l'hépatite C chronique est effectuable dans 85% des institutions répondantes (Suisse allemande et italienne), quand diagnostiqué par le médecin de la prison. La durée d'incarcération compatible avec un traitement (6-12 mois) est une condition nécessaire à l'initiation de celui-ci dans 3 institutions. Parmi les prisons où le traitement n'est pas possible, 50% organisent un transfert dans une autre structure lorsqu'il est nécessaire. Dans le cas où le

⁹⁹ L'eau de Javel utilisée pour désinfecter les seringues serait efficace contre le VIH-1 (étude écologique)¹³⁵. L'efficacité dans la diminution de la transmission de l'hépatite C est conflictuelle (études cas-témoin rétrospectives)^{136,137,138}.

traitement doit se poursuivre après la libération, 87% des institutions rapportent organiser la poursuite des soins¹²³.

France

Dans l'étude PREVACAR (2010), parmi les détenus chez qui la charge virale a été mesurée, 46.4% (IC95% 27.3-66.5) ont une virémie positive : 40.7% (IC95% 18-68) de ceux-ci ont eu une évaluation de la fibrose hépatique dans les 12 derniers mois, et 36% sont traités¹²⁴.

6

Interviews d'experts nationaux

6 Interviews d'experts nationaux

6.1 Introduction

Le choix des experts nationaux qui ont été interviewés s'est fait après proposition de l'équipe de recherche à l'OFSP et du groupe d'accompagnement. La liste finale ayant été validée lors d'une séance de travail avec le groupe d'accompagnement. Nous avons donc interviewé huit experts nationaux dont les domaines d'expertises couvrent les divers domaines traités lors des entretiens (cf. annexe 11.2.1). Ceux-ci ont été enregistrés après accord des personnes interviewées et des résumés structurés selon les thèmes abordés ont été faits. La grille d'entretien qui était envoyée aux experts par courrier électronique avant les interviews a été développée en français puis traduite en allemand et validée par le groupe d'accompagnement (cf. Annexe 11.2).

Nous présentons ci-dessous la synthèse des interviews par grandes thématiques et chaque thématique contient des suggestions d'améliorations possibles émises par les experts.

6.2 Général

De manière générale les experts rapportent une tendance à la diminution de la prévalence et de l'incidence de l'hépatite C chez les UDI. Selon un expert, les données de prévalence virémique sont extrapolées à partir des données européennes dans la population d'origine caucasienne. On estime donc qu'entre 55% et 85% des personnes infectées deviennent des porteurs chroniques avec une approximation à 70% qui semble être acceptée par tous. Cela donnerait pour la Suisse entre 70 et 80'000 personnes infectées et environ 60'000 porteurs chroniques. Il y a beaucoup de flux migratoires vers la Suisse de personnes provenant de pays à haute endémicité qui amènent des porteurs asymptomatiques. La mortalité liée au VHC est 4 fois supérieure à celle de population générale. Le groupe des UD est la seule population chez laquelle il faudrait considérer une intervention plus agressive du traitement afin de diminuer la transmission.

Les experts estiment que globalement moins de 10% des UDI sont ou ont été en traitement pour une hépatite C. Ils rapportent aussi que le niveau d'information des UDI relatif à l'hépatite C est inégal. Certains UDI ont des bonnes connaissances qu'ils soient ou aient été en traitement et d'autres ont un niveau de connaissance très faible et véhiculent toutes sortes de croyances infondées.

Parmi les problèmes liés à la consommation de drogues illégales, la situation des personnes sans domicile fixe, ainsi que celles sans assurance maladie rend l'ensemble de l'approche de la prise en charge de l'hépatite C particulièrement difficile.

Amélioration proposée :

- L'OFSP devrait développer un programme national hépatite C.

6.3 Information et prévention

Les experts s'accordent à dire que la plus grande partie de l'information et des stratégies de prévention développées au niveau national se fait à travers Infodrog. Celle-ci est jugée comme de très bonne qualité en visant de manière prioritaire les professionnels de terrain, ainsi que les UD. Plusieurs campagnes d'information ont été développées au niveau local/cantonal en plus de celle proposée par Infodrog. Il est difficile de savoir ce qui se fait dans tous les cantons, voire au niveau local. Il manque donc un inventaire national de l'ensemble des initiatives développées au niveau cantonal et/ou local. Celles-ci sont parfois particulièrement novatrices et intéressantes et mériteraient d'être reprises au niveau régional voire national.

En plus, des informations sont aussi développées par l'industrie pharmaceutique, là aussi avec des approches pertinentes et attractives en partie liées aux moyens importants à disposition de celle-ci en lien avec les médicaments développés.

De manière générale, il n'y a eu que peu d'évaluations des campagnes d'informations.

Selon certains experts, il serait nécessaire de développer une campagne d'information/sensibilisation sur le thème de l'hépatite C pour la population générale, afin que le niveau de connaissance de l'hépatite C soit plus élevé et que cette thématique soit plus visible.

Améliorations proposées :

- Faire un inventaire national des diverses campagnes.
- Mieux intégrer les UD, notamment ceux ayant eu un succès thérapeutique de leur hépatite C dans le développement des campagnes d'information et les utiliser comme relais d'information (approche par les pairs).
- Ne pas oublier les UD non injecteurs.
- Renforcer l'information sur l'hépatite C dans les centres de conseils (Beratungstellen).
- Développer au niveau national une campagne hépatite C de type campagne STOP-SIDA pour la population générale.

6.4 Dépistage

Les experts mentionnent qu'à l'heure actuelle le dépistage du VHC fait partie du bilan de santé, notamment dans les centres de traitement offrant des TSO. Cette stratégie se base sur les recommandations de la SSAM et celles mentionnées dans le cadre des TSO. Dans les SBS, la réalisation du dépistage est généralement faite en dehors. Le dépistage est donc confié soit à un centre de traitement soit à un médecin généraliste (le médecin de famille de l'UDI). Cette délégation pose problème, car souvent les UDI n'iront pas faire ce dépistage. Il existe une très grande diversité de pratique selon les lieux et il n'y a pas de consensus clair sur la fréquence du dépistage recommandée. Toutefois, la plupart des structures de traitement effectuent un dépistage en principe 1 fois par an.

Dans certaines SBS, comme à Zurich, des campagnes de dépistage qui utilisent des tests rapides et un fibroscan sont conduites deux fois par an depuis quelques années. Cette approche semble très bien acceptée par les UDI. Une fois que le dépistage a été effectué les UDI sont orientés vers des structures de traitement.

Améliorations proposées pour la prise en charge et le traitement :

- L'utilisation de tests rapides combinés à un fibroscan dans les structures à bas-seuil suivi par une orientation pour la prise en charge devraient être développés car ils sont bien acceptés par les UDI et permettent une sensibilisation sur la thématique de l'hépatite C.
- Pour certains experts, le recours à un dépistage systématique des personnes nées entre 1955 et 1975 selon les recommandations américaines devrait être discuté en Suisse pour déterminer si cette stratégie est pertinente dans le contexte suisse.

6.5 Traitement

En ce qui concerne le traitement de l'hépatite C, les experts mentionnent que des barrières à la mise sous traitement existent autant du côté des patients que des soignants. Pour qu'un traitement soit réalisable, les UDI nécessitent un suivi régulier par un spécialiste en addiction, notamment si la personne en traitement est encore un consommateur actif. Il faut donc des protocoles détaillés de collaboration entre addictologue et hépatologue/infectiologue, ainsi qu'une étroite collaboration. Certains centres ont acquis beaucoup d'expériences de traitement des UDI, comme c'est le cas notamment à Zurich, Bâle, Berne, St-Gall, Tessin, Genève, Lausanne. Cette collaboration s'articule souvent avec les centres des hôpitaux universitaires. Dans les cantons qui ont développé un réseau multidisciplinaire, l'ensemble de la chaîne thérapeutique est plus performante et le nombre de personnes traitées augmente.

Les experts soulignent que la prison est un *setting* qui offre une bonne opportunité d'initier un traitement dans des bonnes conditions en dehors des problèmes liés aux personnes n'ayant pas

d'assurance maladie. Dans ce contexte, la connaissance de la durée du séjour en prison est primordiale.

Avec l'arrivée des nouvelles molécules, de nombreux patients ont été mis en attente. Les futures négociations avec les assurances maladies seront compliquées et on ne sait pas encore quels seront les traitements pris en charge par l'assurance maladie et s'il y aura des restrictions d'accès. Certains experts mettent également en avant le fait que le traitement pourrait agir comme élément principal de prévention (*Treatment as prevention*), avec les risques toutefois inhérents à ce genre d'approche. Les craintes sont celles d'une augmentation des prises de risques et partant du risque également de réinfection par le VHC une fois qu'un traitement a débouché sur un succès thérapeutique.

Améliorations proposées pour la prise en charge et le traitement :

- Il faudrait développer et renforcer le réseau multidisciplinaire, avec notamment des réunions de réseau sur le même type que ce qui est fait à Bâle et à Zurich.
- Pour les cas simples, un transfert du traitement vers les médecins généralistes formés devrait être renforcé.
- Dans le contexte actuel du problème de la relève médicale, il faudrait renforcer le rôle des infirmières spécialisées (*Advanced Practice Nurse*). Celles-ci devraient s'occuper de l'éducation thérapeutique, du suivi, etc.
- En principe, les effets secondaires qui limitent souvent l'entrée en traitement des UDI devraient être moindres avec les nouvelles molécules. Bien que cela semble peu réaliste au vu de la mise sur le marché prochaine des nouvelles molécules, il faudrait pouvoir réduire les coûts du traitement.

6.6 Formation

Au niveau national de nombreuses formations sont organisées par Infodrog à plusieurs niveaux. Par contre celles-ci n'ont pas été réalisées au niveau des médecins installés. De plus, de nombreuses formations sont proposées au niveau cantonal ou local. Toutefois, ce sont principalement les personnes déjà convaincues ou engagées qui participent à ces formations. Il semble que l'intérêt de participer à ces formations est limité du côté des médecins généralistes, dont le niveau de connaissance est décrit par les experts comme étant assez faible.

Amélioration proposée pour la formation :

- Réaliser un inventaire national des formations hépatite C en Suisse.

7

Études de cas cantonales

7 Études de cas cantonales

7.1 Kanton Zürich

7.1.1 Einleitung

Der Kanton Zürich zählt rund 1.4 Millionen Einwohner, wobei ca. 400'000 in der Stadt Zürich leben. Aufgrund von Schätzungen aus dem Jahr 2010 wird davon ausgegangen, dass 5'200 Personen mit einer Opioid-Abhängigkeit im Kanton Zürich leben¹³⁹. Davon waren rund 2'860 in Methadon- oder Subutexsubstitution und 465 in heroingestützter Behandlung (HeGeBe). Nur sehr wenige Personen befinden sich in einer abstinenzorientierten Therapie. Die Behandlungspolitik von Opioidabhängigen im Kanton Zürich lässt sich durch Substitution, medizinische Versorgung und – im Einzelfall – Integration beschreiben. Im Unterschied zur nationalen Ebene haben die Hepatitis C-Diagnosen in den Städten Zürich und Winterthur zwischen 2001 und 2010 nicht merklich abgenommen. Mehr als die Hälfte der in der Schweiz gemeldeten Fälle zwischen 2003 und 2007 sind auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen¹⁴⁰. Eine kantonale Strategie für die Hepatitis C Behandlung existiert nicht, wobei eine Reihe an Massnahmen die Testung und Therapie von Hepatitis C in den letzten Jahren verbessert haben. In vielen Belangen hat der Kanton Zürich eine Vorbildfunktion für andere Kantone.

Für diese Studie wurden im Kanton Zürich sowohl Einzelinterviews und eine Fokusgruppe durchgeführt. Ergänzend zu den Einzelinterviews und der Fokusgruppe wurden zwei Hepatitis C positive Patienten aus einem niederschweligen ambulanten Angebot interviewt. Einer berichtete von sich von einer Hepatitis C / HIV Ko-infektion.

Die Teilnahmebereitschaft und das Interesse an der Studie stellten sich als hoch heraus und alle in die Studie involvierten Personen waren dem Thema gegenüber aufgeschlossen. Grundstimmung war: man hat nichts zu verbergen und kann von der Studie letztlich nur profitieren. Zudem führte Dr. Carlos Nordt von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich bereitwillig Sekundäranalysen aus dem kantonalen Methadonregister zur Hepatitis C Situation durch.

Im Vorfeld der Fokusgruppe wurde der Leiter einen Kontakt und Anlaufstelle (K&A), ein leitender Sozialarbeiter der Jugendberatung, ein Infektiologe vom Universitätsspital, eine Pflegefachfrau Somatik aus einem kantonalen Methadonabgabezentrum, ein Psychiater und HeGeBe Arzt sowie ein somatischer Arzt interviewt. Bei der Fokusgruppe selbst nahmen ein Infektiologe des Universitätsspitals teil, ein Facharzt für Psychiatrie und Somatik aus der HeGeBe, ein Somatiker eines grossen kantonalen Methadonabgabezentrums, der Leiter einer K&A, welcher gleichzeitig beim Fachverband Sucht für die interne Fachgruppe Medizin verantwortlich ist, der Leiter einer grossen K&A der Stadt Zürich, der gleichzeitig Leiter eines stationären Suchtbehandlungszentrums ist, ein leitender Sozialarbeiter der Jugendberatung Streetwork, ein Arzt mit Privatpraxis, der Mitglied des HIV-pract Netzwerkes Zürich ist und sich auf die Behandlung von MSM und homosexuelle Männer spezialisiert hat sowie ein Gastroenterologe einer Privatklinik, der zudem

das Hepnet Zürich vertrat. Eine Liste der Personen, welche an den Einzelinterviews und der Fokusgruppe teilnahmen befindet sich im Anhang 2, 11.2.3 dieses Berichts.

7.1.2 Prävention

Die niederschweligen Suchthilfeinstitutionen versuchen durch Auflegen von Informationsmaterialien mit safer-use-Regeln präventiv zu wirken. Beim direkten Nachfragen bei den interviewten Patienten können sich diese aber nicht an Informationsmaterialien erinnern und zeigen teilweise noch Unsicherheiten zu Hepatitis C Fakten. Beispielsweise war sich ein Patient unsicher, ob Hepatitis C nicht auch durch verunreinigtes Essen übertragbar sei. Beide befragten Patienten gaben an, HIV als stigmatisierender als Hepatitis C zu erleben. Was schwerwiegender sei, hinge davon ab, wie fortgeschritten die Krankheit sei, ob man also Beschwerden habe. Gemäss einem Befragten, sei Hepatitis C viel ansteckender als HIV.

In der eher für Partygänger spezialisierten Jugendberatung Streetwork werden nebst Informationsflyer zu Hepatitis C zudem Post-it zur Verfügung gestellt, welche zum Drogenschnupfen verwendet werden können und Informationen zu "safer sniffing" enthalten. Nach Ansicht der Institutionen mangelt es derweil an evidenzbasierter Information zur Hepatitis C Transmission.

In K&As werden regelmässig Hepatitis-Aktionswochen durchgeführt, in welchen auf interaktive Art und Weise Informationen zu Hepatitis C vermittelt werden. Als weiterer präventiver Ansatz werden in den niederschweligen Institutionen Spritzen eingetauscht und sogenannte Flashboxes (Box mit Spritze, Nadel, Desinfektionstupfer etc.) verkauft. Letztere sind auch an sieben Automaten in der Stadt Zürich für zwei Franken erhältlich. Gebrauchtes Material wird in Boxen eingesammelt und entsorgt. In der K&A werden die Klient/innen beim intravenösen Konsum überwacht. Schwieriger gestaltet sich in den K&As die Kontrolle des safer use bei nasal Konsumierenden, da diese beim Konsum nicht begleitet werden.

Auch im höher schweligen Bereich finden Präventionsanstrengungen statt. Auf der Entzugsstation der Suchtbehandlung Frankental beispielsweise muss jede/r Patient/in ein Präventionsmodul durchlaufen, in welchem sexuell übertragbare Krankheiten und Hepatitisinfektionen thematisiert werden.

Bei der Fokusgruppe werden bezüglich der Hepatitisprävention die folgenden Problemgruppen erwähnt:

- MSM: Diese Szene ist versteckt und schwer zugänglich.
- Jugendliche: Präventionstage werden als "Ferientage" wahrgenommen, die Information scheint bei den Jugendlichen nicht anzukommen.
- Freizeitdrogenkonsumierende: Sind sich ihres Risikos wenig bewusst.
- Gemischtdrogenkonsumierende: Streetwork versucht, diese im Rahmen des Drug Checking Angebots für die Hepatitis C Testung zu sensibilisieren.
- Konsumierende von gespritztem Amphetamin: dabei handle es sich meist um Personen, die aufgrund gesundheitlicher Probleme sexuelle Leistungsdefizite aufweisen. Vermutlich

finden bei diesen Personen Risikoexpositionen statt, wenn mehrere Personen die Droge aus demselben Behälter aufziehen.

7.1.3 Schulung

In den K&As sowie der HeGeBe werden die Mitarbeitenden, inklusive der Psycholog/innen, im Rahmen von Fachtagungen oder internen Veranstaltungen über Hepatitis C geschult. Ärzt/innen, die nicht auf Hepatitis C spezialisiert sind, die aber eine Risikoklientel behandeln, werden über Schadensminderung im Sinne von Sofortmassnahmen geschult.

Bei der Frage nach der Rolle der Hausärzt/innen herrscht Konsens, dass bei diesen Informations- und Handlungsdefizite bestehen. Viele Ärzt/innen hätten Mühe, mit ihren Patienten (z.B. MSM) über ihr gefährdendes Sexualverhalten zu sprechen. Auf Hepatitis spezialisierte Ärzt/innen versuchen, ihre hausärztlichen Kolleg/innen im Rahmen von Fortbildungen oder anhand von Artikeln in Hausarztzeitschriften für das Thema der Hepatitis C Testung zu sensibilisieren.

7.1.4 Testung

Die anwesenden nicht auf Hepatitis C spezialisierten Ärzte bemühen sich, möglichst alle Klient/innen, welche Risikofaktoren aufweisen zu testen, allen voran diejenigen, welche in den 1970er- oder 80er-Jahren Drogen konsumiert hatten. Ein Arzt berichtet, Blutuntersuchungen im Zusammenhang mit anderen akuten Erkrankungen jeweils als Gelegenheit für eine Hepatitis C Testung zu nutzen. Kantonale Empfehlungen zur Testung existieren keine. Systematische flächendeckende Testungen werden nicht durchgeführt.

Im niederschweligen *Setting* scheint es schwierig zu sein, die Klientel zu einer Testung zu motivieren, weil dafür der Ort gewechselt werden muss. Während den regelmässig durchgeführten Hepatitis C Aktionswochen können im Beisein eines Arztes Speichelproben und allenfalls Mundblutentnahmen durchgeführt werden. Den interviewten Patienten waren vornehmlich Blutabnahmen zur Hepatitis C Testung bekannt. Vereinzelt werden an K&As auch Leberscans mit Fibroscan vor Ort durch externe Personen durchgeführt, jedoch nicht in regelmässigen Abständen.

Während des Präventionsmoduls in der Entzugsstation der Suchtbehandlung Frankental realisieren manche Patient/innen, dass sie einer Risikosituation ausgesetzt waren und unterziehen sich in der Folge einer externen Testung.

In der Substitutionsbehandlung wird die Testung von Hepatitis C zum Teil unterschiedlich gewichtet. Zwar wird bei Behandlungseintritt je nach Berufsrichtung der fallführenden Person früher oder später nach Expositionsrisiken und einer bisherigen Testung gefragt bzw. diese dann in die Wege geleitet, eine im Aufnahme-procedure festgelegte systematische Testung liegt aber nicht vor. Regelmässige flächendeckende Testungen finden in den Substitutionsbehandlungen nicht statt.

In der HeGeBe ist der Ablauf ähnlich, wobei dort offenbar rascher die Themen Expositionsrisiken und eine allfällige Testung gemäss den nationalen Behandlungsempfehlungen angegangen

werden. Getestet wird vorwiegend vor Ort. Teilweise werden zudem auch Fibroscans vor Ort durchgeführt.

Ob in Zürcher Gefängnissen Hepatitis C Testungen stattfinden und wenn ja in welchem *Setting* konnte nicht vollständig geklärt werden. Es scheinen zumindest keine flächendeckenden Bemühungen stattzufinden. Bei der Fokusgruppe konnten einige Anwesenden einzelne Gefängnisse nennen, von den sie wussten, dass sie Hepatitis C Testungen durchführten.

An der Fokusgruppe wurden zudem die folgenden Problemgruppen im Zusammenhang mit der Testung erwähnt:

- Personen ohne Drogenvorgeschichte, welche keiner Risikogruppe angehören.
- Gut integrierte Klient/innen (z.B. in der HeGeBe), die sich Abklärungen über Hepatitis C verweigern („nichts davon wissen wollen“).
- Schlecht integrierte Klient/innen mit psychischer Komorbidität, die sich der Testung systematisch entziehen.

7.1.5 Behandlung

Eine Fachperson schätze, dass im Kanton Zürich allgemein ungefähr 15 Prozent der Hepatitis C positiven Personen behandelt wurden. Beim interessierenden Klientel mit Drogenproblemen wird der Anteil gemäss einer Dissertation aus dem Jahr 2011 auf rund 2-3 Prozent geschätzt.

In der stationären Langzeitbehandlung werden vereinzelt, aber immer wieder Interferontherapien je nach Dringlichkeit aufgrund der abgeklärten Leberwerte in offenbar guter Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital durchgeführt. In der Methadonbehandlung und der HeGeBe verhält es sich ähnlich, wobei die Interferontherapie teilweise durch somatische Ärzte in der eigenen Institution durchgeführt wird oder dies extern in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital geschieht. Etwas kontrovers werden im Kanton Zürich die Bestimmung von Leberwerten mittels Fibroscan-Tests diskutiert. Zwar besteht weitest gehendst Einigkeit darüber, dass die Möglichkeit der vor Ort Testung gerade in Bereich der K&As spannend sei, um auch diese Personen besser zu erreichen. Von Seite der Gastroenterologen eignen sich Fibroscan-Tests zur Erhebung des Leberzustandes jedoch nicht zur Indikationsstellung, sondern nur für eine Unterscheidung zwischen „krank“ und „nicht krank“, weshalb eine Leberbiopsie nach wie vor unumgänglich sei.

Gegensätzliche Ansichten und Erfahrungen bestehen im Kanton Zürich zur Frage, ob Hepatitis-Behandlungen in niederschweligen Institutionen erfolgen können bzw. erfolgen sollen. An der Fokusgruppe war ein Vertreter einer niederschweligen Institution der Ansicht, dass dies den Patient/innen zugute käme, während ein anderer berichtete, dass seine Institution einmal mit grossen Schwierigkeiten konfrontiert gewesen sei, als ein/e Patient/in während der Behandlung wiederholt hospitalisiert werden musste. Diese gegensätzlichen Einstellungen von Institutionen bezüglich Hepatitis C Behandlungen vor Ort hätten sich auch im Erfahrungsaustausch innerhalb eines einschlägigen Netzwerks bestätigt.

Beiden interviewten Patienten wurde auf das positive Testresultat hin eine Interferon-Therapie angeboten. Dabei habe keiner von beiden dann die Therapie begonnen. Es zeigte sich in den

Patienteninterviews klar, dass beide Patienten so lange sie keine Beschwerden hätten, auch keine Notwendigkeit für eine Interferontherapie sehen. Obwohl beide Patienten angaben andere Patienten zu kennen, die eine Interferontherapie durchgemacht hätten, berichteten sie teilweise irrationale Überzeugungen zu den Nebenwirkungen der Interferontherapie. Von der Interferontherapie seien schon einige gestorben, was gemessen an dem, dass bei vielen die Therapie gar nicht wirken würde, in keinem Verhältnis stünde. Bei geringeren Nebenwirkungen zeigten sich beide Patienten an einer Behandlung interessiert.

7.1.6 Nachsorge

Die Zusammenarbeit zwischen den zuweisenden und behandelnden Ärzten wird sowohl in den Interviews, als auch in der Fokusgruppe als gut wahrgenommen. Allerdings wird es von Ärzt/innen mit HIV-Patient/innen als problematisch empfunden, dass sie die entsprechenden Medikamente nicht selber verschreiben dürfen.

Für die Nachsorge wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Institutionen im Bewegkreis der Klient/innen als notwendig wahrgenommen. In der Praxis scheint diese Behandlungskette gut zu funktionieren.

7.1.7 Ausblick

Im Hinblick auf die Einführung der neuen und deutlich besseren Medikamente werden im Kanton Zürich in den Interviews, in der Fokusgruppe, aber auch von Seite der Patienten Änderungen im Hepatitis C Behandlungssystem erwartet. Gemäss dem Gastroenterologen in der Fokusgruppe könnten auch Infizierte, die keine Leberschädigungen aufweisen, theoretisch mit dieser Therapie behandelt werden. Studien zeigten, dass 90% der Hepatitis C Patient/innen innert 12 Wochen geheilt werden konnten. Die Nebenwirkungen der neuen Medikamente seien geringer als bei den herkömmlichen Medikamenten. In der Fokusgruppe diskutierten die Anwesenden, ob dies zu einem leichtfertigen Umgang mit der Therapie oder auch zu einer erhöhten Wiederansteckungsrate führen könnte. In der Fokusgruppe war man sich einig, dass um solchen Effekten entgegenzuwirken, weiterhin nur diejenigen PatientInnen behandelt werden sollten, welche eine Behandlungsindikation aufgrund des Leberzustandes aufwiesen. Parallel dazu könnte erwogen werden, gewisse Gruppen zur Verhinderung der Transmission auch ohne Behandlungsindikation zu therapieren wie zum Beispiel Sexarbeiter/innen oder Drogenkonsument/innen, die ihre Nadeln mit anderen Konsument/innen teilen würden. Die Gefahr einer Wiederansteckung wurde im Allgemeinen in der Fokusgruppe als niedrig eingeschätzt, obschon bei HIV-koinfizierten MSM eine erhöhte Reinfektionsrate festgestellt wurde. Dieselbe Gruppe wurde gleichzeitig als sehr behandlungswillig beschrieben, da sie ihre Erkrankung nicht weitergeben möchte.

Die Möglichkeit einer Abgabe der neuen Medikamente unter Kontrolle in Apotheken analog zur Tuberkulosebehandlung wurde in der Fokusgruppe kontrovers diskutiert. Ausschlaggebend für diese Idee waren die hohen Behandlungskosten von ca. 120'000 Fr. für drei Monate. Sollte ein solcher Abgabemodus eingeführt werden, würde den Apotheken zukünftig eine wichtige Rolle zukommen. Als bedenklich hinsichtlich eines solchen Abgabemodus wurde angeführt, dass dies

gewissen Kreisen, welche auf eine Vergütung von Krankheitskosten nach dem Verursacherprinzip plädieren, eine Steilvorlage für ihr Anliegen bieten würde.

7.2 Kanton Aargau

Der Kanton Aargau zählt rund 580'000 Einwohner. Aufgrund des kantonalen Methadonregisters wird davon ausgegangen, dass rund 850 Personen im Kanton Aargau einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Opioiden aufweist. Im Suchtmedizinischen Ambulatorium HAG in Brugg, dem vermutlich grössten Behandlungszentrum im Kanton Aargau, sind aktuell rund 150 Personen in Behandlung. Die politische und fachliche Diskussion darüber, ob die ambulante Suchthilfe nicht medizinalisiert und der Psychiatrischen Einrichtungen angegliedert werden sollte, ist im Kanton Aargau gerade erst wieder neu aufgeflammt. In Bezug auf Hepatitis C existiert keine kantonale Strategie.

Da im Kanton Aargau trotz intensiven Bemühungen keine Fokusgruppe zu Stande kam, musste auf Einzelinterviews zurückgegriffen werden. Aufgrund von meist passiven Verweigerungen bei Personen mit Medizinalberufen kamen letztlich lediglich Interviews mit sechs Personen zu Stande (eine detaillierte Personenliste befindet sich im Anhang 2, 11.2.5). Interviewt wurden der Chefarzt für Infektiologie und Spitalhygiene des Kantonsspitals Aarau sowie der Leitende Arzt des Zentrums HAG, das sowohl die Heroingestützte Behandlung wie auch andere Opioid-Substitutionsbehandlungen im Kanton durchführt und der erwachsenenpsychiatrischen Klinik Königsfelden in Brugg angegliedert ist. Weiter konnte ein Hausarzt, der gleichzeitig ärztlicher Leiter einer Entzugsstation ist sowie der Stellenleiter der Suchtberatung Bezirke Aarau & Kulm interviewt werden, der Leiter jener ambulanten Suchtberatung des Kantons, die in Aarau unter anderem ein grösseres Spritzenaustauschprogramm führt. Weiter wurde ein Fachbereichsleiter, der für die Koordination der Hepatitis C Information, Testung und Behandlung einer stationären Langzeittherapieeinrichtung verantwortlich ist, interviewt sowie drei leitende bzw. therapeutische Personen aus unterschiedlichen ambulanten Suchtberatungszentren.

Zudem wurden zwei ehemals drogeninjizierende Patienten an ambulanten Drogenberatungszentren interviewt. Der eine hatte eine Hepatitis C, die mit einer entsprechenden Interferontherapie therapiert wurde, der andere nicht. Der eine Befragte mit Hepatitis C beschrieb diese als deutlich ansteckender als HIV und erlebe beide Krankheiten als stigmatisierend, wobei man aus seiner Sicht unter den Drogenabhängigen mehr über HIV informiert sei, als über Hepatitis C. Der andere Patient gab an, sich nie mit dem Thema HIV oder Hepatitis C auseinandergesetzt zu haben. Elemente der Hepatitis C Prävention kannten beide nicht. Die teilweise irrationalen Befürchtungen bezüglich Nebenwirkungen der Interferontherapie zeigten sich auch bei den beiden Patienten im Kanton Aargau. Als Mittel zum Schutz gegen Hepatitis C erwähnen die Befragten eigenes/sauberes Spritzbesteck und Aspirationsröhrchen, die man nur einmal verwenden solle. Diese Methoden seien aber kein Gesprächsthema, die Drogen stünden im Mittelpunkt unter den Konsumierenden bzw. man könne sich ja im Internet selber informieren. Der Zugang zu sterilem Material im Kanton Aargau sei einfach und billig, wobei die meisten Spritzenautomaten in den grösseren Städten an zentralen Orten seien. Dennoch gingen

die meisten Konsumierenden aus Stigmatisierungsgründen nur nachts solche kaufen. Ob sie gegen Hepatitis A und B geimpft sind, wussten die Befragten nicht.

In den gemachten Fachpersoneninterviews zeichnete sich ab, dass die Mehrheit der Personen in Substitutionsbehandlung im Kanton Aargau sehr wahrscheinlich Praxen von Allgemeinmediziner*innen angegliedert sind und dort bzw. in nahegelegenen Apotheken ihr Substitutionsmittel erhalten. Eine kleine Zahl befindet sich in vorwiegend abstinenzorientierten Langzeittherapien, in Entzugsbehandlung in einer der beiden Entzugskliniken oder in der Heroingestützten Behandlung. Die Letztere hat aktuell 25 Personen in Behandlung. Die Abgabe von Spritzen erfolgt hauptsächlich mittels Spritzenautomaten in Aarau, Brugg und Baden. Direkte Abgabe von Spritzen durch medizinisches Personal ist mit Ausnahme der HAG in Brugg und dem Austauschprogramm in der ambulanten Suchthilfe ags in Aarau selten der Fall. In der ags befinden sich immer weniger Personen in Beratung, die sich in Opioid-Substitutionsbehandlung befinden. Bis vor kurzem sahen sich sehr wahrscheinlich das Gros der Personen in Substitutionsbehandlung, das vorwiegend bei in Bezug auf Hepatitis C mehr schlecht als recht geschulten Hausärzt*innen angegliedert war und eine Testung oder Behandlung wünschten, mit grösseren Problemen konfrontiert. Es erstaunt deshalb nicht, dass einige der Befragten medizinischen Fachpersonen davon ausgehen, dass die Abwanderung von Patienten in Substitutionsbehandlungen ausserhalb des Kantons Aargau mit dem Ziel einer besseren Behandlung wie sie gerade für eine Hepatitis C Therapie vorausgesetzt wird, keine Seltenheit sei. Vereinzelt wird von erfolgreichen Hepatitis C Therapien bei Klientel aus der stationären Langzeittherapie berichtet und die Zusammenarbeit gerade mit den Kantonsspitalern gelobt. Zur Situation der Hepatitis C Versorgung in den Bezirksgefängnissen und der Justizvollzugsanstalt in Lenzburg konnte keine der interviewten Personen Auskunft geben.

Da in der Vergangenheit nur wenige Behandlungen von Personen in Substitutionsbehandlung im Kanton Aargau durchgeführt worden sind, hat eine interdisziplinäre Studiengruppe unter Federführung vom Chefarzt der Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene am Kantonsspital Aargau, die Studie Management von Hepatitis C bei Drogensubstitutionspatienten Anfangs 2013 ins Leben gerufen, die hauptsächlich durch das Kantonsspital Aargau finanziert wird. Erstes Ziel der Studie ist eine Standortbestimmung der Hepatitis C Behandlung bei Patienten in Substitutionsbehandlung, da klar eine Unterversorgung in Bezug auf Testing und Therapie bei Personen in Substitutionsbehandlung bestünde. Weiter soll der Behandlungszugang dieser Patienten im Kanton Aargau verbessert werden, da dieser nur schlecht funktioniere. Hausärzt*innen erhalten im Rahmen der Studie mittels mitgeschickten Schnelltests die Möglichkeit den Hepatitis C Status bei ihren Patienten zu erfassen und falls nötig, diese in eines der Kantonsspitäler zur genaueren Untersuchung weiter zu leiten. Zudem bestehe die Möglichkeit, dass in Praxen mit einer grösseren Anzahl an Patienten in Substitutionsbehandlung vor Ort auch Fibroscans durchgeführt werden. Anschliessend werden für die verschiedenen Genotypen die gegenwärtigen Behandlungen möglichst im Rahmen der Substitutionsmittelabgabe als DOT (directly observed therapy) favorisiert. Die interessierten Hausärzt*innen erhalten zudem die Möglichkeit einer telefonischen Beratung während der Behandlung ihrer Patienten während der HCV-Therapie. Bedauerlicherweise gestalte sich die Rekrutierung von Patienten über die Hausärzt*innen trotz dieser sehr positiven Absichten und intensiven Bemühungen schwierig und die Studie schreite gemäss dem Studienleiter nur sehr langsam voran.

Über die sich in Entwicklung befindlichen grundlegend neuen und besseren Medikamente in der Hepatitis C Therapie wussten lediglich die interviewten ärztlichen Fachpersonen Bescheid. Diese erhoffen sich dadurch, dass sich die gegenwärtige Behandlungssituation insgesamt im Kanton Aargau verbessern würde. Ein eigentlicher Behandlungsboom wird aufgrund der oben beschriebenen Hausärztesituation nicht erwartet.

7.3 Canton de Vaud

7.3.1 Introduction

Le canton de Vaud compte 743'000 habitants. Le nombre d'UD en TSO par la méthadone ou la buprénorphine est de 2'329 en 2011¹⁴¹. Si on considère que 70% des patients sont en TSO, cela donnerait une estimation d'environ 3'300-3'400 usagers ou ex-usagers d'héroïne car la plupart ont injecté des drogues dans leur vie. Les injecteurs de cocaïne ont en général injecté d'abord de l'héroïne et sont inclus dans cette estimation. En revanche, le nombre de consommateurs de cocaïne non injecteurs n'est pas connu.

Une grande partie des traitements de méthadone sont assurés par les médecins installés en pratique privée. Le Centre Saint-Martin (CSM) à Lausanne suit environ 500 patients. Le canton compte 5 SBS impliquées dans la réduction des risques (remise de matériel d'injection): Le Passage à Lausanne, Entrée de Secours (EdS) à Morges, Zone Bleue à Yverdon, la Fondation Addiction, Action Communautaire, Travail Social (AACTS) à Vevey et Azimut à Bex. Il existe 3 institutions résidentielles accueillant spécifiquement les consommateurs de drogues: La Fondation Bartimée à Grandson, Le Levant à Lausanne et Le Relais à Morges.

Il n'existe pas de stratégie cantonale de lutte contre l'hépatite C, mais la Dresse M. Monnat, médecin cantonale adjointe, ancienne directrice du CSM, est particulièrement engagée et pionnière dans ce domaine pour le canton de Vaud.

Sept entretiens ont été menés dans le canton de Vaud avec des représentants d'institutions en lien avec le domaine de l'hépatite C et des UD (liste en Annexe 11.2.2). Ensuite, un focus group a réuni 9 personnes issues du même type d'institutions (liste en Annexe 11.2.2).

7.3.2 Epidémiologie cantonale du VHC

Les estimations de prévalence du VHC chez les UD dans le canton de Vaud varient selon les sources:

- dans l'enquête nationale auprès des UD dans les SBS en 2011¹⁸, la prévalence rapportée du VHC pour le canton de Vaud est de 36.4% chez les UD interrogés, mais cette proportion inclut les non-injecteurs de drogue chez qui la prévalence est plus basse et qui représentent environ un tiers de l'échantillon. Parmi les personnes VHC+, 8.5% disent avoir été traitées ou être en traitement (13.4 % pour la Suisse),

- prévalence entre 46 et 50% dans la principale structure de traitement ambulatoire (CSM, CHUV),
- estimée à 45% en traitement résidentiel^{hh},
- 34% à Entrée de Secours,
- en prison, les données sur les résultats de laboratoire en 2012 sur 2'500 détenus donnent 9.5% de cas VHC positifs.

Dans la cohorte VIH vaudoise, 30% des patients sont co-infectés VIH/VHC et 95% de ceux-ci sont des UDI.

7.3.3 Information

Dans certaines SBS (Le Passage, Entrée de Secours), la campagne nationale est relayée chaque année depuis 2005. Dans d'autres SBS (AACTS), il existe des informations en plusieurs langues sur le site.

Il y a aussi eu des activités spécifiquement vaudoises mises sur pieds par Rel'ier et d'autres institutions (dès 2012). En 2013, une campagne d'une semaine a été menée dans les diverses institutions travaillant dans le domaine de l'addiction avec mise en place d'outils développés sur mesure par les professionnels, et travail communautaire autour de ces questions: courts films d'information en plusieurs langues, jeu de cartes avec Quiz pour faciliter la discussion avec les usagers en consultation. Ces cartes abordent plusieurs thèmes liés au VHC, notamment les exigences pour le traitement (par rapport à leur consommation de drogue). Elles sont aussi utiles pour la préparation du traitement. Le CSM a mis à disposition des usagers en salle d'attente une borne avec tablette tactile (prêtée par une firme pharmaceutique), qui présentait les nouveaux traitements, les données épidémiologiques en Suisse, et qui a reçu un bon écho.

En prison, il n'y a pas d'information systématique sur le VHC à l'entrée (contrairement au VIH). L'information est individuelle, selon la demande et en fonction des profils à risque: UDI, antécédents de transfusions, nationalité de pays d'endémie, etc. Il existe un souhait de développer du matériel simple avec des images pour expliquer le VHC, sa transmission et ses conséquences, car beaucoup de détenus n'ont pas un niveau de littératie suffisant.

7.3.4 Prévention et réduction des risques

Toutes les SBS du canton mettent à disposition du matériel d'injection et du matériel servant à préparer l'injection. Des pailles pour le sniff sont aussi mises à dispositions dans certains centres. Le canton de Vaud ne compte aucun lieu d'injection et n'a pas de programme de prescription d'héroïne.

^{hh} La Fondation Bartimée

7.3.5 Dépistage

Selon les données vaudoises de l'enquête nationale sur les UD (injecteurs et non injecteurs) dans les SBS en 2011, 80% des UD dans le canton de Vaud ont déjà eu un test VHC dans leur vie et 59% dans les 12 derniers mois¹⁸.

Les pratiques de dépistage varient selon les institutions:

- Dans les **institutions résidentielles** (La Fondation Bartimée et plus récemment le Levant), on a mis en place un dépistage systématique du VHC à l'entrée. A La Fondation Bartimée, tous les résidents ont un bilan de santé lors de leur admission. Le dépistage se fait chez un médecin généraliste avec une grande expérience du suivi des UD et la suite des investigations en cas de diagnostic d'hépatite C se fait par un gastroentérologue (génotypage, ultrason, biopsie). Un bilan psychiatrique est également effectué avant le début de traitement, si une décision de traitement est prise.
- Dans le domaine **ambulatoire spécialisé**, le CSM dépiste régulièrement les usagers depuis longtemps. Depuis 2012, un test salivaire est utilisé. En 2013, le nouveau bilan d'entrée comprend des feuilles de test pré-remplies pour les sérologies (VHB, VHC, VIH). Le dépistage (VHC, VIH) est ensuite proposé 1x/an chez les séronégatifs (injecteurs et non injecteurs). Des difficultés avec les assurances maladies sont apparues pour le remboursement du test salivaire Oraquick®, nécessitant des justifications. Le CSM regrette qu'il n'existe aucun document de l'OFSP préconisant clairement un dépistage annuel chez les UD non injecteurs séronégatifs. Le CSM réfléchit à ouvrir des plages de consultation spécifiques pour le test VHC. L'Unité de traitement des addictions (UTAD) dans le Nord vaudois dépiste aussi les personnes qui commencent un traitement à la méthadone.
- Du côté des **médecins installés en pratique privée**, on a des informations concernant les médecins qui suivent des patients en TSO. Dans le questionnaire qu'ils doivent remplir lors d'une demande d'autorisation de traitement de méthadone, figure la rubrique test VHCⁱⁱ. La proportion de personnes testées pour le VHC a passé de 62 % en 2001 à 81% en 2011. Dans le même laps de temps, la proportion de tests positifs a diminué de 58% en 2001 à 42% en 2011.
Selon les spécialistes de gastro-entérologie, les médecins généralistes (ne suivant pas de traitements de méthadone) ne voient pas assez de personnes à risque par année pour penser au dépistage systématique.
- Dans les **SBS**, la situation varie: certaines proposent systématiquement à leurs clients UD un dépistage fait chez un médecin associé au centre avec répétition annuelle du test chez les négatifs usagers actifs de drogues ou moins souvent selon les risques courus (Entrée de secours), d'autres les encouragent à aller se faire dépister chez leur médecin mais de façon non systématique et parfois les accompagnent au dépistage (Le Passage, Zone Bleue, AACTS). Le Passage a proposé des tests sur place pendant une courte période.

ⁱⁱ Cette rubrique comporte un nombre important de données manquantes (jusqu'à 20% selon les années)

- A la **consultation VIH du CHUV**, le dépistage VHC est fait chaque année chez les HSH et UDI, tous les 2 ans chez les autres. Le dépistage VHC fait partie du bilan des nouveaux cas VIH.
- En **prison**, le dépistage est proposé par le médecin systématiquement lors de la visite d'entrée en cas de : pratiques sexuelles à risque, usage de drogues, antécédents d'opérations lourdes (transfusions), ethnie (Caucase, géorgiens). Un dépistage par les infirmiers qui voient les détenus dans les premières 24 heures n'est pas proposé pour l'instant mais souhaité. A la prison préventive du Bois-Mermet, il y a environ 800 entrées par an. Avec une hypothèse de 6% de prévalence, on devrait avoir 40-50 cas par an. De fait entre 2010 et 2013, 103 patients ont été dépistés avec 15 tests positifs.

Les spécialistes hépatologues du CHUV estiment que la moitié des cas seulement sont dépistés (UD et autres populations). Au vu du peu de partage d'informations sur le dépistage, ils seraient en faveur d'un registre des cas positifs (cela se fait en Belgique), pour éviter les répétitions de test et surtout pour s'assurer d'un suivi.

Chez les UD, il y a assez peu de barrières au dépistage. La peur du diagnostic et le mauvais état des veines peuvent cependant représenter des freins au dépistage.

7.3.6 Bilan et mise en traitement

La seule donnée existante sur la prévalence du traitement du VHC dans le canton de Vaud vient de l'enquête SBS 2011 où 8.5% des UD VHC+ ont rapporté avoir déjà été ou être en traitement pour leur hépatite C (16.3% parmi les UDI).

Dans le canton de Vaud, la phase de bilan et de mise en traitement se passe aussi de façon très diverse avec des niveaux de routinisation différents selon les institutions et les populations concernées. L'institution de référence pour le traitement du VHC est le **service de gastro-entérologie du CHUV** qui prend en charge les cas de VHC mono-infectés (sauf chez les UDI actifs ou en TSO). La structure pionnière dans le traitement du VHC chez les UDI est le CSM. La structure de référence pour les co-infectés VIH/VHC est le service d'infectiologie/VIH (Médecine 2) au CHUV. Les gastro-entérologues installés en pratique privée ont aussi des cas et ont l'occasion de partager leur expérience avec le CHUV lors de colloques hebdomadaires avec possibilité de discuter de cas et d'indication au traitement. Ce réseau fonctionne bien et permet une bonne vue d'ensemble sur la pratique cantonale. Les médecins installés peuvent contacter une infirmière très expérimentée au CHUV qui est une personne de référence pour le VHC, pour des questions relatives aux effets secondaires, à la posologie, etc.

Selon le chef de service, une cinquantaine de patients sont traités actuellement ambulatoirement à la Policlinique Médicale Universitaire (PMU). Depuis 2 ans (et particulièrement en 2013) le nombre de personnes mises sous traitement baisse, en attente des nouveaux traitements. Il y a donc plusieurs centaines de patients en attente (plutôt pas des UD actifs). Tous n'auront pas besoin d'un traitement dès 2014-2015, et pourront être décalés dans le temps. Actuellement les traitements sont mis en route en cas de : (1) cirrhose (pas toujours lorsque bien compensée) ou (2) souhait du patient (avec indication) qui a mis en place une organisation spéciale (professionnelle, privée) pour le traitement. Pour les hépatologues du CHUV l'utilisation active de

drogues (sans garantie de réduction des risques) constitue une contraindication au traitement, qui peut débuter lorsque le patient est stabilisé.

Le CHUV tient un registre des patients vus en hépatologie, principalement pour les patients dont le traitement est repoussé, afin de les rappeler quand un traitement plus simple pourra leur être offert, ou pour définir qui traiter en premier le moment venu. Mais ce registre n'inclut pas les patients du CSM. Il n'existe pas de registre au niveau cantonal.

Dans les institutions **résidentielles** il arrive fréquemment que des traitements du VHC soient entrepris. A La Fondation Bartimée, on considère que le *setting* du résidentiel est très adéquat pour le traitement du VHC (confortable, pas de rupture, grande sécurité aussi en raison du suivi psychiatrique possible, suivi quasi au quotidien par des collaborateurs proches des résidents). Dans cette institution de 50 résidents, 10-12 personnes par an sont traitées avec un protocole de traitement bien suivi, en collaboration avec un gastro-entérologue de la région et un psychiatre. Le Levant a aussi des arrangements avec des gastro-entérologues/hépatologues, mais a moins d'expérience.

Dans la principale **structure ambulatoire, le CSM**: Sur 200 patients VHC+ identifiés, 50% ont un suivi documenté (bilan éventuellement suivi d'un traitement). Entre 2004 et 2012 : 47 patients ont été traités principalement par bithérapie : 3 ont arrêté en cours de route « drop out », 3 traitements ont été interrompus à cause des effets secondaires. Presque 50% de ces patients étaient co-infectés. Parmi les patients ayant terminé le traitement, le taux de RVS est de 85% (similaire aux non-UD). Deux réinfections ont été documentées en 2013. Actuellement seuls 2 patients sous traitement au CSM. On attend l'arrivée des nouvelles molécules. Il existe une collaboration bien rodée avec le service VIH du CHUV si co-infection VIH, et avec l'hépatologie du CHUV pour les génotypes 1 (pour la trithérapie, ceci pour des questions d'assurance maladie et de précautions avec les effets secondaires).

Le CSM a récemment fait l'acquisition d'un fibroscan dans le but d'augmenter les diagnostics et d'augmenter la documentation complète des cas et leur suivi, car une des difficultés pour effectuer le bilan chez les UD (fibroscan, PBF), est qu'ils doivent se rendre à des rendez-vous au CHUV et qu'ils les ratent souvent. Le CSM traite des patients UD en commun avec des médecins généralistes qui les lui envoient et aimeraient devenir un centre de référence pour les médecins généralistes dans le traitement de l'hépatite C chez les UDI. Cela demanderait toutefois des investissements supplémentaires. Les addictologues du CSM ont parfois de la peine à convaincre les non-addictologues de commencer un traitement chez des patients qui ont encore certaines consommations [cannabis, alcool (contrôlée)] et doivent faire la démonstration d'un bon lien thérapeutique, mais la collaboration avec les hépatologues est de bonne qualité.

Pour le traitement d'une personne VHC+ au CSM : 3-4 personnes sont impliquées: référent principal, référent médecin (du CHUV/CSM, ou médecin généraliste externe), infirmier-ère, médecin somaticien. Le traitement est géré par le médecin somaticien, l'infirmier-ère se charge des entretiens motivationnels. Les protocoles de bilan/schéma thérapeutique sont pré-établis. Par rapport aux autres schémas de traitement « classiques » (médecine 2, hépatologie), la surveillance des interactions médicamenteuses (avec des antidépresseurs, des neuroleptiques, la substitution) est plus poussée : un patient « typique » du CSM voit son référent principal (non-

médecin) une fois par semaine. Il rencontre aussi plus fréquemment son médecin somaticien, car il s'agit d'une période où les sollicitations médicales sont plus importantes (effets secondaires à surveiller, résultats d'analyse à discuter,...). Il est donc vu 2x/semaine : 1x pour prise de sang et entretien avec le référent principal, 1x pour injection du traitement et entretien avec le médecin. Selon le CSM, il manque un groupe de parole et/ou une association de patients VHC+, comme il en existe pour le VIH. Cela permettrait d'augmenter le taux de traitement (la mobilisation des patients peut être bénéfique). Une tentative de mise sur pied d'un tel groupe aura lieu en 2014.

Les patients co-infectés VHC/VIH sont traités par la **consultation VIH du CHUV**. On traite toujours d'abord le VIH. On stabilise le patient, et dans un 2ème temps, on introduit un traitement de l'hépatite C avec des molécules sans interaction avec le traitement du VIH. Selon l'estimation du responsable de ce service, seuls 5% des co-infectés seraient traités actuellement.

Dans les **SBS**, à part à EdS, il n'y a pas d'activité particulière pour promouvoir ou faciliter l'entrée en traitement. A EdS, dans le cadre des suivis de traitement méthadone, il est possible d'appuyer l'entrée en traitement ou un traitement en cours. Il y a actuellement un UD en traitement à EdS.

En **prison**, après le dépistage, compléter le bilan s'avère plus compliqué parce qu'une partie des examens (fibroscan, PBF) ont lieu en milieu hospitalier et nécessitent donc des transferts, qui sont très lourds administrativement (justifications) pour les soignants, et le flux est limité par la gendarmerie. Autre problème pour la mise en traitement: un certain nombre de personnes reçoivent un avis d'expulsion et il se pose la question d'initier un traitement qui ne pourra pas être poursuivi par la suite, lors du retour au pays. De fait, aucun traitement n'est initié avant que la durée du traitement soit déterminée et la peine de prison estimée/effective suffisante pour le mener jusqu'au bout. On ne consulte l'hépatologue que lorsqu'on est fixé à ce sujet: le risque de perte de vue après libération est trop grand. Il arrive donc le plus souvent que le dépistage soit fait en préventive avant jugement et le traitement lors de l'exécution de peine. Sinon, la prison est un lieu "idéal" pour traiter : suivi rapproché, détection précoce des effets indésirables, des interactions avec la méthadone, etc. Les expériences faites avec le traitement sont bonnes, pas de problèmes rencontrés (abandon ou suicide). Le fait d'être un UD actif n'est pas une contre-indication (même politique qu'au CSM). En 2012, sur 91 personnes VHC+ détectées en prison, une dizaine de traitements ont débuté. Les coûts sont pris en charge par l'assurance maladie ou le service pénitentiaire lorsque il n'y a plus d'assurance maladie. Pour l'instant, il n'y a jamais eu d'opposition (à propos de la cherté des traitements).

Dans les années à venir, un centre de soins à Orbe en milieu d'exécution de peines est prévu, avec des lits psychiatriques (42) et somatiques (6). Il y a aussi un projet de policlinique, où les consultations des différentes prisons du pôle d'Orbe fusionneraient sur un seul site. Il serait alors peut-être possible d'aller plus loin dans les investigations sur place (consultation hépatologue, fibroscan, etc.). Un groupe de travail est en place.

En conclusion sur le traitement: selon le responsable de l'hépatologie du CHUV, il y a eu une amélioration de la mise sous traitement des UD ces dernières années et le dispositif est de qualité (traitements bien suivis, médecins compétents, pôle de compétence au CHUV). Toutefois, la couverture (toutes populations confondues) serait encore insuffisante, en particulier chez les UD. À l'heure actuelle, le suivi complet par un médecin de premier recours est rare. Se fait en

alternance (1x sur 2) avec le CHUV pour des patients éloignés, et les résultats sont faxés/téléphonés/e-mail (FR, VS, NE). Ce système fonctionne bien. Une visite chez le gastro-entérologue est incontournable aux points décisionnels du traitement, qui sont relativement nombreux (semaine 4, 12, 24) à l'heure actuelle. Il y a beaucoup de médecins qui attendent l'arrivée des nouvelles molécules pour initier des traitements, en particulier chez les UD. Il n'y a pas de réflexion en cours au niveau du canton pour la suite (arrivée des nouvelles molécules).

7.3.7 Barrières

Les principales barrières à l'accès au traitement rapportées dans les interviews sont celles que l'on trouve dans la littérature:

- Crainte (médecins et patients) des effets secondaires, en particulier du peg-IFN chez des patients qui ont souvent des comorbidités psychiatriques.
- Longueur du processus de documentation du stade de l'infection chez les UD avec des rendez-vous manqués.
- Difficulté à trouver "le bon moment" pour commencer un traitement (stabilisation).
- Lourdeur des traitements et mauvaise réponse des génotypes 1 et 4 (avant les antiprotéases).
- Freins d'ordre social: précarité, pauvreté, isolement, SDF, etc.
- Consommation encore active de drogues (ou de méthadone) ou d'alcool.

7.3.8 Formation

Au niveau du CHUV et de la PMU, des informations régulières aux médecins de premier recours sont faites, et font partie des offres de formation continue (informations notamment sur les traitements). Selon les médecins du CHUV, les médecins praticiens sont encore insuffisamment formés au dépistage (populations cibles) et les formations offertes ne touchent que les convaincus. Selon eux, le site de l'OFSP devrait être amélioré.

Au CSM, les professionnels sont formés via les cours offerts par la FORDD.

Dans les SBS, les collaborateurs sont encouragés à suivre les journées Infodrog (EdS) et des colloques sont organisés avec les médecins du CSM (Le Passage).

En prison, les infirmiers de la prison du Bois-Mermet (préventive) ont tous été formés sur une période de 2-3 ans.

7.3.9 Chaîne thérapeutique

Lors du focus group réunissant les divers professionnels de la prise en charge du VHC dans le canton, les éléments suivants sont apparus:

Les campagnes d'information cantonales se sont réellement installées dans les deux dernières années. Elles se font cependant sur période courte et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation formelle, notamment pour tester le niveau d'information des UD. Le CSM fait un effort particulier d'information, en continu (information individuelle des usagers et information collective). Une réflexion supplémentaire sur les outils d'information est jugée nécessaire en prison particulièrement compte tenu du niveau de littératie des détenus.

Le dépistage (ou l'invitation/accompagnement au dépistage) n'est pas encore suffisamment développé ni systématique dans la plupart des SBS. Il est aussi insuffisant chez les UD non-injecteurs. Il est systématique à l'entrée en traitement ambulatoire au CSM à Lausanne (on n'a pas d'indication sur les centres des autres régions) et dans les centres de traitement résidentiel. La pratique de dépistage des médecins qui prennent en charge des traitements de méthadone n'est pas connue. L'association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie et les addictions (AVMCT) pourrait être un bon vecteur de sensibilisation. En prison, le dépistage est offert lors de la consultation médicale d'entrée en fonction du profil de risques (prison préventive) mais un dépistage infirmier, plus précoce, est en réflexion.

Le bilan chez les personnes VHC+ n'est pas toujours fait, c'est un autre point faible de la chaîne thérapeutique. Au CSM, la moitié des personnes VHC+ ont eu un bilan. Dans les autres institutions, cette proportion est certainement très inférieure. Le bilan chez les UD est plus difficile à organiser (rendez-vous manqués, envoi à l'hôpital pour certains examens, peur des biopsies). On rencontre les mêmes problèmes d'organisation en prison.

Pour le traitement, il existe une répartition des tâches de facto dans le canton: Les personnes VHC+ non consommatrices actives de drogues sont prises en charge aux CHUV ou chez les gastro-entérologues installés en pratique privée. En ambulatoire, les UD actifs ou en TSO sont traités au CSM avec des collaborations avec le CHUV pour la prescription des trithérapies. La consultation VIH du CHUV s'occupe des co-infectés. L'infirmière spécialisée au CHUV et les infirmiers formés au CSM et en prison prennent en charge le suivi régulier des patients sous traitement. Dans le secteur résidentiel, les traitements sont organisés avec des spécialistes extérieurs. Il y a très peu de traitements d'UD entrepris par les médecins installés en pratique privée. En prison, les traitements sont assez faciles à organiser une fois que le jugement a été prononcé. Les experts estiment que la couverture en traitement des UD est encore insuffisante et inégalement répartie régionalement. Dans les 2 dernières années, peu de traitements sont entrepris (seulement pour des cas avancés) car on attend la venue des nouvelles thérapies.

7.3.10 Enjeux (nouveaux traitements, etc.)

L'arrivée des nouvelles thérapies représentera un défi: un registre des patients candidats au traitement existe au CHUV et d'autres structures ont des patients en attente. Tous les acteurs du système pensent que les nouveaux traitements seront particulièrement adaptés aux UD (plus

d'IFN, bonne efficacité sur les génotypes 1, durée de traitement raccourcie). Tous se demandent quelle sera la place des médecins de premier recours dans ces traitements, mais il n'y a pas de réflexion organisée au niveau cantonal.

7.4 Canton du Valais

7.4.1 Introduction

Le canton du Valais compte 322'000 habitants. Le nombre d'UD en traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine était de 271 en 2013. Parmi ces personnes, 45 seraient des injecteurs actifs, selon la fondation Addiction Valais. Si on considère que 70% des patients sont en traitement de substitution, cela donnerait une estimation d'environ 430 usagers ou ex-usagers d'héroïne. Les injecteurs de cocaïne ont en général injecté d'abord de l'héroïne et sont inclus dans cette estimation. En revanche, le nombre de consommateurs de cocaïne non injecteurs n'est pas connu.

Une particularité du canton du Valais est l'absence de centres à bas seuil et la gestion décentralisée des traitements de substitution au moyen de contrats de traitement multipartite entre le patient, son médecin traitant, un intervenant d'Addiction Valais et une pharmacie de référence.

Le canton compte 60-70 médecins prescripteurs de méthadone, 18 pharmacies de référence et 5 antennes ambulatoires d'Addiction Valais.

A ces traitements, il faut encore ajouter ceux qui sont réalisés dans les prisons du canton. Il faut enfin noter qu'une proportion non négligeable mais difficilement chiffrable des usagers de drogues valaisans sont des pendulaires qui se déplacent à Lausanne ou à Berne et n'apparaissent pas dans les statistiques cantonales.

La fondation Addiction Valais comporte un dispositif ambulatoire comptant des antennes à Sion, Sierre, Martigny, Monthey et Visp ainsi que trois institutions résidentielles pour la prise en charge des problèmes d'addiction. Deux de celles-ci sont spécialisées dans les problèmes d'alcool. La troisième, le foyer Rives du Rhône, accueille spécifiquement des consommateurs de drogues. Enfin, le Centre d'accueil pour adultes en difficulté (CAAD) accueille des personnes à l'AI ayant un double diagnostic de trouble psychiatrique et d'addiction.

Le Haut Valais ne compte qu'une structure résidentielle qui est plutôt orientée vers les problèmes d'alcool. Lorsqu'un traitement résidentiel est nécessaire pour des personnes de cette région, elles sont orientées vers des structures extracantonales. Il existe une antenne ambulatoire d'Addiction Valais dans le Haut Valais.

En ce qui concerne la politique de santé publique, il n'existe pas de stratégie cantonale de lutte contre l'hépatite C.

Des entretiens et un focus group ont été menés dans le canton du Valais (en Annexe 11.2.4, la liste des personnes interviewées et les participants au focus-groupe).

7.4.2 Epidémiologie cantonale du VHC

Nous n'avons pas trouvé d'études sur la prévalence du VHC dans la population des UD dans le canton du Valais.

Dans le contexte de la prise en charge résidentielle, le foyer Rives du Rhône rapporte une prévalence du VHC d'environ 20% chez ses résidents avec des antécédents d'injection de drogues (ces derniers représentant environ 30% de tous les résidents de l'institution).

Un gastro-entérologue installé interrogé estime qu'environ 50% des hépatites C qu'il suit en consultation proviennent de l'usage de drogues par voie intraveineuse.

7.4.3 Information

Il n'y a pas de politique cantonale d'information des UD sur le VHC.

Les campagnes nationales sur l'hépatite C réalisées par Infodrog ont été relayées dans le canton par Addiction Valais, alors appelée LVT. Ces campagnes n'ont jamais été évaluées et leur impact sur le niveau de connaissance de l'hépatite C n'est pas connu.

Dans le cadre du programme de réduction des risques, les intervenants des cinq antennes ambulatoires d'Addiction Valais donnent aux UD une information sur l'injection à moindre risque. Le sujet de l'hépatite C est alors abordé.

Aux Rives du Rhône, le sujet de l'hépatite C est abordé systématiquement à l'entrée de tout nouveau résident. Une infirmière fait occasionnellement des présentations aux résidents sur le sujet de l'hépatite C.

Chez les médecins généralistes, la pratique est probablement assez variable selon la sensibilité personnelle du médecin à la problématique de l'hépatite C. Chez les médecins peu habitués à la prise en charge d'UDI, la problématique d'addiction peut parfois constituer un « écran de fumée » occultant des besoins d'ordre somatique. Chez les médecins sensibilisés, par contre, l'information est probablement assez bonne. L'instauration d'un traitement de substitution orale à la méthadone est une opportunité d'aborder le sujet de l'hépatite C.

7.4.4 Prévention et réduction des risques

Le canton ne dispose pas de centres à bas seuil ou de salle d'injection, mais des boîtes flash sont distribuées gratuitement dans les 18 pharmacies de référence du canton. Ceci s'inscrit dans un programme cantonal d'échange de matériel d'injection fonctionnant sur le principe du n+2, selon lequel pour n boîtes rapportées, n+2 boîtes peuvent être dispensées. Des boîtes flash sont également disponibles auprès des antennes ambulatoires d'Addiction Valais, non pas selon une approche « seuil bas », mais plutôt « consultation ». Ce programme est cofinancé par le canton et

Addiction Valais. Entre 2'500 et 3'000 boîtes flash sont délivrées gratuitement dans le canton chaque année.

Selon des points de vue rapportés de certains usagers, un obstacle possible à l'utilisation du système serait lié à l'obligation de se rendre dans la même pharmacie pour obtenir de la méthadone et des seringues. Certains usagers préféreraient en effet aller dans une autre pharmacie et payer leur matériel d'injection.

Dans les prisons du canton, il n'y a pas de remise de matériel d'injection. Des traitements de substitutions à la méthadone y sont rarement initiés, mais un traitement en cours peut être poursuivi.

7.4.5 Dépistage

Il n'y a pas de recommandations cantonales concernant le dépistage. Aucune campagne de dépistage n'a encore eu lieu dans le canton.

Addiction Valais utilise de manière routinière un formulaire commun à ses sections résidentielle et ambulatoire lors de l'arrivée de tout nouveau patient. Ce formulaire, appelé Indice de gravité en toxicomanie (IGT), comporte une partie sur la santé dont des questions sur l'hépatite C. Dans le cadre du début d'une prise en charge ambulatoire, la question de l'hépatite C sera donc en principe abordée avec un intervenant entre le premier et le troisième entretien. Comme il ne s'agit pas de structures médicalisées, les tests de dépistage ne peuvent cependant pas être réalisés sur place et nécessitent une consultation médicale externe. Lorsqu'un test de dépistage est jugé nécessaire sur base du profil de risque du patient, plutôt que de conseiller à la personne d'aller voir son médecin traitant, l'intervenant accompagnera le patient dans cette démarche.

Les tests sérologiques sont principalement demandés par les médecins de premier recours et analysés par des laboratoires privés. L'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV) ne dispose pas d'une consultation d'addictologie et le laboratoire de l'ICHV n'effectue que les tests sanguins des patients qui y sont déjà suivis. Bien que les données manquent à ce sujet, les tests salivaires seraient, selon les répondants interrogés, probablement peu utilisés par les médecins traitants.

Lors de l'instauration d'un traitement de substitution au moyen du contrat multipartite, le médecin traitant peut enregistrer la présence d'une hépatite C en cochant une case prévue à cet effet sur le formulaire. Le test n'est cependant pas réalisé systématiquement, il n'y a pas de collecte de données sur les tests négatifs et pas d'exploitation statistique de ces informations au niveau cantonal. Cette case, qui sert essentiellement d'aide-mémoire au médecin traitant, ne se retrouve pas sur les formulaires de renouvellement d'autorisations à compléter tous les six mois pour la prolongation du traitement de substitution.

La réalisation du bilan d'entrée (comprenant parfois un test de dépistage de l'hépatite C) peut être facilitée par l'octroi d'une autorisation provisoire de prescrire de la méthadone pendant un mois.

Si tout contrat multipartite, doit obligatoirement lier un patient, un médecin de premier recours et Addiction Valais, la participation d'une pharmacie est facultative. Certains médecins préfèrent

délivrer la méthadone eux-mêmes, gardant ainsi un meilleur contrôle sur le suivi de leurs patients UDI ou ex-UDI. Le lien de confiance qui se tisse ainsi entre les patients et les assistantes médicales permet au médecin d'être plus vite informé en cas de consommation et de réexposition au VHC.

Aux Rives du Rhône, un dépistage de l'hépatite C est proposé à l'entrée si le profil de risque de la personne le justifie. Des tests sont reproposés ultérieurement en fonction d'éventuelles réexpositions mais ne sont pas répétés systématiquement à intervalles réguliers. Au CAAD, les patients considérés à risque sont informés, préparés et accompagnés afin qu'un test de dépistage puisse être réalisé. Cet accompagnement est particulièrement important du fait qu'il s'agit souvent de patients souffrant de troubles psychiatriques.

Dans les centres de planning familial, tous les patients sont interrogés systématiquement sur d'éventuels antécédents de consommation de drogues. Les personnes considérées à risque d'infection par le VHC sont référées à leur médecin traitant ou à l'ICHV pour la réalisation d'un test de dépistage du VHC.

Selon les répondants interrogés, certains obstacles au dépistage de l'hépatite C peuvent parfois se présenter du côté du patient. Par peur du résultat ou par déni, certaines personnes éviteront de se faire tester. Typiquement, une rechute ou une reprise de la consommation conduit souvent à une rupture du lien avec l'intervenant ou le médecin. Ces rechutes ne seront pas toujours avouées. Une rupture dans le suivi ambulatoire ou une fugue du foyer résidentiel doivent donc faire suspecter un risque de réinfection. Selon le CAAD, cette attitude de déni se présenteraient plus souvent chez les UD souffrant également de troubles psychiatriques, ce qui justifierait de porter une attention particulière à l'accompagnement au dépistage chez ces patients.

Les défis à relever par le canton du Valais sont nombreux. De par la géographie du canton, le dépistage ne peut pas facilement être centralisé. Il doit dès lors s'intégrer dans les structures existantes et requiert la sensibilisation et la mobilisation d'un plus grand nombre d'acteurs. Historiquement, il y a également eu des obstacles culturels qui sont en recul mais dont les conséquences sont encore visibles aujourd'hui : un certain tabou sur la problématique de la drogue, une marginalisation des UDI, et sur le plan politique un manque d'intérêt pour cette population. Ces obstacles expliqueraient en partie la proportion non négligeable des UDI valaisans qui sont pendulaires et se déplacent vers Lausanne et Berne. Enfin, on rapporte une proportion d'UDI ou d'ex-UDI parmi les personnes suivies pour une hépatite C dans le canton entre 50 et 67%. La proportion importante de personnes ne rapportant pas d'antécédents de consommation de drogues parmi les personnes suivies pour une hépatite C et le petit nombre d'UDI connus d'Addiction Valais sont deux éléments qui suggèrent qu'une politique de dépistage plus systématique et plus proactive de l'hépatite C devrait être mise en place dans le canton. Il faudrait mieux atteindre la population UDI active, mais aussi être capables de détecter les cas de personnes avec un passé même lointain de consommation.

7.4.6 Bilan et mise en traitement

Selon les répondants interrogés, les tests positifs de dépistage du VHC réalisés par les médecins de premier recours ne donnent pas systématiquement lieu à un bilan. La notion actuellement dépassée de « porteur inactif » du VHC semblerait avoir encore cours chez certains médecins généralistes (probablement ceux qui sont assez peu exposés aux problèmes d'addiction et ne voient pas de patients dans le cadre de contrats multipartites). Ceci empêcherait l'accès à un bilan et à un suivi pour certaines personnes chez qui une hépatite C est connue. Certaines de ces personnes sont redécouvertes par l'ICHV lors de l'apparition de complications. Il s'agit généralement de personnes ayant un passé relativement lointain de consommation de drogues. Il convient donc de combattre la notion de porteur inactif chez les médecins de premier recours.

Chez les consommateurs récents ou encore actifs, l'initiation d'un traitement de substitution à la méthadone aide à établir un lien relativement stable en ambulatoire avec les patients concernés. Ceci peut être mis à profit pour la réalisation d'un bilan de l'hépatite C.

Dans le canton du Valais, la prise en charge diffère selon que le patient soit mono-infecté par le VHC ou co-infecté par le VHC et le VIH. Les personnes mono-infectées sont prises en charge par les cinq gastro-entérologues installés, tandis que le service des maladies infectieuses de l'ICHV prend en charge les personnes co-infectées. L'offre cantonale s'est récemment enrichie par l'ouverture d'une consultation d'hépatologie à l'ICHV et l'installation d'une hépatologue privée.

Il n'y a pas de fibroscan dans le canton. Les avis des répondants sur la question sont partagés : D'une part, l'utilisation d'un fibroscan permettrait d'éviter un certain nombre de biopsies hépatiques ; d'autre part, l'importance de la notion de fibrose hépatique dans les décisions de traitement risque de diminuer avec l'avènement des nouveaux traitements sans interféron. L'ICHV traite 15 à 20 patients par année. Nous ne disposons pas de données sur le nombre de patients traités par les gastroentérologues installés, mais selon une estimation d'un infectiologue hospitalier, probablement pas plus de 30 par année.

A l'ICHV, une consommation active de drogues par voie intraveineuse est considérée comme une contre-indication au traitement de l'hépatite C, notamment en raison du risque de réinfection. Une autre condition à l'accès au traitement est la stabilisation psycho-sociale du patient. Pour cette raison, les traitements délivrés par l'ICHV s'appuient sur un important travail de réseau.

Un séjour dans une institution résidentielle peut représenter une opportunité pour initier un traitement. Les patients suivis par Addiction Valais en ambulatoire sont en général à un autre moment (plus chaotique) de leur consommation. En 16 ans, il y a eu 3 personnes traitées parmi les résidents du foyer Rives du Rhône.

La perspective de l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements moins lourds fait espérer aux intervenants d'Addiction Valais que l'exigence de stabilisation psychosociale pour pouvoir envisager un traitement pourrait bientôt être remise en question.

Les infectiologues de l'ICHV prennent de plus en plus souvent la décision d'attendre l'arrivée des nouvelles molécules pour initier des traitements, en particulier chez les UD. Cette stratégie

d'attente est acceptée et partagée par les autres intervenants (ambulatoire, résidentiel) et les patients eux-mêmes.

De grandes incertitudes demeurent cependant quant à l'accès à ces nouveaux traitements, en raison de leur coût. En raison du risque financier que cela représenterait pour les assurances, tous les patients ne pourront pas être traités en même temps. Il n'y a cependant pas de réflexion en cours au niveau du canton sur la manière d'organiser et de prioriser l'accès à ces traitements.

7.4.7 Barrières

Dans le contexte actuel d'arrivée imminente sur le marché de nouveaux traitements sans interféron, brefs et mieux tolérés que les traitements actuels, les médecins et leurs patients se trouvent face à un choix difficile : celui d'initier rapidement un traitement nécessaire avec l'arsenal thérapeutique actuel ou d'attendre l'arrivée sur le marché des nouveaux traitements. Mois après mois, la balance penche de plus en plus vers une stratégie de mise en attente.

Les facteurs pouvant influencer ce choix correspondent aux barrières d'accès au traitement décrites dans la littérature:

- Une consommation active est considérée une contre-indication au traitement du VHC pour de nombreux médecins et notamment pour l'ICHV, notamment en raison du risque de réinfection. Un répondant interrogé à ce sujet souligne cependant que l'abstinence n'est plus exigée pour la mise en place d'un traitement et que les campagnes d'information des professionnels pourraient avoir contribué à cette évolution.
- Crainte (médecins et patients) des effets secondaires, en particulier de l'interféron chez des patients qui ont souvent des comorbidités psychiatriques.
- Difficulté à trouver "le bon moment" pour commencer un traitement (stabilisation psycho-sociale). Sur ce point, le passage d'un patient par un traitement résidentiel de son problème d'addiction offre une opportunité de traitement de l'hépatite C et peut justifier de choisir la mise sous traitement à une stratégie de mise en attente.

7.4.8 Formation

Au niveau cantonal : Une première campagne, centrée sur les professionnels, a eu lieu dans les années 90'. Le personnel d'Addiction Valais (anciennement LVT) a alors reçu une formation à l'ICHV. Le service des maladies infectieuses de l'ICHV est également impliqué dans la formation continue des médecins. L'hépatite C est un des sujets abordés.

Medrotox est un réseau de médecins intéressés par les problématiques d'addiction, mais les médecins prescripteurs de méthadone ne sont pas obligés de s'y affilier. Selon les répondants interrogés, les médecins prescripteurs de méthadone sont probablement bien sensibilisés à la problématique de l'hépatite C. Par contre les médecins généralistes ne travaillant pas dans ce cadre sont probablement bien moins sensibilisés. Ceci n'a cependant jamais fait l'objet d'une évaluation.

Depuis 20 ans, Addiction Valais organise tous les trois mois des « forums addiction » ouverts à toutes les personnes intéressées et abordant différents sujets en lien avec les addictions. Il y a 4 ans, le sujet de l'hépatite C y avait été abordé.

Au niveau national : En 2001, l'OFSP a mené une campagne nationale hépatite C dans le but d'améliorer non seulement les connaissances des consommateurs/trices de drogue mais aussi celles des professionnels. Le personnel d'Addiction Valais a alors bénéficié d'une formation. La dernière campagne remonte à 2007-2008 et ciblait autant les usagers de drogues que les professionnels.

Globalement, l'offre en termes de formations sur l'hépatite C est décrite par les répondants comme excellente, mais la participation est malheureusement très insuffisante. Il semblerait que ce soient toujours les mêmes médecins déjà intéressés et sensibilisés qui participent. L'amélioration de la participation des médecins généralistes à des formations sur le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C est considérée par les répondants comme prioritaire.

Selon le responsable de la division Aide et Prévention d'Addiction Valais, une mise à jour des intervenants de la fondation est également indispensable dans le contexte actuel, tant dans l'ambulatoire que dans le résidentiel.

7.4.9 Chaîne thérapeutique

Les principaux problèmes identifiés par les répondants le long de la chaîne thérapeutique sont les suivants :

- Le dépistage
 - Le dépistage n'est pas suffisamment systématique, même chez les UDI actifs. Ce problème concernerait particulièrement les médecins de premiers recours peu habitués au suivi médical des UDI.
 - Certaines personnes infectées sont difficiles à dépister parce qu'elles ne présentent pas ou ne rapportent pas de facteurs de risque. Seraient particulièrement concernés les anciens UD et les personnes infectées par d'autres voies de transmission. Il conviendrait de repenser la stratégie de dépistage basée sur les facteurs de risque actuellement préconisée par l'OFSP.
- Le bilan
 - Un dépistage positif ne donne pas systématiquement lieu à un bilan approfondi de l'hépatite. L'articulation entre le dépistage, réalisé par les médecins de premier recours, et la prise en charge spécialisée, serait un maillon faible de la chaîne. Il convient de lutter contre le concept obsolète de porteur inactif encore en cours chez certains médecins généralistes. En l'absence de service d'addictologie dans le canton, le soutien communautaire offert par Addiction Valais a également un rôle à jouer dans le repêchage d'UD chez qui le suivi aurait été interrompu.

- Certains médecins estiment qu'il n'est pas nécessaire de réaliser le bilan d'une hépatite si un traitement n'est actuellement pas envisageable (par exemple chez un UDI encore actif). Il convient de lutter contre cette idée, afin que des suivis soient instaurés dès que possible chez toutes les personnes infectées. Les incertitudes actuelles par rapport à l'accès aux nouveaux traitements ne doivent pas affecter la politique de dépistage et de mise au point des cas d'hépatite C. Une fois que les patients sont intégrés dans un suivi médical, des décisions thérapeutiques pourront être prises plus tard en fonction des conditions d'accès qui se mettront en place pour ces traitements. Par contre, les patients qui échappent à ce suivi risquent d'être défavorisés plus tard sur le plan de l'accès au traitement. Il y a donc en ce moment une fenêtre d'opportunité pour l'information, le dépistage et le bilan des hépatites C en vue d'organiser l'attente des nouveaux traitements pour les patients ainsi détectés. Ceci a déjà été fait avec succès début 2012, lors de la mise sur le marché de la première génération d'antiviraux à action directe.
- Le traitement
 - Si, dans le contexte actuel, une stratégie d'attente semble le plus souvent justifiée, la mise en place d'un traitement sans délai peut parfois être préférée lorsque des conditions transitoires, telles qu'un emprisonnement ou un séjour dans une structure résidentielle, laissent prévoir une bonne adhérence.
 - Comme pour la réalisation de bilans, le soutien communautaire a un rôle important à jouer dans l'adhérence au traitement.

8

Usagers de drogues

8 Usagers de drogues

8.1 Synthèse des interviews des usagers de drogues

Résumé

- Les connaissances des usagers de drogues sur l'hépatite C sont variables en fonction du mode de consommation de drogues, du fait qu'ils soient en traitement ou pas.
- De manière générale les connaissances liées à l'hépatite C sont partielles et semblent très insuffisantes pour ce qui est du matériel de préparation à l'injection.
- Le sujet de l'hépatite C est peu évoqué parmi les UD.
- La visibilité des campagnes liées à l'hépatite C est faible et le type d'information privilégié par les UD est celle qui est reçue en face à face lors d'entretien en lien avec un bilan de santé.
- La possibilité de pouvoir avoir un dépistage de l'hépatite C par un médecin mobile dans les centres à bas seuil est jugée comme pertinente par les UD.
- La majorité des UD décrivent des effets secondaires très importants du traitement de l'hépatite C en lien avec la prescription d'interféron et ils ont entendu parler des nouveaux traitements qui provoquent moins d'effets secondaires.
- Les craintes et les freins de l'accès au dépistage, au bilan et au traitement sont celles que l'on trouve dans la littérature..

8.2 Introduction

Dans chaque canton qui a fait l'objet d'une étude de cas, nous avons interviewés 2 usagers de drogues (UD), soit 8 usagers de drogues (UD) en tout. Les interviews ont été enregistrées après accord des personnes interviewées et des résumés structurés selon les thèmes abordés ont été faits. La grille d'entretien a été développée en français puis traduite en allemand (cf. Annexe 5, 11.3). Les principales caractéristiques des UD sont présentées dans le Tableau 22 (cf. Annexe 5, 11.3). Sept sur les huit UD sont des hommes, de même 7 sur 8 sont ou ont été des injecteurs de drogues. Ils sont âgés de 28 à 53 ans (âge estimé pour certains) et la majorité suit un traitement de substitution à la méthadone. Ils ont tous eu au moins une fois dans leur vie un test de dépistage pour l'hépatite C et cinq sur huit sont positifs pour l'hépatite C. Parmi ceux-ci deux sont actuellement en traitement pour l'hépatite C.

Nous présentons ci-dessous la synthèse des interviews par grandes thématiques.

8.3 Général

De manière générale les UD disent que l'hépatite C est une maladie du foie qui s'attrape lors de l'injection de drogues s'il y a partage de matériel d'injection ou si l'on ne respecte pas les règles d'hygiène. Certains mentionnent aussi que la transmission peut avoir lieu par voie sexuelle, et une personne parle de transmission par l'eau et par la nourriture contaminée. Un des UD a de très bonne connaissance de l'hépatite C en lien avec sa formation d'infirmier. La personne qui ne s'injecte pas de drogues a de moins bonnes connaissances de l'hépatite C que les injecteurs. Les deux UD en traitement pour l'hépatite C ont de meilleures connaissances sur l'hépatite C que ceux qui ne sont pas en traitement.

La plupart des UD disent que le risque de transmission de l'hépatite C est plus élevé que celui du VIH. Par contre, la majorité estime que l'hépatite C est moins grave que l'infection par le VIH. Certains UD évoquent même une certaine banalisation de l'hépatite C. La majorité estime que le fait d'être infecté par l'hépatite C est moins stigmatisant que l'infection par le VIH.

Les conséquences d'une infection par l'hépatite C que les UD décrivent sont : un teint jaune (maladie du foie), une perte de poids, un manque d'appétit.

La majorité des UD mentionnent que l'on parle peu du sujet de l'hépatite C dans le milieu des UD. Tout au plus, c'est un sujet de conversation avec les personnes proches que ce soit des amis ou l'autre personne d'un couple.

Selon les UD l'hépatite C peut être un sujet de préoccupation en dehors des phases actives de consommation. En effet, durant les phases actives de consommation, la priorité est au produit et les prises de risques peuvent être alors plus importantes que dans des phases de consommation mieux contrôlées.

8.4 Information et prévention

La majorité des UD (cinq sur huit) n'ont pas vu ou entendu parler de campagne sur l'hépatite C. Les UD des cantons de Vaud et Valais mentionnent avoir vu des flyers parlant de l'hépatite C. Une minorité des UD disent que pour que l'information sur l'hépatite C passe bien, il faut que celle-ci soit délivrée en face à face lors d'un entretien avec un professionnel. La majorité signale aussi que lors de consommation importante les informations, quelque soit le sujet de prévention, ne sont pas reçues par les UD. Trois UD sur huit signalent avoir reçu des informations sur les hépatites lors de leur scolarité.

Un des UD pense que plus on est informé par rapport à l'hépatite C, plus on fera attention. Toutefois, il trouve que le niveau d'information général sur l'hépatite C parmi les UD est faible.

8.5 Connaissances réduction des risques

Tous les UD savent qu'il faut utiliser du matériel stérile pour l'injection et des pailles pour le sniff. De même, tous mentionnent qu'il faut utiliser un préservatif lors de relations sexuelles. Par contre, aucun UD n'a parlé du partage de matériel de préparation comme facteur de risque pour la transmission de l'hépatite C.

Tous les UD interviewés disent que l'accès au matériel d'injection est généralement aisé. Une minorité évoque l'accès plus difficile au matériel d'injection de nuit (absence d'automates, pharmacies fermées, prix de la boîte flash). La majorité évoque aussi l'importance de constituer des stocks de matériel d'injection à domicile afin de ne pas se retrouver sans matériel d'injection stérile.

Les UD dans le canton d'Argovie signalent aussi que de moins en moins d'UD s'injectent des drogues et que les prises de risque bien que réduites par l'achat de matériel d'injection en pharmacie peuvent être existantes lors de la consommation de cocktail par injection.

8.6 Dépistage

Tous les UD disent que le test de dépistage se fait par une prise de sang. Un des UD connaît la possibilité de faire un dépistage par un prélèvement salivaire. Le sujet du dépistage n'est pas un sujet de discussion dans la communauté des UD. Deux UD sur huit mentionnent aussi que dans le cadre du dépistage, il faut pratiquer une biopsie du foie. Ce sont les mêmes UD qui disent que les UD sont réticents à se faire tester car ils doivent se rendre chez leur médecin de famille et que l'approche par un médecin qui se déplace dans les structures bas-seuil pour proposer un dépistage est pertinente.

8.7 Bilan

De manière générale les UD ont peu de connaissances sur le bilan nécessaire lorsque l'on a une hépatite C. Pour les deux UD qui ont eu un bilan celui-ci a plutôt été bien vécu. Un des UD qui a eu un bilan rapporte néanmoins que la biopsie hépatique a été très pénible. Les contacts avec les médecins sont jugés comme bons et non stigmatisants. Toutefois, les UD connaissent des personnes de leur entourage qui ont mal vécu et le bilan et le traitement en se sentant jugés et stigmatisés.

Selon les UD c'est plutôt le traitement qui génère des angoisses parmi les UD que l'étape du bilan.

8.8 Traitement

La majorité des UD décrivent des effets secondaires très importants du traitement de l'hépatite C en lien avec la prescription d'interféron. Certains mentionnent qu'ils connaissent des personnes qui sont décédées, selon eux, à cause de l'interféron. Ces effets secondaires sont donc un frein important pour les UD à l'entrée en traitement. S'ils n'ont pas de symptômes ou pas de conséquences de leur hépatite C, ils préfèrent ne pas débiter de traitement. Ils savent aussi que le traitement ne conduit pas toujours à une guérison complète.

La moitié des UD a entendu parler de nouveaux traitements pour l'hépatite C qui provoqueraient moins d'effets secondaires. Toutefois, ils ne connaissent pas de quel type de traitement ou de médicaments il s'agit. Ils pensent néanmoins que si les nouveaux traitements ont effectivement moins d'effets secondaires, que le traitement est plus court et plus efficace, cela devrait encourager les UD qui ont une hépatite C à se faire traiter.

La plupart des UD savent que le traitement est long (entre 6 mois et 12 mois selon eux) et celui-ci est cher et doit être remboursé par l'assurance maladie pour pouvoir être entrepris. Deux UD sur huit estiment que les médecins ont tendance à sous-estimer les effets secondaires du traitement lors des discussions avec les patients en traitement.

9

Enquête Internet

9 Enquête Internet

Introduction et méthodes : Les 308 institutions répertoriées, au moment de l'enquête, comme « spécialisées drogues illégales » dans le registre d'Infodrog ont été invitées à participer à un questionnaire en ligne sur la chaîne de prise en charge du VHC. Les thèmes abordés couvraient les formations sur le VHC suivies par leur personnel ainsi que leurs pratiques dans le domaine de l'information, du dépistage et du traitement du VHC. Les répondants étaient ensuite invités à donner leur opinion concernant les indications d'un test de dépistage du VHC et concernant la suite à donner à un test de dépistage positif.

Résultats : Le taux de participation était de 42%. C'est dans les SBS que les formations spécifiques sur le VHC et l'organisation de campagnes d'information et de prévention ont été le plus souvent rapportées (67%, contre 49% dans l'ambulatoire et 55% dans le résidentiel). Une information personnalisée sur le VHC est offerte dans la plupart des structures, systématiquement ou à la demande des patients/clients. Cependant, seuls 22% des répondants pour le bas seuil rapportent un dépistage systématique annuel, et seules 31% des structures ambulatoires et 51% des structures résidentielles rapportent des politiques de dépistages du VHC. La mise en place de traitements du VHC est rapportée par 57% des répondants pour le résidentiel, 26% de ceux pour l'ambulatoire et 6% de ceux pour le bas seuil. Le nombre total des traitements dispensés au cours des deux dernières années (2012 et 2013), selon les estimations des répondants, était de 209 (respectivement 116 dans l'ambulatoire, 91 dans le résidentiel et 2 dans le bas seuil).

Dans chaque catégorie de structure, les avis des répondants divergent quant aux indications d'un test de dépistage du VHC. Dans le bas seuil, selon 50% des répondants, l'indication est à évaluer au cas par cas, et pour 33% d'entre eux un test de dépistage doit être proposé aux personnes présentant des antécédents d'usage de drogues. Dans l'ambulatoire et le résidentiel, l'indication est restreinte aux personnes ayant des antécédents d'usage de drogues par voie intraveineuse selon 44% et 42% des répondants respectivement.

Par contre les avis étaient convergents quant à la suite à donner à un test de dépistage positif pour le VHC. Pour la plupart des répondants, un patient infecté par le VHC doit être référé à un médecin afin de compléter le bilan et organiser un traitement, si le patient est assez stable, même si la problématique de dépendance persiste.

Conclusion : Les résultats de cette enquête mettent en évidence que l'information sur le VHC et son dépistage ne sont pas suffisamment systématiques dans les structures prenant en charge des UD en Suisse. De plus, les politiques de dépistages restent trop focalisées sur les UDI et ex-UDI, malgré les recommandations de la SSAM d'élargir ce dépistage aux personnes présentant des antécédents de consommation de drogues par voie intranasale.

9.1 Introduction

Nous avons conduit une enquête internet auprès des structures prenant en charge des usagers de drogues illégales en Suisse afin de les interroger sur leurs activités dans le domaine de l'information, de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement du VHC.

9.2 Méthodes

L'enquête s'est déroulée du 18 février au 20 mars. Les 308 institutions alors répertoriées, comme « spécialisées drogues illégales » dans le registre d'Infodrog ont été invitées par email à y participer. Chaque invitation contenait un lien personnalisé vers le questionnaire en ligne. Celui-ci était disponible en français et en allemand. Les personnes n'ayant pas répondu à la première série d'invitations ont reçu un rappel au bout d'une dizaine de jours.

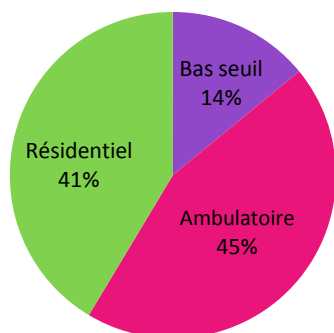
9.3 Résultats

Sur les 308 invitations envoyées, 10 n'ont pas pu être délivrées en raison d'erreurs dans l'adresse e-mail renseignée dans la base de données l'Infodrog. Nous avons enregistré 132 participations dont 4 ont du être éliminées parce qu'elles ne contenaient que la réponse à la première question. Les 128 questionnaires restants (correspondant à un taux de réponse de 42%) ont été analysés.

Parmi structures interrogées, certaines ont utilisé le questionnaire pour répondre au nom de plusieurs autres structures affiliées. Les données sur la taille et le volume d'activité des structures interrogées ne seront donc pas présentées ici. De plus, les résultats présentés n'ont pas pu être pondérés en fonction de la taille des structures concernées.

9.3.1 Institutions

Figure 12 Type de structure.

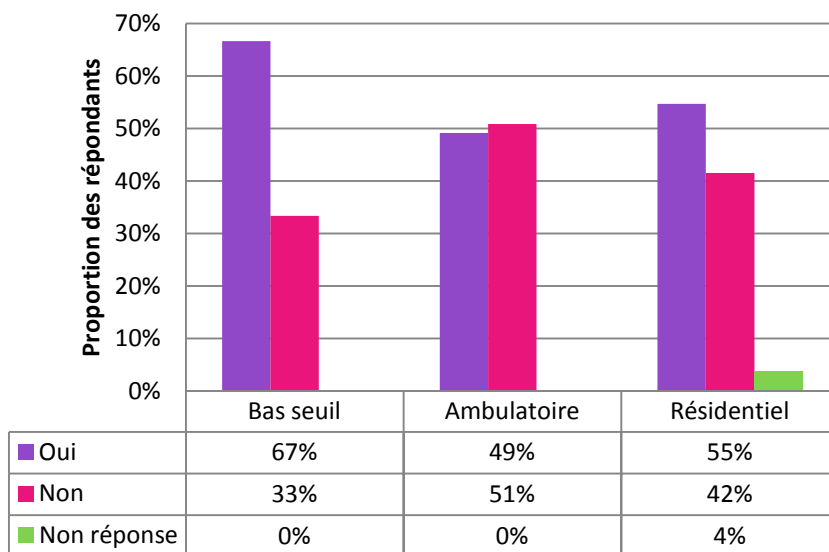


Laquelle des propositions ci-dessous décrit le mieux votre institution?

- Structure à bas seuil d'accès, pour la réduction des risques (échange de matériel d'injection/salle de consommation) ;
- Conseil et traitement ambulatoire ;
- Traitement résidentiel

Sur 128 réponses, 18 concernaient des SBS pour la réduction des risques (échange de matériel d'injection/salle de consommation), 57 concernaient des structures de conseil et traitement ambulatoire et 53 concernaient des structures de traitement résidentiel.

Figure 13 Proportion des répondants rapportant des formations spécifiques sur le VHC, suivies par le personnel de leur structure.



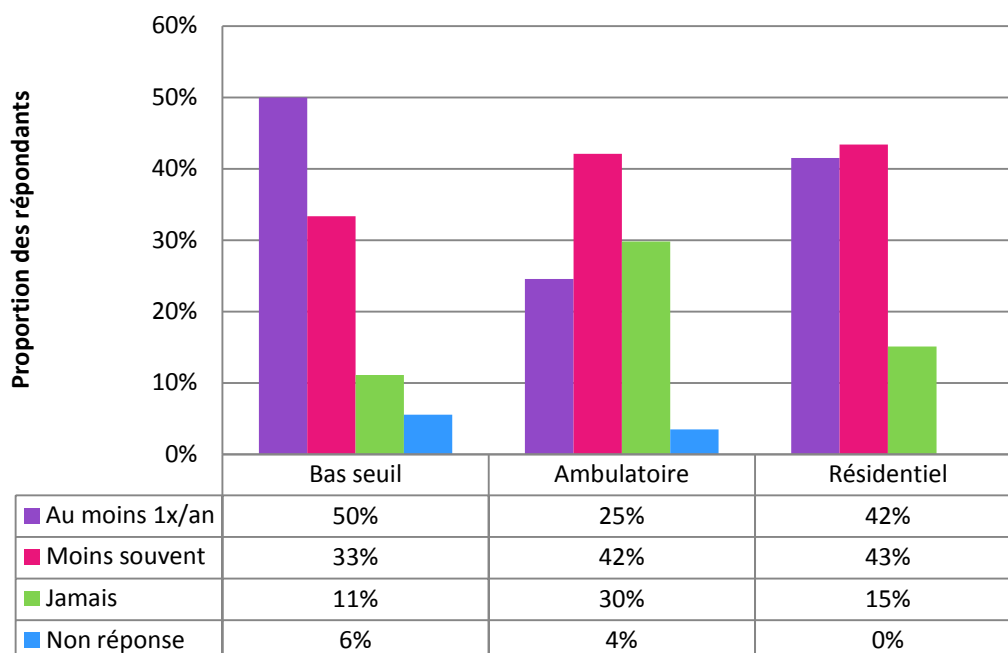
Les employés de votre institution ont-ils reçu des formations spécifiques sur l'hépatite C?

- *Oui ;*
- *Non*

67% des répondants pour le bas seuil, 49% de ceux pour l'ambulatoire et 57% de ceux pour le résidentiel ont déclaré que le personnel de leur structures a bénéficié de formations spécifiques sur le VHC.

9.3.2 Information et prévention

Figure 14 Organisation de campagnes de prévention ou d'information sur le VHC.

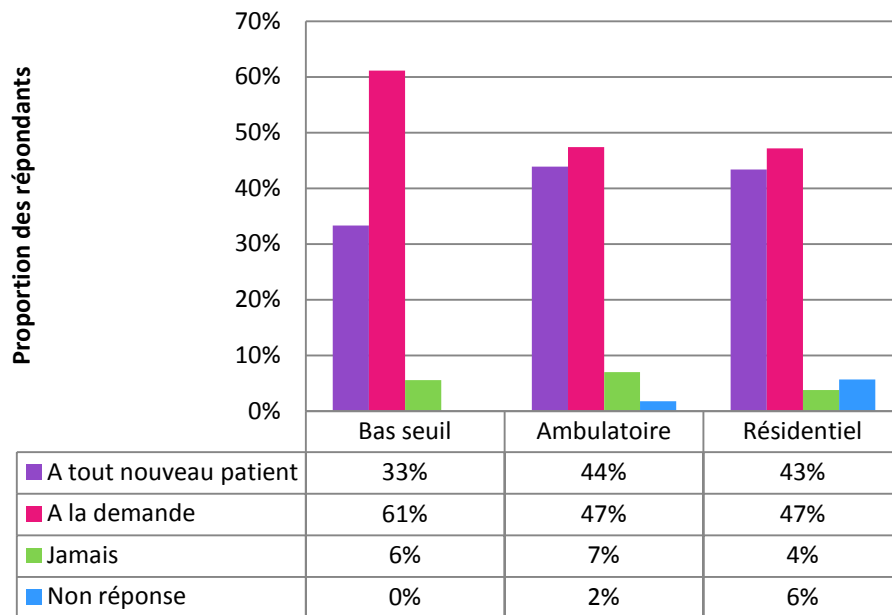


Faites-vous des campagnes de prévention ou d'information sur l'hépatite C auprès de vos clients/patients consommateurs de drogues?

- *Au moins une fois par année ;*
- *Moins systématiquement/moins souvent ;*
- *Jamais*

11% des répondants pour le bas seuil, 30% des répondants pour l'ambulatoire et 15% des répondants pour le résidentiel ont déclaré que leur structure ne menait jamais de campagnes de prévention ou d'information sur le VHC auprès de ses client ou patients UD. Respectivement 50%, 25% et 42% ont déclaré que leur structure menait ce type de campagne au moins une fois par an.

Figure 15 Offre d'information personnelle sur le VHC, en face à face.



Offrez-vous à vos clients/patients consommateurs de drogues une information sur l'hépatite C personnelle en face-à-face ?

- *Systématiquement, à tout nouveau client/patient ;*
- *A la demande de la personne ;*
- *Jamais*

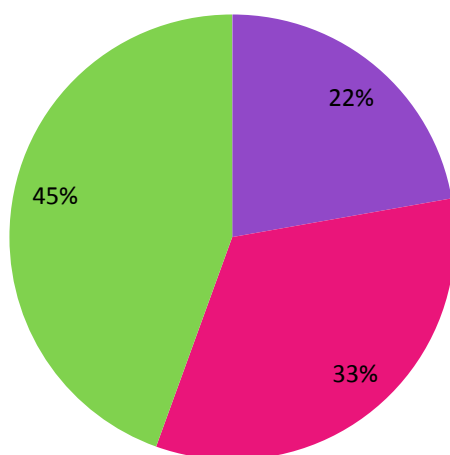
33% des répondants pour le bas seuil, 44% des répondants pour l'ambulatoire et 43% des répondants pour le résidentiel ont déclaré que leur structure offrait à tout nouveau client ou patient UD une information sur le VHC personnelle en face à face. Respectivement 61%, 47% et 47% ont déclaré le faire seulement à la demande. Respectivement 6%, 7% et 4% ont déclaré ne jamais le faire.

9.3.3 Dépistage

La question portant sur le dépistage était présentée sous deux formulations différentes, prenant en compte les spécificités des différents types de structures :

Figure 16 SBS. Organisation de campagnes de dépistage.

■ Au moins 1x/an ■ Moins souvent ■ Jamais



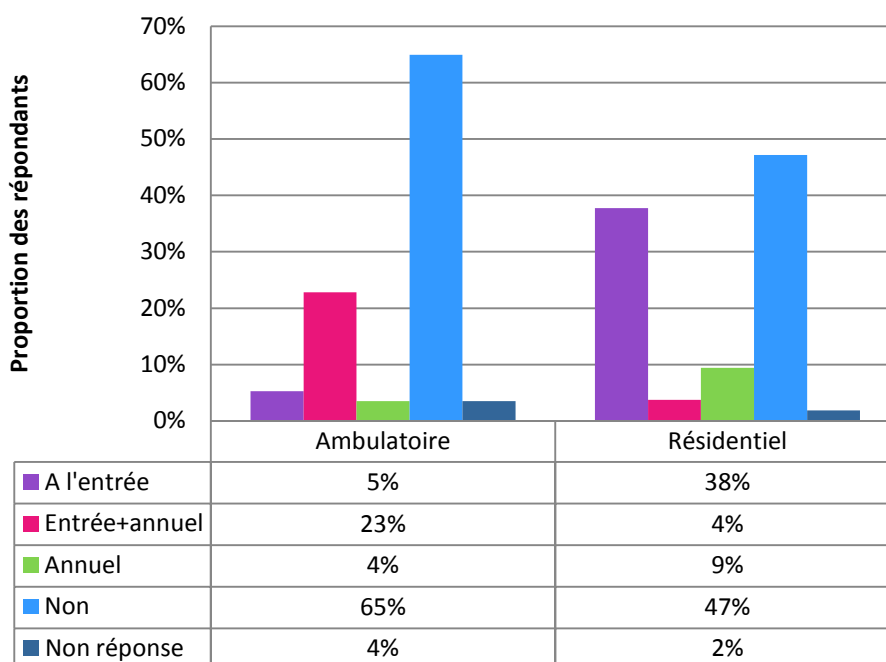
(Formulation A : Aux structures à bas seuil)

Organisez-vous des campagnes de dépistage de l'hépatite C auprès de vos clients/patients consommateurs de drogues?

- *Au moins une fois par année ;*
- *Moins souvent ;*
- *Jamais*

22% des répondants pour les SBS ont déclaré que leur structure organisait au moins une fois par an une campagne de dépistage de ses clients ou patients UD. 45% de ces répondants ont déclaré que leur structure ne le faisait jamais.

Figure 17 Structures ambulatoires et résidentielles. Politique de dépistage du VHC.



(Formulation B : Aux structures de conseil et traitement ambulatoire, ainsi qu'aux structures de traitement résidentiel)

Avez-vous une politique de dépistage systématique de l'hépatite C chez vos clients/patients consommateurs de drogues?

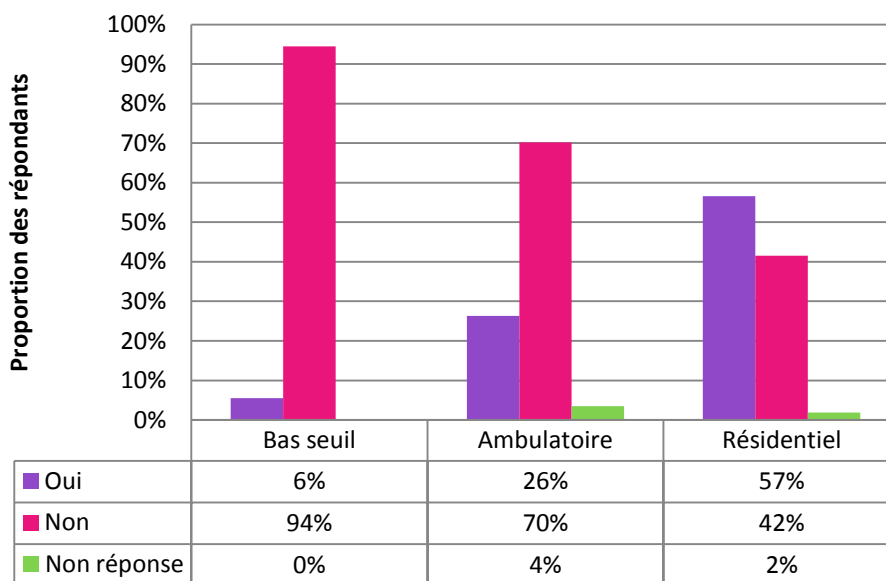
- *Oui, dépistage systématique à l'entrée ;*
- *Oui, dépistage à l'entrée et dépistage proposé chaque année à tous les clients/patients ;*
- *Oui, dépistage proposé chaque année à tous les clients/patients ;*
- *Non*

65% des répondants pour les structures ambulatoires et 47% de ceux pour les structures résidentielles ont déclaré ne pas avoir de politique de dépistage systématique du VHC. Les structures ambulatoires offrant un dépistage systématique le font pour la plupart annuellement, tandis que les structures résidentielles le font principalement lors de l'admission de la personne.

9.3.4 Traitement

Tous les répondants ont été interrogés sur les activités de leur structure dans le domaine du traitement de l'hépatite C :

Figure 18 Mise en place de traitements du VHC.



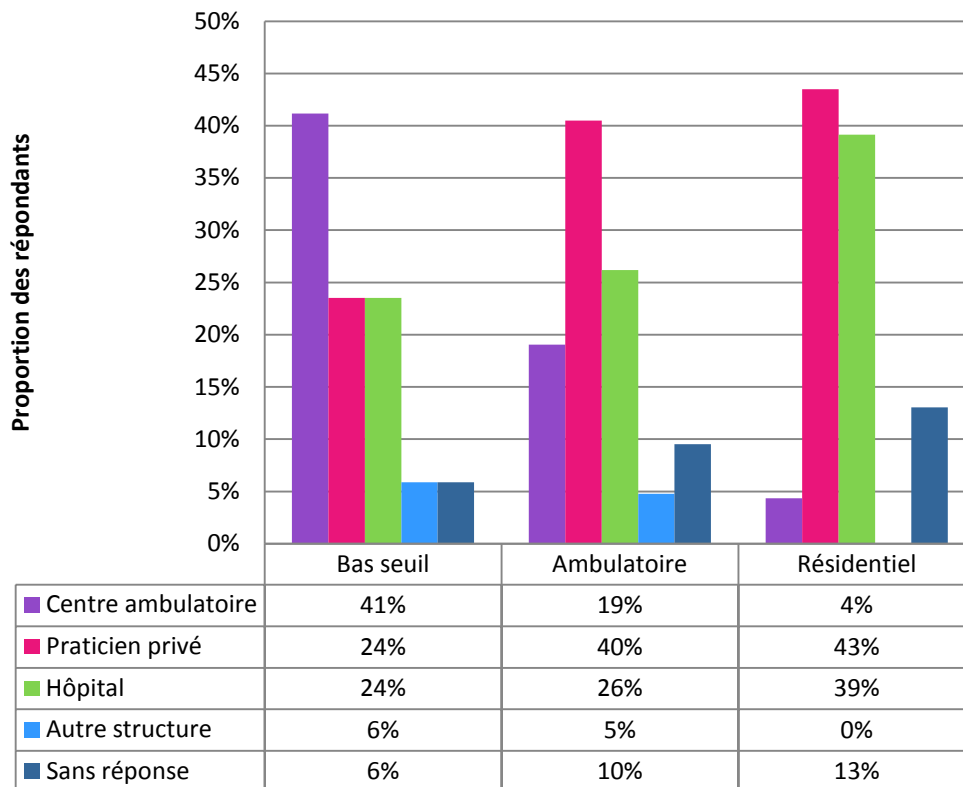
Dans votre institution, des traitements de l'hépatite C sont-ils dispensés (en collaboration avec un spécialiste)?

- *Oui ;*
- *Non*

6% des répondants pour les SBS, 26% de ceux pour les structures ambulatoires et 57% de ceux pour les structures résidentielles ont déclaré que des traitements du VHC sont dispensés dans leur institution. Tous ont été interrogés sur le nombre de traitements du VHC délivrés dans leur structure durant les deux dernières années (2012 et 2013). La liste de ces structures est présentée en annexe 6, 11.4, Tableau 24 et 26. Les répondants ont rapporté 116 traitements dans des structures ambulatoires, 91 dans les structures résidentielles et 2 dans les SBS, pour un total de 209 traitements.

Les personnes ayant déclaré que leur structure ne délivrait pas de traitement du VHC ont ensuite été interrogés sur les lieux où sont adressés les patients pour la mise en place de tels traitements :

Figure 19 Lieux où sont adressés les patients pour traitement du VHC (depuis les structures ne délivrant pas ces traitements).



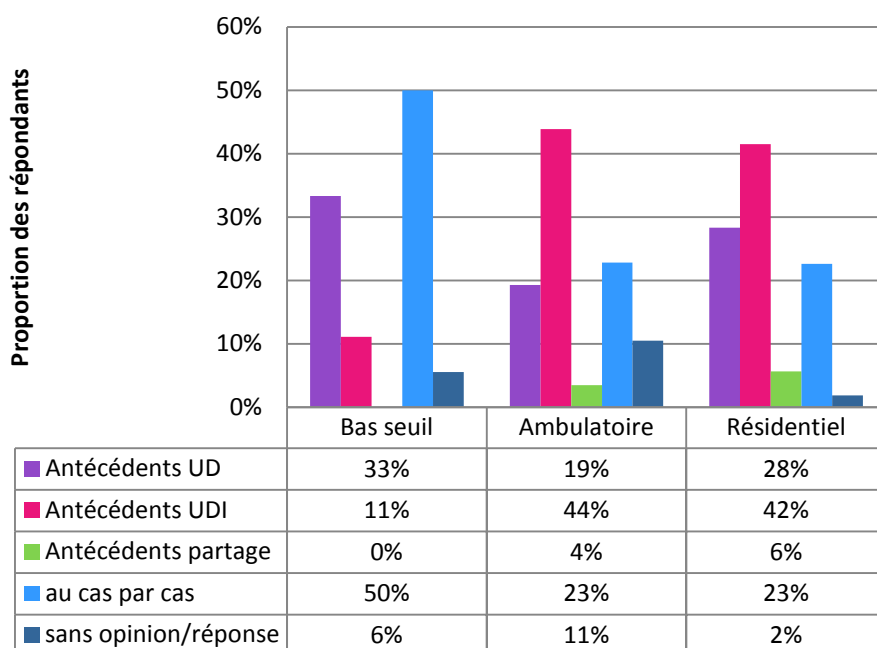
Où adressez-vous vos clients/patients pour la mise en place d'un traitement de l'hépatite C?

- A un centre ambulatoire ;
 - A un praticien privé ;
 - A une structure hospitalière ;
 - A une autre structure
- Les répondants pour les SBS citaient d'abord les centres ambulatoires (44%), suivis par les praticiens privés (25%) et les hôpitaux (25%) et les autres structures (6%).
 - Les répondants pour les structures ambulatoires citaient d'abord les praticiens privés (45%), puis les hôpitaux (29%), les centres ambulatoires (21%) et les autres structures (5%).
 - Les répondants pour les structures résidentielles citaient d'abord les praticiens privés (50%), puis les hôpitaux (45%) et les centres ambulatoires (5%).

9.3.5 Politique institutionnelle de dépistage et de prise en charge

La Figure 20 et la Figure 21 présentent les réponses des participants concernant la politique de leur structure en termes de dépistage, de diagnostic et de traitement.

Figure 20 Situations dans lesquelles un test de dépistage du VHC devrait être proposé (selon les répondants).



Selon vous, en Suisse, un test de dépistage de l'hépatite C devrait être proposé...

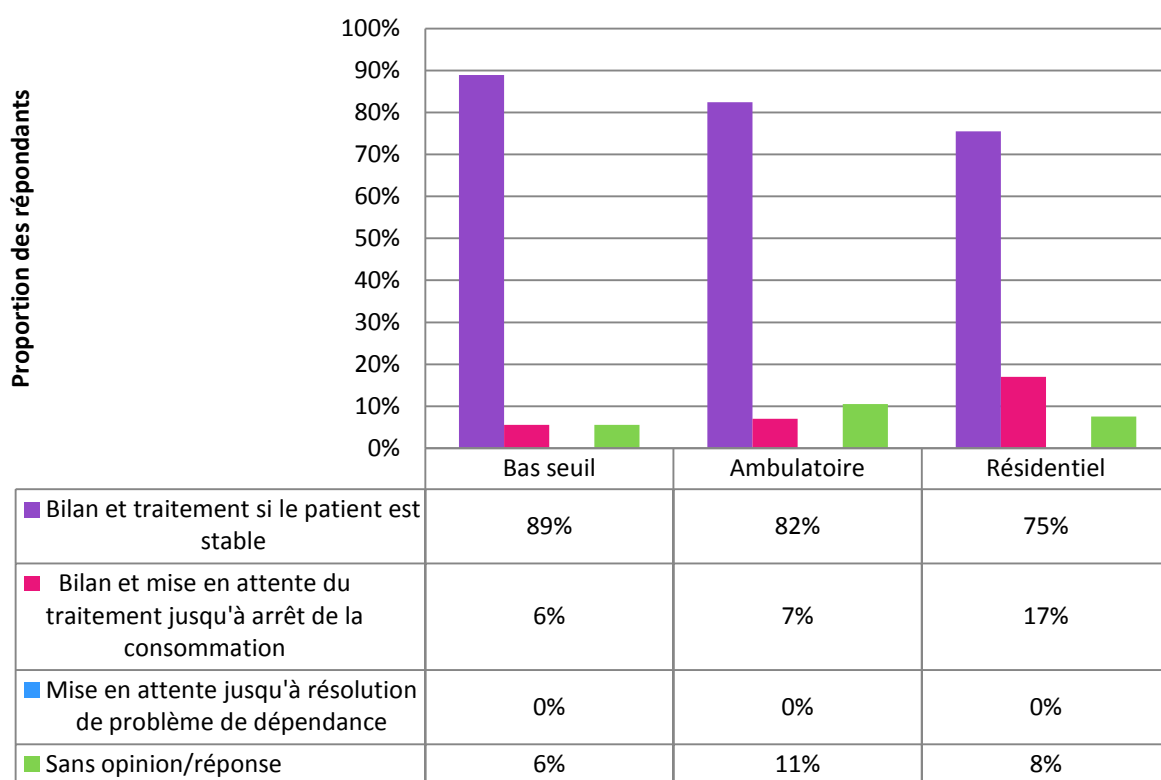
- chez toute personne avec des antécédents de consommation de substances psychoactives;
- chez toute personne avec des antécédents de consommation de drogues par voie intraveineuse ;
- chez toute personne avec une histoire de partage de matériel d'injection ;
- au cas par cas ;
- (sans opinion)

Les avis divergent quant aux situations dans lesquelles un test de dépistage de l'hépatite C devrait être proposé : Aussi bien dans les structures à bas seuil, que dans l'ambulatoire ou le résidentiel, aucune option de réponse n'a récolté plus de 50% des voix.

- Dans le bas seuil, la réponse la plus fréquente était que la nécessité de tester devait être évaluée au cas par cas (50%). Un tiers des répondants ont recommandé de dépister les personnes avec des antécédents d'usage de drogue (33%).

- Dans l’ambulatorio, la réponse la plus fréquente était que les personnes avec des antécédents d’usage de drogue par voie intraveineuse devaient être dépistées (44%). D’autres répondants considèrent que l’indication est à évaluer au cas par cas (23%). D’autres enfin pensent que cette indication doit être élargie à toutes les personnes avec des antécédents d’usage de drogue.
- Dans le résidentiel, la réponse la plus fréquente était que les personnes avec des antécédents d’usage de drogue par voie intraveineuse devaient être dépistées (42%). D’autres répondants considèrent que cette indication doit être élargie à toutes les personnes avec des antécédents d’usage de drogue. D’autres enfin pensent que l’indication devrait être évaluée au cas par cas (23%).

Figure 21 Suite à donner à un test de dépistage positif pour le VHC (selon les répondants).



Selon vous, en Suisse, quelle suite faudrait-il donner à un test de dépistage positif pour l'hépatite C?

- *Il faut référer le patient à un médecin/spécialiste afin de compléter le bilan et organiser un traitement, si le patient est assez stable (même si la problématique de la dépendance persiste).*
- *Après avoir établi le bilan complet, il faut attendre que la problématique de la dépendance soit résolue avant de débiter un traitement.*

- *La poursuite des investigations et le traitement doivent être repoussés jusqu'à ce que la problématique de la dépendance soit résolue.*
- *(sans opinion)*

Par contre, les avis étaient particulièrement convergents quant à la suite à donner à un test de dépistage positif pour le VHC. Pour le bas seuil, l'ambulatoire et le résidentiel, respectivement 89%, 82% et 75% des répondants ont répondu qu'un patient infecté par le VHC doit être référé à un médecin afin de compléter le bilan et organiser un traitement, si le patient est assez stable, même si la problématique de dépendance persiste.

9.4 Discussion

Cette enquête présente les limites suivantes :

La sensibilité et la spécificité de la base de données d'Infodrog n'étant pas parfaites, certaines institutions actives dans la prise en charge d'usagers de drogues illégales n'ont pas été invitées à participer, tandis que d'autres structures ayant peu ou pas de contacts avec des UD ont été invitées. Toute l'hétérogénéité des structures interrogées et des types de services offerts n'a pas pu être prise en compte.

Les données sur la taille et le volume d'activité des structures n'étaient pas de qualité suffisante pour permettre une pondération des résultats. Par conséquent, les petites structures y sont surreprésentées.

Le taux de participation n'était que de 42% et un biais de sélection est probablement présent.

Malgré ces limites, nos résultats mettent en évidence que l'information sur le VHC et son dépistage ne sont pas suffisamment systématiques dans les structures prenant en charge des UD. De plus, les politiques de dépistages restent trop focalisées sur les UDI et ex-UDI, malgré la recommandation de la SSAM d'élargir ce dépistage à toutes les personnes présentant des antécédents de consommation de substances psychoactives par voie intranasale⁸⁸.

10

Références

10 Références

- 1 Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clin Microbiol Infect.* 2011 Feb;17(2):107-15.
- 2 Muhlberger N, Schwarzer R, Lettmeier B, Sroczynski G, Zeuzem S, Siebert U. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC Public Health.* 2009;9:34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19161623>
- 3 Hatzakis A, Wait S, Bruix J, Buti M, Carballo M, Cavaleri M, et al. The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference*. *J Viral Hepat.* 2011 Sep;18 Suppl 1:1-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824223>
- 4 Witteck A, Schmid P, Hensel-Koch K, Thurnheer MC, Bruggmann P, Vernazza P, et al. Management of hepatitis C virus (HCV) infection in drug substitution programs. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13193.
- 5 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Indicateurs de résultats du Promedro III, Situation à fin 2011 Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive 2012.
- 6 Wandeler G, Gsponer T, Bregenzler A, Gunthard HF, Clerc O, Calmy A, et al. Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1408-16.
- 7 Prasad L, Spicher VM, Zwahlen M, Rickenbach M, Helbling B, Negro F, et al. Cohort Profile: the Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS). *Int J Epidemiol.* 2007 Aug;36(4):731-7.
- 8 Bruggmann P. Welt-Hepatitis-Tag vom 28.Juli 2012. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique.* 2012 23.07.2012;30.
- 9 Cornberg M, Razavi HA, Alberti A, Bernasconi E, Buti M, Cooper C, et al. A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. *Liver Int.* 2011 Jul;31 Suppl 2:30-60.
- 10 Steffen T, Blattler R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health.* 2001;11(4):425-30. Available from: ISI:000172803900013
- 11 Ladewig D. A reduction in HIV positive and an increase in hepatitis C positive subjects in methadone maintenance treatments. *Swiss medical weekly : official journal of the Swiss Society of Infectious Diseases, the Swiss Society of Internal Medicine, the Swiss Society of Pneumology.* 2001;131:422.
- 12 Broers B, Junet C, Bourquin M, Deglon JJ, Perrin L, Hirschel B. Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995. *AIDS.* 1998 Oct 22;12(15):2059-66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9814875>
- 13 Dubois-Arber F, Balthasar H, Huissoud T, Zobel F, Arnaud S, Samitca S, et al. Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. *Euro Surveill.* 2008;13(21):1-6.
- 14 Locicero S, Arnaud S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Spencer B, Dubois-Arber F. HIV behavioural surveillance in Switzerland: trends in drug consumption, injection and syringe distribution,

- 1993-2011. Poster - XIX International AIDS Conference; July 22-27 Washington DC USA2012.
- 15 Locicero S, Gervasoni J, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogues, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 1993-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2013.
- 16 Schaaf S, Grichting E. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2011. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.
- 17 Locicero S, Jeannin A, Dubois-Arber F. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de l'enquête EMIS 2010. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2012.
- 18 Locicero S, Arnaud S, Füglistaler G, Gervasoni J, Dubois-Arber F. Résultats de l'enquête 2011 auprès des usagers des structures à bas seuil en Suisse Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive2012.
- 19 Witteck A, Schmid P. Hépatite C: mise à jour 2010. Forum Med Suisse. 2010;10:729–36. Available from: http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2010/2010-42/2010-42-192.PDF
- 20 Buthion V, Carrat F, Carrieri PM, Kamelgarn D, Monnet E, Morlat P, et al. Évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Publique HCdIS, editor. Paris 2013.
- 21 Walsh N, Verster A, Rodolph M, Akl EA. WHO guidance on the prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Int J Drug Policy. 2014 Jan 26.
- 22 Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1564-74.
- 23 Sagmeister M, Renner EL, Mullhaupt B, Wong JB. Simulation of hepatitis C based on a mandatory reporting system. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002 Jan;14(1):25-34.
- 24 Razavi H, Waked I, Sarrazin C, Myers RP, Idilman R, Calinas F, et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. J Viral Hepat. 2014 May;21 Suppl 1:34-59.
- 25 Wedemeyer H, Duberg AS, Buti M, Rosenberg WM, Frankova S, Esmat G, et al. Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) disease burden. J Viral Hepat. 2014 May;21 Suppl 1:60-89.
- 26 NICER. Incidence du cancer: nouveaux cas, taux, évolution, âge médian, risque, par localisation cancéreuse. In: Registration NNIfCEa, editor.: OFS.
- 27 Mullhaupt B, Junker C, Wuest E, Renner EL. Mortality from primary liver cancer in Switzerland from 1975 to 1994. Swiss Med Wkly. 2008 May 31;138(21-22):313-6.
- 28 El Khoury AC, Wallace C, Klimack WK, Razavi H. Economic burden of hepatitis C-associated diseases: Europe, Asia Pacific, and the Americas. Journal of medical economics. 2012;15(5):887-96.
- 29 Younossi ZM, Kanwal F, Saab S, Brown KA, El-Serag HB, Kim WR, et al. The impact of hepatitis C burden: an evidence-based approach. Aliment Pharmacol Ther. 2014 Mar;39(5):518-31.
- 30 El Khoury AC, Vietri J, Prajapati G. The burden of untreated hepatitis C virus infection: a US patients' perspective. Dig Dis Sci. 2012 Nov;57(11):2995-3003.

- 31 Rotily M, Vainchtock A, Jouaneton B, Wartelle-Bladou C, Abergel A. How did chronic hepatitis C impact costs related to hospital health care in France in 2009? *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*. 2013 Sep;37(4):365-72.
- 32 Bennett WG, Inoue Y, Beck JR, Wong JB, Pauker SG, Davis GL. Estimates of the cost-effectiveness of a single course of interferon-alpha 2b in patients with histologically mild chronic hepatitis C. *Ann Intern Med*. 1997 Nov 15;127(10):855-65.
- 33 Vallier N, Weill A, Salanave B, Bourrel R, Cayla M, Suarez C, et al. Coût des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004. *Prat Organ Soins*. 2006;37(4):267-83.
- 34 Grieve R, Roberts J, Wright M, Sweeting M, DeAngelis D, Rosenberg W, et al. Cost effectiveness of interferon alpha or peginterferon alpha with ribavirin for histologically mild chronic hepatitis C. *Gut*. 2006 Sep;55(9):1332-8.
- 35 McAdam-Marx C, McGarry LJ, Hane CA, Biskupiak J, Deniz B, Brixner DI. All-cause and incremental per patient per year cost associated with chronic hepatitis C virus and associated liver complications in the United States: a managed care perspective. *J Manag Care Pharm*. 2011 Sep;17(7):531-46.
- 36 Gordon SC, Pockros PJ, Terrault NA, Hoop RS, Buikema A, Nerenz D, et al. Impact of disease severity on healthcare costs in patients with chronic hepatitis C (CHC) virus infection. *Hepatology*. 2012 Nov;56(5):1651-60.
- 37 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2012.
- 38 Sagnelli E, Santantonio T, Coppola N, Fasano M, Pisaturo M, Sagnelli C. Acute hepatitis C: clinical and laboratory diagnosis, course of the disease, treatment. *Infection*. 2014 Mar 12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24619833>
- 39 Gholami N, Boesch L, Falcato L, Stohler R, Bruggmann P. QTc prolongation in methadone maintenance - the role of HCV infection. *Swiss Med Wkly*. 2013 Sep 6;143.
- 40 Senn O, Seidenberg A, Rosemann T. Determinants of successful chronic hepatitis C case finding among patients receiving opioid maintenance treatment in a primary care setting. *Addiction*. 2009 Dec;104(12):2033-8.
- 41 Seidenberg A, Rosemann T, Senn O. Patients receiving opioid maintenance treatment in primary care: successful chronic hepatitis C care in a real world setting. *BMC Infect Dis*. 2013;13:9.
- 42 Pelet A, Doll S, Huissoud T, Resplendino J, Besson J, Favrat B. Methadone maintenance treatment (MMT) in general practice or in specialized centers: profile of patients in the Swiss Canton of Vaud. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2007;33(5):665-74.
- 43 Pelet A, Doll S, Huissoud T, Resplendino J, Besson J, Favrat B. Methadone maintenance treatment in the Swiss Canton of Vaud: demographic and clinical data on 1,782 ambulatory patients. *Eur Addict Res*. 2005;11(2):99-106.
- 44 Somaini B, Wang J, Perozo M, Kuhn F, Meili D, Grob P, et al. A continuing concern: HIV and hepatitis testing and prevalence among drug users in substitution programmes in Zurich, Switzerland. *AIDS Care*. 2000;12(4):449-60.
- 45 Mino A, Page D, Dumont P, Broers B. Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. *Drug Alcohol Depend*. 1998;50(3):233-9.

- 46 Broers B, Junet C, Bourquin M, Deglon JJ, Perrin L, Hirschel B. Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995. *AIDS*. 1998;12(15):2059-66.
- 47 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). *AIDS Care*. 2006;18(4):371-5.
- 48 Wurst FM, Thon N, Yegles M, Halter C, Weinmann W, Laskowska B, et al. Optimizing heroin-assisted treatment (HAT): assessment of the contribution of direct ethanol metabolites in identifying hazardous and harmful alcohol use. *Drug Alcohol Depend*. 2011 May 1;115(1-2):57-61.
- 49 Gerlich M, Gschwend P, Uchtenhagen A, Kramer A, Rehm J. Prevalence of hepatitis and HIV infections and vaccination rates in patients entering the heroin-assisted treatment in Switzerland between 1994 and 2002. *Eur J Epidemiol*. 2006;21(7):545-9.
- 50 Blattler R, Dobler-Mikola A, Steffen T, Uchtenhagen A. Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin. *Soz- Praevmed*. 2002;47(1):24-32.
- 51 Steffen T, Blatter R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health*. 2001;11(4):425-30.
- 52 Sendi P, Hoffmann M, Bucher HC, Erb P, Haller P, Gyr N, et al. Intravenous opiate maintenance in a cohort of injecting drug addicts. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Mar 1;69(2):183-8.
- 53 Diamantis I, Bassetti S, Erb P, Ladewig D, Gyr K, Battegay M. High prevalence and coinfection rate of hepatitis G and C infections in intravenous drug addicts. *J Hepatol*. 1997 Apr;26(4):794-7.
- 54 Huber M, Weber R, Oppliger R, Vernazza P, Schmid P, Schonbucher P, et al. Interferon alpha-2a plus ribavirin 1,000/1,200 mg versus interferon alpha-2a plus ribavirin 600 mg for chronic hepatitis C infection in patients on opiate maintenance treatment: an open-label randomized multicenter trial. *Infection*. 2005 Feb;33(1):25-9.
- 55 Conen A, Fehr J, Glass TR, Furrer H, Weber R, Vernazza P, et al. Self-reported alcohol consumption and its association with adherence and outcome of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *Antivir Ther*. 2009 2009;14(3):349-57.
- 56 Rauch A, Egger M, Reichen J, Furrer H, Swiss HIVCS. Chronic hepatitis C in HIV-infected patients: Low eligibility and applicability of therapy with pegylated interferon-alpha plus ribavirin. *J AIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2005 Feb 1;38(2):238-40.
- 57 Schoeni-Affolter F, Ledergerber B, Rickenbach M, Rudin C, Gunthard HF, Telenti A, et al. Cohort profile: the Swiss HIV Cohort study. *Int J Epidemiol*. 2010 Oct;39(5):1179-89.
- 58 Fried R, Monnat M, Seidenberg A, Oppliger R, Schmid P, Herold M, et al. Swiss multicenter study evaluating the efficacy, feasibility and safety of peginterferon-alfa-2a and ribavirin in patients with chronic hepatitis C in official opiate substitution programs. *Digestion*. 2008;78(2-3):123-30.
- 59 Dober S, Isler M, Meili D, Bruggmann P, Swiss Hepatitis CCS. Hepatitis C virus treatment in injecting drug users: Frequency of contraindications and prognostic markers in participants of the Swiss Hepatitis C Cohort Study. *J Hepatol*. 2006 2006;44:S215-S6.
- 60 Brunner N, Senn O, Rosemann T, Falcato L, Bruggmann P. Hepatitis C treatment for multimorbid patients with substance use disorder in a primary care-based integrated

- treatment centre: a retrospective analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013 2013;25(11):1300-7.
- 61 Bruggmann P, Falcatò L, Dober S, Helbling B, Keiser O, Negro F, et al. Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. *J Viral Hepat.* 2008 Oct;15(10):747-52.
- 62 (ECDC) ECfDPaC. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm2013.
- 63 Menzi P, Hoffmann R, Bruggmann P. Projektbericht - Hepatitis-C-Versorgung in den Kontakt- und Anlaufstellen. Zürich: ARUD2012 01.2012.
- 64 Sahajian F, Bailly F, Vanhems P, Fantino B, Vannier-Nitenberg C, Fabry J, et al. A randomized trial of viral hepatitis prevention among underprivileged people in the Lyon area of France. *J Public Health (Oxf).* 2011 Jun;33(2):182-92.
- 65 Zuure FR, Davidovich U, Coutinho RA, Kok G, Hoebe CJ, van den Hoek A, et al. Using mass media and the Internet as tools to diagnose hepatitis C infections in the general population. *Am J Prev Med.* 2011 Mar;40(3):345-52.
- 66 Howell-Jones Rebecca , Croxford Sara, Lowndes Catherine, Nardone Anthony, Delpech Valerie, Tariq S. Novel approaches to testing for sexually transmitted infections, including HIV and hepatitis B and C in Europe. Technical Report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control2012 November 2012. Report No.: ISBN 978-92-9193-396-9.
- 67 Shah HA, Abu-Amara M. Education provides significant benefits to patients with hepatitis B virus or hepatitis C virus infection: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013 Aug;11(8):922-33.
- 68 MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy.* 2014 Jan;25(1):34-52.
- 69 European Assoc Study L. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2014 Feb;60(2):392-420.
- 70 European Assoc Study L. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. Geneva: European Assoc Study, Liver2014 Apr.
- 71 Organization WH. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Guidelines. Geneva, Programme GH, HIV/AIDS Do;2014 Apr. Report No.: ISBN 978 92 4 154875 5.
- 72 De Preux E, Dubois-Arber F, Zobel F. Current trends in illegal drug use and drug related health problems in Switzerland. *Swiss medical weekly : official journal of the Swiss Society of Infectious Diseases, the Swiss Society of Internal Medicine, the Swiss Society of Pneumology.* 2004;134:313-21.
- 73 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994-2000). *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv.* 2006;18(4):371-5.
- 74 Balthasar H, Huissoud T, Zobel F, Arnaud S, Samitca S, Jeannin A, et al. Evolution de la consommation et des pratiques à risques de transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogue par injection en Suisse, 1993-2006. *Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique.* 2007;45:804-9.

- 75 Arnaud S, Jeannin A, Dubois-Arber F. Estimating national-level syringe availability to injecting drug users and injection coverage: Switzerland, 1996-2006. *Int J Drug Policy*. 2011 May;22(3):226-32.
- 76 ECDC. Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. Stockholm2011. Report No.: ISBN 978-92-9193-316-7.
- 77 Corson S, Greenhalgh D, Taylor A, Palmateer N, Goldberg D, Hutchinson S. Modelling the prevalence of HCV amongst people who inject drugs: an investigation into the risks associated with injecting paraphernalia sharing. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Nov 1;133(1):172-9.
- 78 Pouget ER, Hagan H, Des Jarlais DC. Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment. *Addiction*. 2012 Jun;107(6):1057-65.
- 79 Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(8):CD004145.
- 80 Gowing LR, Hickman M, Degenhardt L. Mitigating the risk of HIV infection with opioid substitution treatment. *Bull World Health Organ*. 2013 Feb 1;91(2):148-9.
- 81 ECDC. Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 2: Drug treatment for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. Stockholm2011 November 2011. Report No.: ISBN 978-92-9193-315-0.
- 82 Paintsil E, He H, Peters C, Lindenbach BD, Heimer R. Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users. *J Infect Dis*. 2010 Oct 1;202(7):984-90.
- 83 Turner KM, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 Nov;106(11):1978-88.
- 84 Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M. Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction*. 2012 Nov;107(11):1984-95.
- 85 Martin NK, Vickerman P, Grebely J, Hellard M, Hutchinson SJ, Lima VD, et al. Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals. *Hepatology*. 2013 Nov;58(5):1598-609.
- 86 OFSP. Dépendance aux opioïdes: Traitements basés sur la substitution. Recommandations révisées de juillet 2013 de l'Office fédéral de la santé Publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS). Bern: OFSP; 2013.
- 87 Fretz R, Negro F, Bruggmann P, Lavanchy D, De Gottardi A, Pache I, et al. Hepatitis B and C in Switzerland - healthcare provider initiated testing for chronic hepatitis B and C infection. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13793.
- 88 Bruggmann P, Broers B, Meili D. Hepatitis-C-Therapie bei Patienten unter Opioids substitution. *Forum Med Suisse*. 2007;7:916-9.

- 89 Jones L, Atkinson A, Bates G, McCoy E, Porcellato L, Beynon C, et al. Views and experiences of hepatitis C testing and diagnosis among people who inject drugs: Systematic review of qualitative research. *Int J Drug Policy*. 2013 Nov 21.
- 90 White B, Day C, Thein HH, Doab A, Bates A, Holden J, et al. Acceptability of hepatitis C virus testing methods among injecting drug users. *Drug Alcohol Rev*. 2008 Nov;27(6):666-70.
- 91 Blättler R, Dobler-Mikola A, Steffen T, Uchtenhagen A. Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin. *Soz- Praevmed*. 2002;47:24-32.
- 92 Steffen T, Christen S, Blattler R, Gutzwiller F, PROVE Team. Infectious diseases and public health: risk-taking behavior during participation in the Swiss program for a medical prescription of narcotics (PROVE). *Substance Use & Misuse*. 2001;36(1-2):71-89.
- 93 EMCDDA. Annual Report 2012 - The State of the Drugs Problem in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2012.
- 94 Iversen J, Grebely J, Topp L, Wand H, Dore G, Maher L. Uptake of hepatitis C treatment among people who inject drugs attending Needle and Syringe Programs in Australia, 1999-2011. *J Viral Hepat*. 2014 Mar;21(3):198-207.
- 95 Overbeck K, Bruggmann P, Helbling B. Chronic Hepatitis C virus infection in Swiss primary care practices: low case loads-high barriers to treatment? *Eur J Gen Pract*. 2011 Jun;17(2):103-8.
- 96 Broers B, Helbling B, Francois A, Schmid P, Chuard C, Hadengue A, et al. Barriers to interferon-alpha therapy are higher in intravenous drug users than in other patients with acute hepatitis C. *J Hepatol*. 2005 Mar;42(3):323-8.
- 97 Cebolla B, Björnberg A. Euro Hepatitis Index 2012 Report. Report 2012 2012/11/06. Report No.: ISBN 978-91-980687-0-2.
- 98 Bruggmann P, Dampz M, Falcato LM. Alcohol consumption during hepatitis C therapy in patients of the Swiss hepatitis C cohort study. 43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL); 2008; Milan, ITALY: *J Hepatol*; 2008. p. S288-S.
- 99 Bruggmann P, Dampz M, Gerlach T, Kravec L, Falcato L. Treatment outcome in relation to alcohol consumption during hepatitis C therapy: an analysis of the Swiss Hepatitis C Cohort Study. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Jul 1;110(1-2):167-71.
- 100 Aspinall EJ, Corson S, Doyle JS, Grebely J, Hutchinson SJ, Dore GJ, et al. Treatment of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Are Actively Injecting Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2013 August 15, 2013;57(suppl 2):S80-S9.
- 101 Pockros PJ. Direct acting antivirals for the treatment of hepatitis C virus infection. UpToDate [serial on the Internet]. 2014.
- 102 Deuffic-Burban S, Schwarzinger M, Obach D, Mallet V, Pol S, Pageaux GP, et al. Should we await IFN-free regimens to treat HCV genotype 1 treatment-naïve patients? A cost-effectiveness analysis (ANRS 12188). *J Hepatol*. 2014 Mar 17.
- 103 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 Aug;57 Suppl 2:S39-45.
- 104 Bruggmann P. Accessing Hepatitis C patients who are difficult to reach: it is time to overcome barriers. *J Viral Hepat*. 2012 19:829-35.

- 105 Swan D, Long J, Carr O, Flanagan J, Irish H, Keating S, et al. Barriers to and facilitators of hepatitis C testing, management, and treatment among current and former injecting drug users: a qualitative exploration. *AIDS Patient Care STDS*. 2010 Dec;24(12):753-62.
- 106 Barocas JA, Brennan MB, Hull SJ, Stokes S, Fangman JJ, Westergaard RP. Barriers and facilitators of hepatitis C screening among people who inject drugs: a multi-city, mixed-methods study. *Harm Reduct J*. 2014;11:1.
- 107 Zickmund SL, Campbell SA, Tirado CF, Zook CL, Weinrieb RM. Perceived barriers to hepatitis C therapy for patients receiving opioid agonist treatment. *Journal of addiction medicine*. 2012 Sep;6(3):233-9.
- 108 Bruggmann P. Treatment as prevention: The breaking of taboos is required in the fight against hepatitis C among people who inject drugs. *Hepatology*. 2013 May 31.
- 109 Treloar C, Rance J, Backmund M. Understanding Barriers to Hepatitis C Virus Care and Stigmatization From a Social Perspective. *Clin Infect Dis*. 2013 August 15, 2013;57(suppl 2):S51-S5.
- 110 Gellad ZF, Reed SD, Muir AJ. Economic evaluation of direct-acting antiviral therapy in chronic hepatitis C. *Antivir Ther*. 2012;17(6 Pt B):1189-99.
- 111 John-Baptiste A, Yeung MW, Leung V, van der Velde G, Krahn M. Cost effectiveness of hepatitis C-related interventions targeting substance users and other high-risk groups: a systematic review. *Pharmacoeconomics*. 2012 Nov 1;30(11):1015-34.
- 112 Hahne SJ, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim TA, Salminen M, Laar M. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC Infect Dis*. 2013;13:181.
- 113 Cipriano LE, Zaric GS, Holodniy M, Bendavid E, Owens DK, Brandeau ML. Cost effectiveness of screening strategies for early identification of HIV and HCV infection in injection drug users. *PLoS ONE*. 2012;7(9):e45176.
- 114 Spaulding AS, Kim AY, Harzke AJ, Sullivan JC, Linas BP, Brewer A, et al. Impact of new therapeutics for hepatitis C virus infection in incarcerated populations. *Topics in antiviral medicine*. 2013 Feb-Mar;21(1):27-35.
- 115 Martin NK, Vickerman P, Miners A, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, et al. Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. *Hepatology*. 2012 Jan;55(1):49-57.
- 116 Martin NK, Pitcher AB, Vickerman P, Vassall A, Hickman M. Optimal control of hepatitis C antiviral treatment programme delivery for prevention amongst a population of injecting drug users. *PLoS ONE*. 2011;6(8):e22309.
- 117 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. Lisbon: EMCDDA; 2004.
- 118 Ritter C. *Maladies transmissibles et addictions en prison: Vade-mecum*. In: OFSP, editor.: Office fédéral de la santé publique, unité de direction Santé publique; 2012. p. 127.
- 119 *Exercice de la médecine auprès de personnes détenues*, (2013).
- 120 Iten A, Gravier B. *Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande: rapport concernant la deuxième phase de l'étude*. Lausanne: Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire; 2005.

- 121 Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, et al. Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*. 2011;11:245.
- 122 Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *Br Med J*. 1998;317(7153):270-3.
- 123 Gerlich MG, Frick U, Pirktl L, Uchtenhagen A. Detection and treatment of HIV and hepatitis virus infections in Swiss correctional facilities. *Int J Public Health*. 2008;53(5):268-71.
- 124 Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013(35-36):445-50.
- 125 Verneuil L, Vidal JS, Ze Bekolo R, Vabret A, Petitjean J, Leclercq R, et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2009 Apr;28(4):409-13.
- 126 Almasio PL, Babudieri S, Barbarini G, Brunetto M, Conte D, Dentico P, et al. Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B and C in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates). *Dig Liver Dis*. 2011 Aug;43(8):589-95.
- 127 Saiz de la Hoya P, Marco A, Garcia-Guerrero J, Rivera A, Prevalhep study g. Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2011 Jul;30(7):857-62.
- 128 Stöver H, Weilandt C, Zurhold H, Hartwig C, Thane K. Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners 2008.
- 129 David N, Tang A. Sexually transmitted infections in a young offenders institution in the UK. *International Journal of STD & AIDS*. 2003;14(8):511-3.
- 130 Oliván GG. [Health status of delinquent male youths]. *Aten Primaria*. 2002;29(7):421-4.
- 131 Niveau G. Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*. 2006;120(1):33-41.
- 132 Vescio MF, Longo B, Babudieri S, Starnini G, Carbonara S, Rezza G, et al. Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2008 Apr;62(4):305-13.
- 133 Masia M, Achermann C, Richter M, Hostettler U. Auswertungsbericht zur Fragebogenerhebung: "Analyse von Präventionsmassnahmen und Behandlungsangeboten von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzugs": Departement Sozialarbeit und Sozialpolitik 2007 15.03.2007.
- 134 Gerlich M, Frick U, Pirktl L, Uchtenhagen A. Prävention von HIV- und Hepatitisvirus-Infektionen in Schweizer Untersuchungshaft- und Strafvollzugsanstalten. *Sucht magazin*. 2005;31(2):14-8.
- 135 Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. *Subst Use Misuse*. 2004 Mar;39(4):581-600.
- 136 Kapadia F, Vlahov D, Des Jarlais DC, Strathdee SA, Ouellet L, Kerndt P, et al. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology*. 2002 Nov;13(6):738-41.

- 137 Hagan H, Thiede H. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology*. 2003 Sep;14(5):628-9; author reply 9.
- 138 Orsi MM, Brochu S. [The place of syringe exchange programs in reducing harm in Canadian prisoners]. *Can J Public Health*. 2009 Jan-Feb;100(1):29-31.
- 139 Rosenbrock R, Widmer C, Kübler D. Sexuelle Gesundheit im Kanton Zürich Entwicklung der Prävention von HIV/Aids, STI und Hepatitis-Infektionen - Expertise zuhanden von Bundesamt für Gesundheit, Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Zürich, Stadtärztlicher Dienst der Stadt Zürich. Horgen: Syntagma GmbH Politikanalys, Evaluation & Beratung; 2012.
- 140 Nordt C, Stohler R. Heroinabhängigkeit: ein Update zur Problemlage und Versorgung im Kanton Zürich. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 17.2011: Available from: <http://www.puk-west.uzh.ch/research/substanzstoerungen/substanzpubl/MethInfo17.pdf>
- 141 Gervasoni J, Luyet S, Blanc J, Locicero S, Arnaud S, Gumy C, et al. Toxicomanie dans le canton de vaud: sixième période d'évaluation 2008-2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive 2013.
- 142 Colombo C, Ledergerber B, Zysset F, Francioli P, Cavassini M, Lazor-Blanchet C, et al. Exposition au risque infectieux VIH, VHB et VHC chez le personnel des établissements de soins en Suisse de 2001 à fin juin 2008. *Bulletin / Office fédéral de la santé publique*. 2010 2010/01/18(3):36-42.
- 143 Russmann S, Dowlatsahi EA, Printzen G, Habicht S, Reichen J, Zimmermann H. Prevalence and associated factors of viral hepatitis and transferrin elevations in 5036 patients admitted to the emergency room of a Swiss university hospital: cross-sectional study. *BMC Gastroenterol*. 2007;7:5.
- 144 Ambuhl PM, Binswanger U, Renner EL. Epidemiology of chronic hepatitis B and C among dialysis patients in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr*. 2000 Mar 11;130(10):341-8.

11

Annexes

11 Annexes

11.1 Annexe 1: Revue de littérature

Tableau 16 Prévalence du VHC chez les utilisateurs de drogue à l'entrée en traitement résidentiel de l'addiction

	Population (ayant fait le test)	Effectif	Résultat rapporté du test de l'hépatite C					
			Données manquantes		Positif		Négatif	
			%	N	%	N	%	N
2012	Tous	528	2.7	14	47.3	243	52.7	271
	Femmes	148	2.7	4	47.2	68	52.8	76
	Hommes	380	2.6	10	47.3	175	52.7	195
2011	Tous	528	3.0	16	42.2	216	57.8	296
	Femmes	135	4.4	6	42.6	55	57.4	74
	Hommes	393	2.5	10	42.0	161	58.0	222
2010	Tous	462	3.9	18	42.3	188	57.7	256
	Femmes	118	4.2	5	47.8	54	52.2	59
	Hommes	344	3.8	13	40.5	134	59.5	197
2009	Tous	457	4.2	19	38.4	168	61.6	270
	Femmes	105	5.7	6	41.4	41	58.6	58
	Hommes	352	3.7	13	37.5	127	62.5	212
2008	Tous	435	2.8	12	37.8	160	62.2	263
	Femmes	110	3.6	4	44.3	47	55.7	59
	Hommes	325	2.5	8	35.6	113	64.4	204
2007	Tous	421	1.9	8	33.2	137	66.8	276
	Femmes	109	1.8	2	39.3	42	60.7	65
	Hommes	312	1.9	6	31.0	95	69.0	211
2006	Tous	421	6.2	26	37.0	146	63.0	249
	Femmes	107	9.3	10	47.4	46	52.6	51
	Hommes	314	5.1	16	33.6	100	66.4	198
2005	Tous	349	2.6	9	28.8	98	71.2	242
	Femmes	89	3.4	3	36.0	31	64.0	55
	Hommes	260	2.3	6	26.4	67	73.6	187
2004	Tous	234	11.1	26	28.4	59	71.6	149
	Femmes	63	14.3	9	31.5	17	68.5	37
	Hommes	171	9.9	17	27.3	42	72.7	112

Tableau 17 Prévalence du VHC chez les UDI dans l'UE, Croatie, Turquie, Norvège (EMCDDA)

Prévalence d'anticorps anti-VHC chez les UDI dans l'UE, la Croatie, la Turquie et la Norvège					
Pays	Année	Échantillon national	Echantillon régional	Design étude	Setting
Allemagne	2011	-	56.0 - 71.6	ESP	SBS
Belgique	2011	-	42.3 - 81.5	TD	CT
Bulgarie	2011	-	67.8	TD	CT, PES, SBS, Pri
Rép. Tchèque	2011	18.2	-	TD	PES
Danemark	2008	52.5	-	ESP	DO
Estonie	2010	-	76.0	ESP	PES
Irlande	-	-	-	-	-
Grèce	2011	62.4 - 69.4	33.3 - 79.3	TD ; ESP	CT, SBS, Labo, HC, Pri, Rue, Autre
Espagne	-	-	-	-	-
France	2006	-	41.7	ESP	PES, SBS, Rue
Italie	2010	60.5	34.5 - 80.5	TD	CT
Chypre	2011	52.6	-	TD	CT
Lettonie	2010/2011	-	50.0 - 81,5	ESP	Pri, Rue
Lituanie	2006	-	70.3 - 89.7	TD	SBS, CTV
Luxembourg	2005	71.8 - 90.7	-	ESP	CT, PES, SBS, IST, Ant, HC, Pri
Hongrie	2011	24.1	09.9 - 34.2	ESP ; TD	PES, CT, Pri
Malte	2011	34.4	-	TD	CT, CTV, Labo, IST, Ant, HC
Pays-Bas	2010/2011	-	50,0 - 67.4	ESP ; TD	CT
Autriche	2011	34.2 - 48.5	38.6 - 69.6	TD	CT, SBS, DO, PES
Pologne	2009	-	44.3 - 72.4	TD	SBS
Portugal	2010/2011	36.5 - 79.7	-	TD ; ESP	CT
Roumanie	2009	-	82.9	ESP	Rue
Slovénie	2011	28.5	-	TD	CT
Slovaquie	2011	-	40.3	ESP	CT
Finlande	2009	60.5	-	ESP	PES
Suède	2010	-	55.7	TD	Pri
Royaume Uni	2011	43.0	28.7 - 53.2	ESP	CT, PES, SBS; Autre
Croatie	2007-08	44.0	27.1 - 65.0	ESP	Pri, CT, PES, SBS, Labo, CTV
Turquie	2011	48.6	-	ESP	CT
Norvège	2011	65.0	63.3	ESP	CT, PES, SBS

ESP = Étude de séroprévalence
 TD = Tests diagnostiques
 Rue = Recrutement dans la Rue
 DO = Décès par Overdose
 Labo = Laboratoire de santé publique
 Ant = Clinique de médecine Anténatale
 CTV = Centre de Test du VIH

CT = Centre de Traitement de l'addiction
 SBS = Structure à Bas seuil
 PES = Programme d'Échange de Seringues
 Pri = Prison
 HC = Hôpitaux ou Cliniques
 IST = Clinique de médecine des infections Sexuellement Transmissibles

Adapté de : EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display/stats13/inftab2>, dernière visite le 04.03.2014

Tableau 18 Prévalence du VHC en milieu hospitalier en Suisse, données de la littérature

Prévalence VHC : Milieu hospitalier					
Publication	Population	Cadre	Méthode	Année	Prévalence (%)
Colombo ¹⁴²	Patients sources d'Accidents d'Exposition au Sang	Hôpitaux suisses	Sérologie	2001-2008	12.3
				1997-2000	11.8
Russmann ¹⁴³	Patients consultant aux urgences	HU Berne	Sérologie	2003-2004	2.7
Ambühl ¹⁴⁴	Patients dialysés	Centres de dialyse adulte en Suisse	Rapporté	1999	5.1
	Dialyse péritonéale				3.1
	Hémodialyse				5.7

Tableau 19 Proportion de personnes testées pour le VHC au moins une fois dans la vie, à l'entrée en traitement résidentiel (Act-Info-FOS)

		Effectif total (N)	Dépistage		Répondants		Dépistés	
			Non-réponse %	N	%	%	N	%
2012	Tous	343	20.1	69	79.9	274	86.3	234
	Femmes	85	17.6	15	82.4	70	90.0	63
	Hommes	258	20.9	54	79.1	204	85.1	171
2011	Tous	493	14.4	71	85.6	422	82.7	349
	Femmes	118	9.3	11	90.7	107	83.2	89
	Hommes	375	16.0	60	84.0	315	82.5	260
2010	Tous	573	12.7	73	87.3	500	84.2	421
	Femmes	142	16.2	23	83.8	119	89.9	107
	Hommes	431	11.6	50	88.4	381	82.4	314
2009	Tous	575	13.4	77	86.6	498	84.5	421
	Femmes	149	16.8	25	83.2	124	87.9	109
	Hommes	426	12.2	52	87.8	374	83.4	312
2008	Tous	596	11.2	67	88.8	529	82.2	435
	Femmes	149	15.4	23	84.6	126	87.3	110
	Hommes	447	9.8	44	90.2	403	80.6	325
2007	Tous	645	11.6	75	88.4	570	80.2	457
	Femmes	147	15.0	22	85.0	125	84.0	105
	Hommes	498	10.6	53	89.4	445	79.1	352
2006	Tous	636	13.4	85	86.6	551	83.8	462
	Femmes	157	11.5	18	88.5	139	84.9	118
	Hommes	479	14.0	67	86.0	412	83.5	344
2005	Tous	706	14.3	101	85.7	605	87.3	528
	Femmes	165	13.3	22	86.7	143	94.4	135
	Hommes	541	14.6	79	85.4	462	85.1	393
2004	Tous	723	16.5	119	83.5	604	87.4	528
	Femmes	184	12.5	23	87.5	161	91.9	148
	Hommes	539	17.8	96	82.2	443	85.8	380

Figure 22 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les hommes.

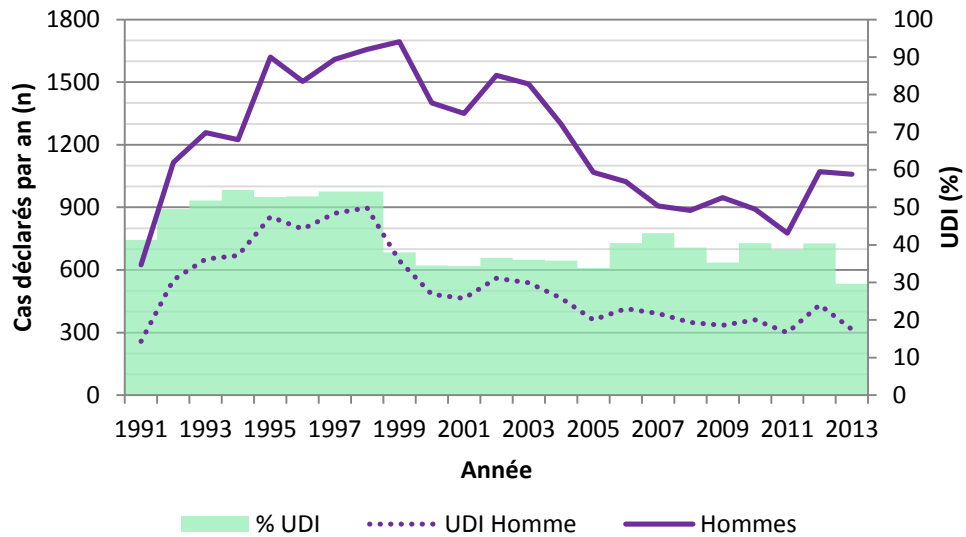


Figure 23 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les femmes.

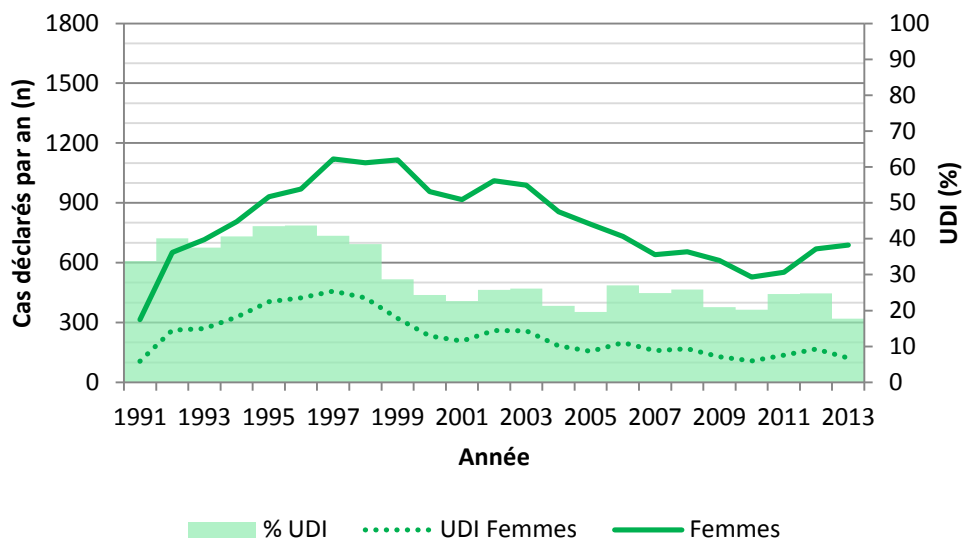


Figure 24 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton de Vaud

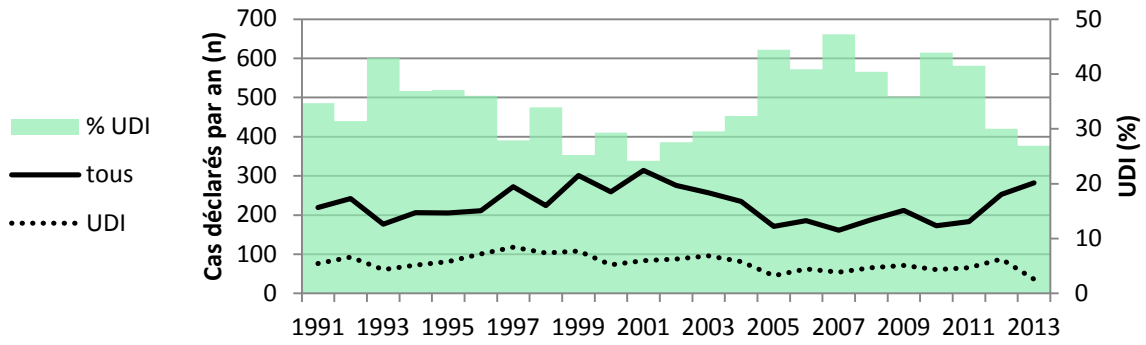


Figure 25 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton de Zurich

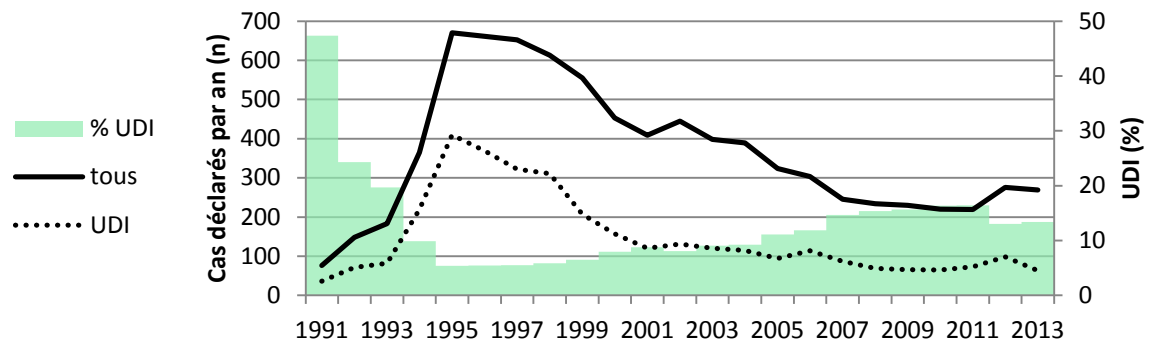


Figure 26 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton du Valais

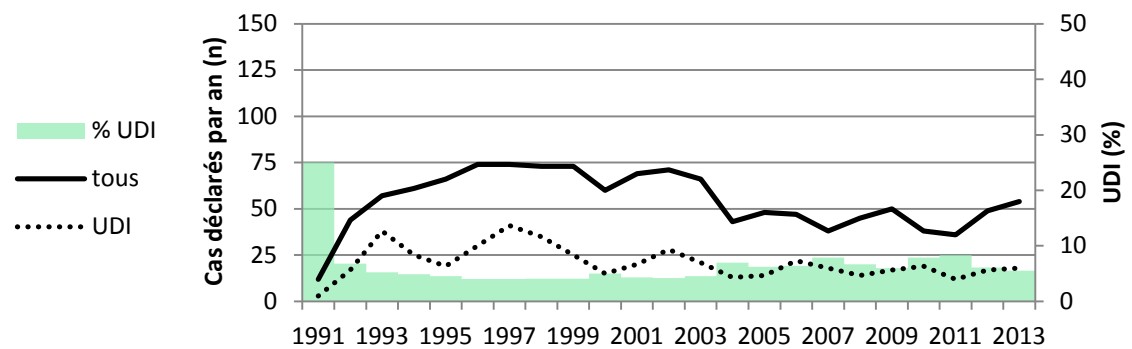


Figure 27 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC dans le canton d'Argovie

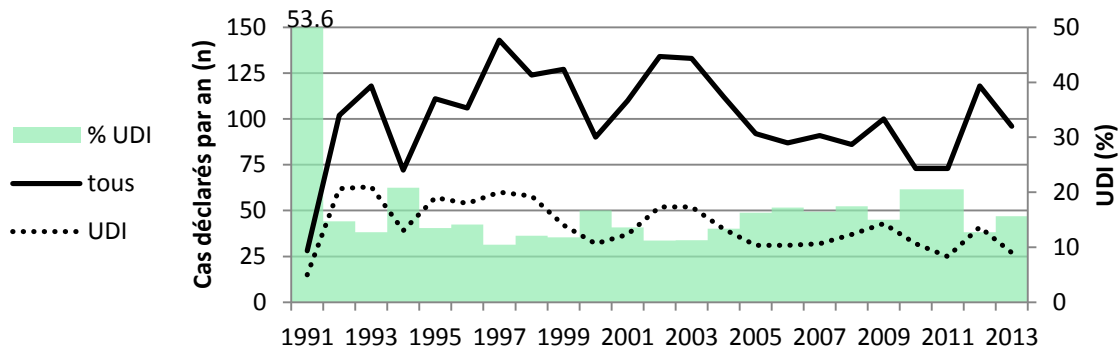


Figure 28 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC < 30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée

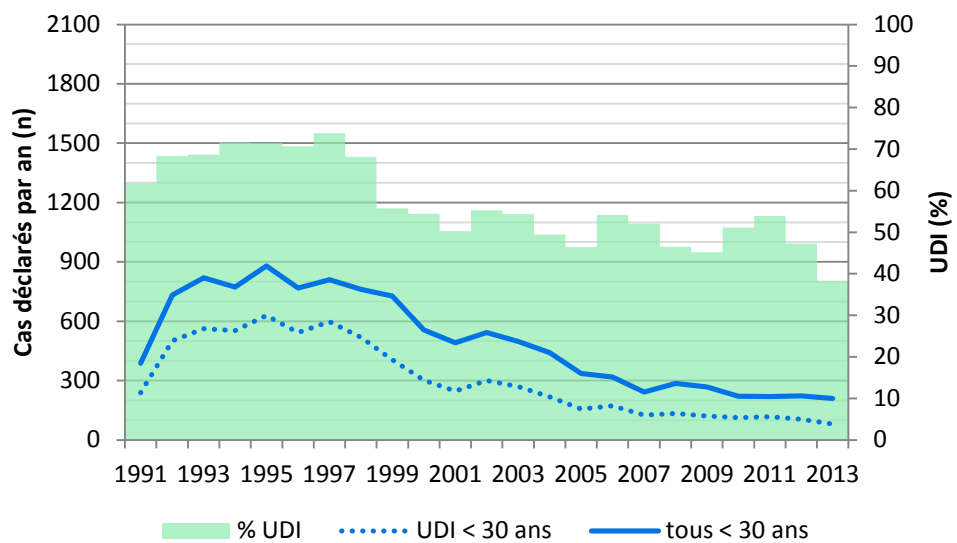


Figure 29 Évolution du nombre total de déclarations de cas de VHC ≥ 30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée

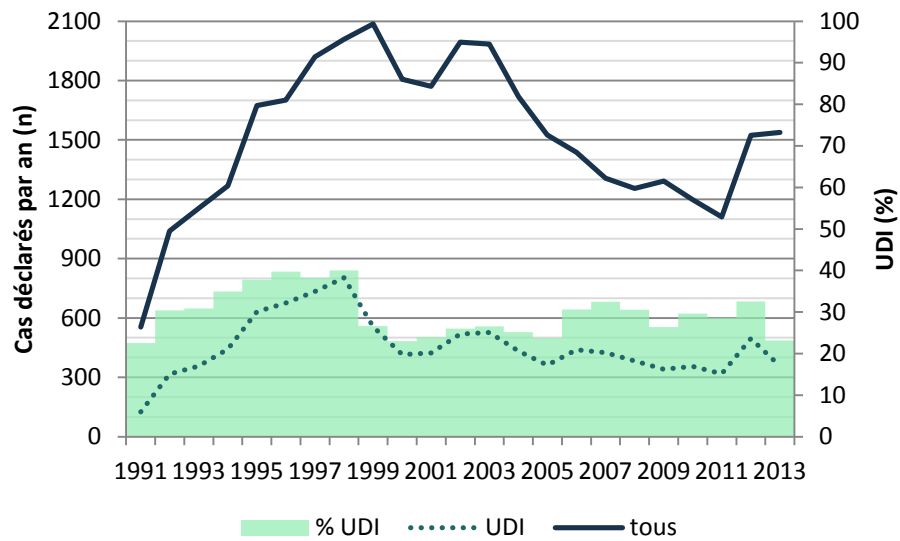


Figure 30 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les hommes

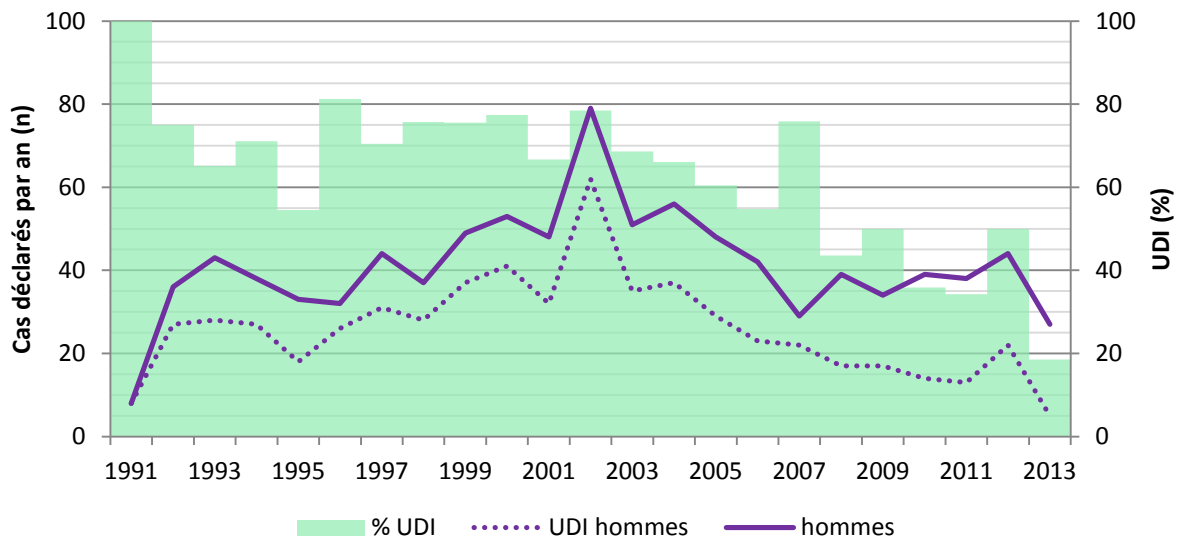


Figure 31 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est un facteur de risque déclaré, chez les femmes

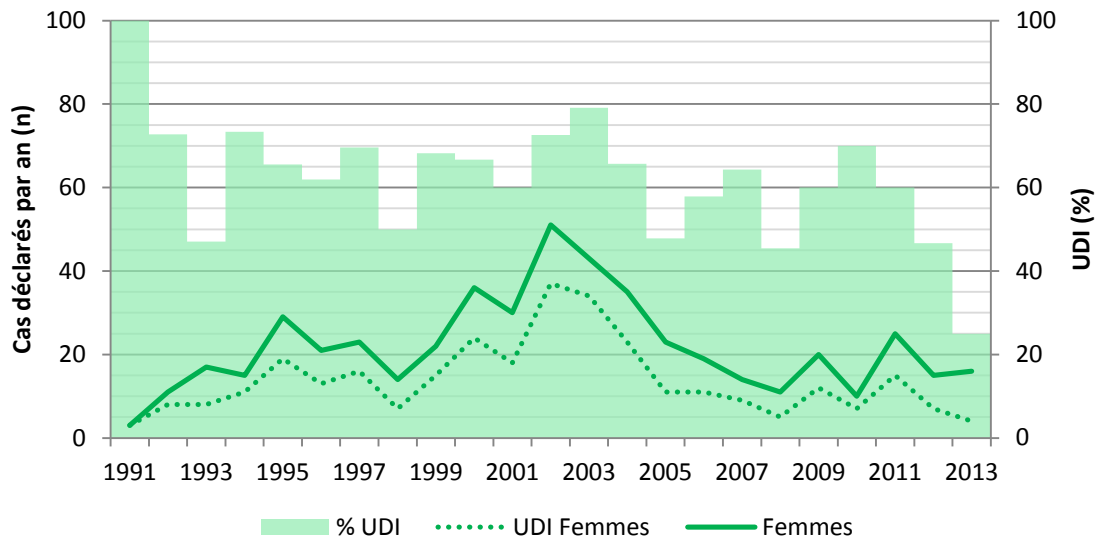


Figure 32 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton de Vaud

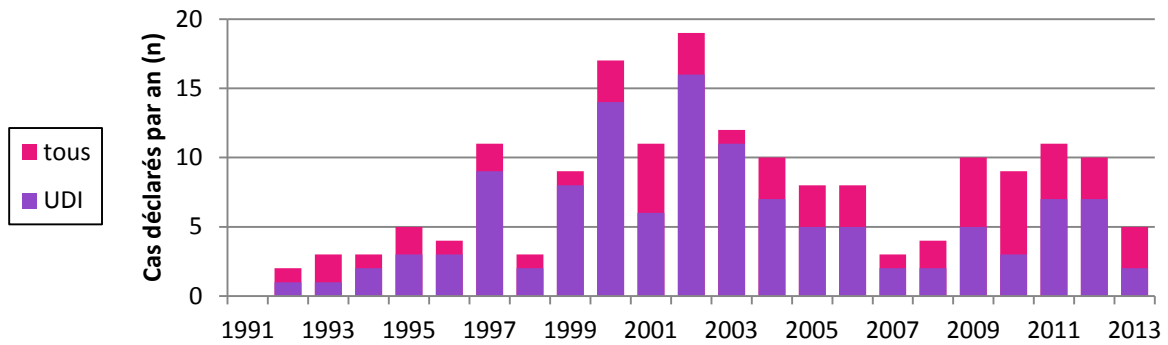


Figure 33 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton de Zurich

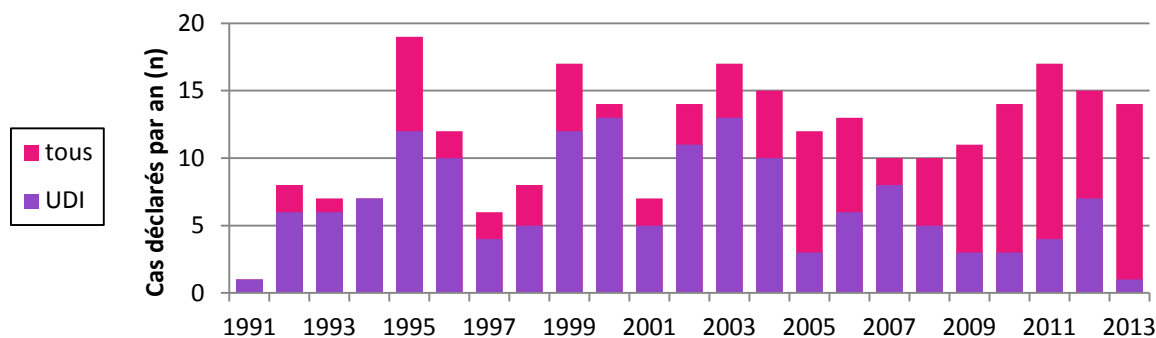


Figure 34 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton du Valais

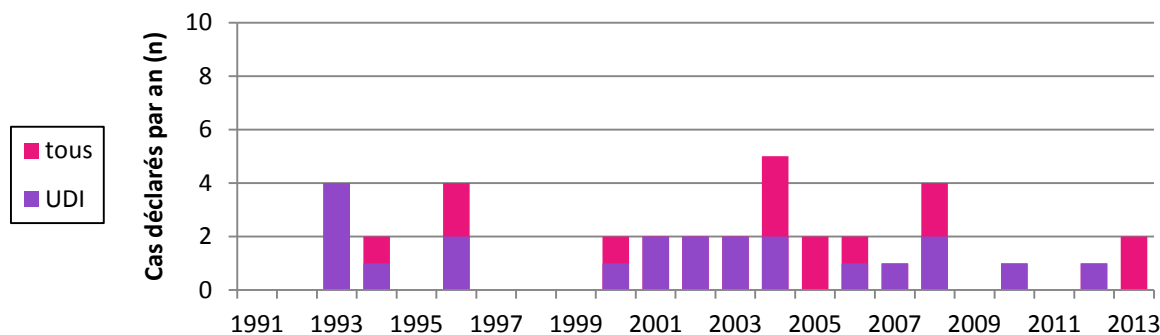


Figure 35 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas dans le canton d'Argovie

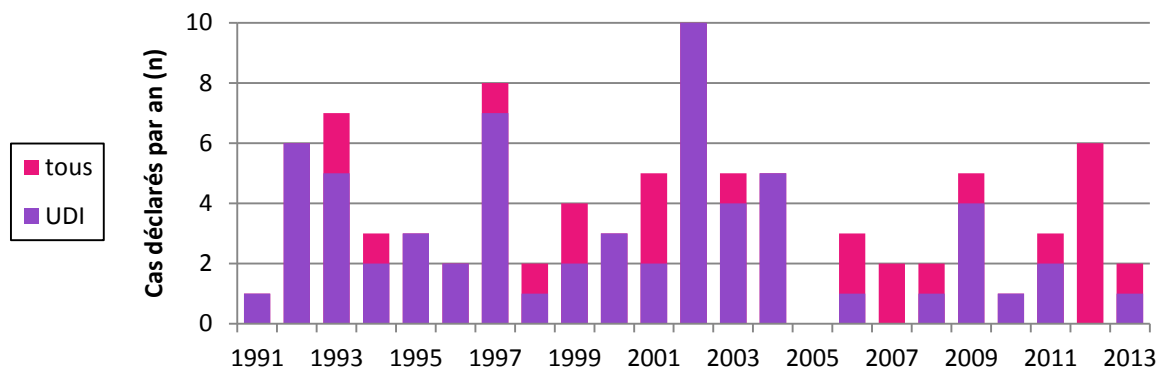


Figure 36 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse <30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée

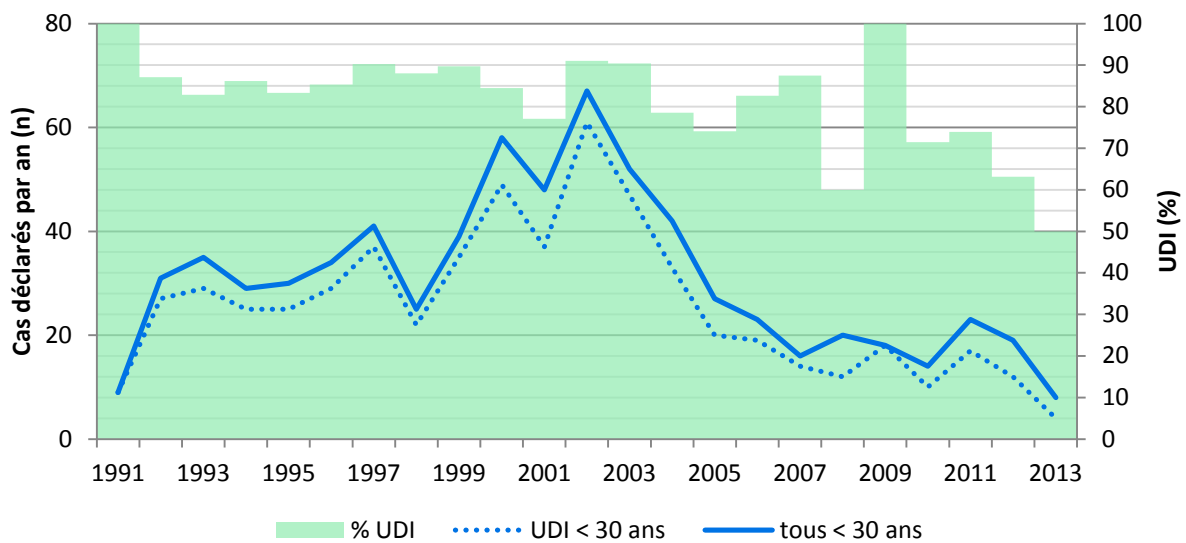


Figure 37 Hépatite C aigüe - Évolution du nombre de déclarations de cas en Suisse >30 ans, et de la proportion de ceux-ci où l'utilisation de drogues par voie IV (UDI) est déclarée

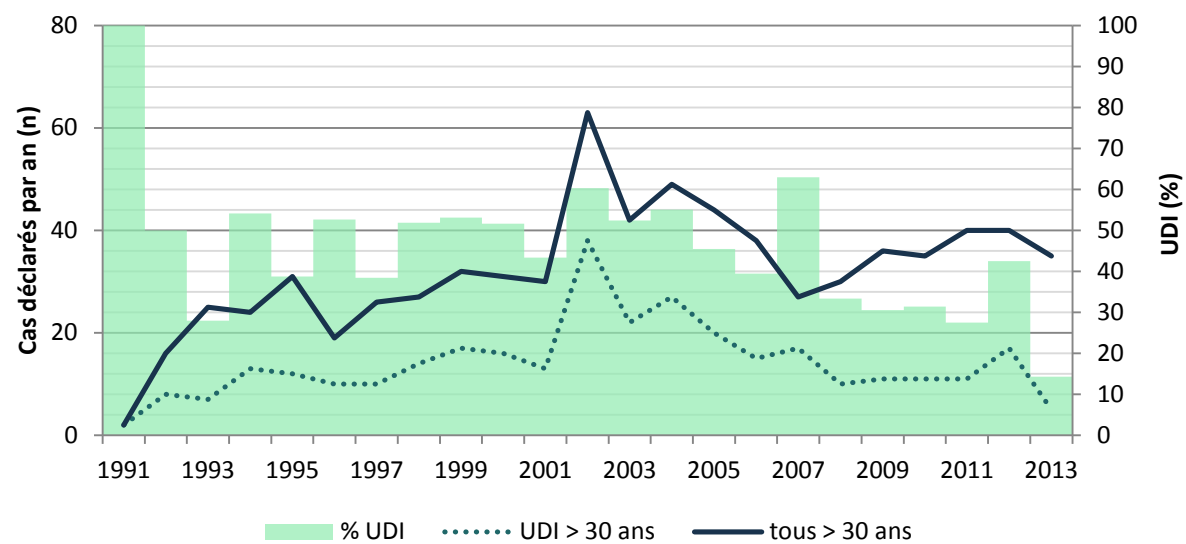


Figure 38 Prévalence du VHC chez les UDI actifs à l'entrée en traitement par prescription d'héroïne (HeGeBe), par sexe

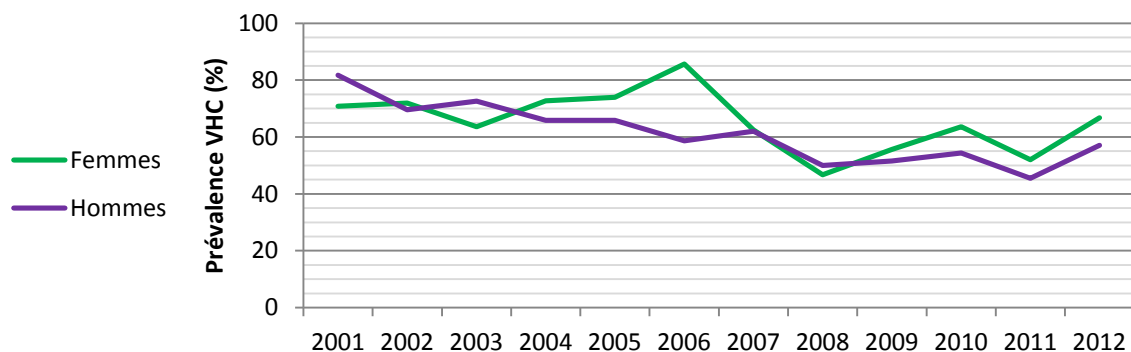
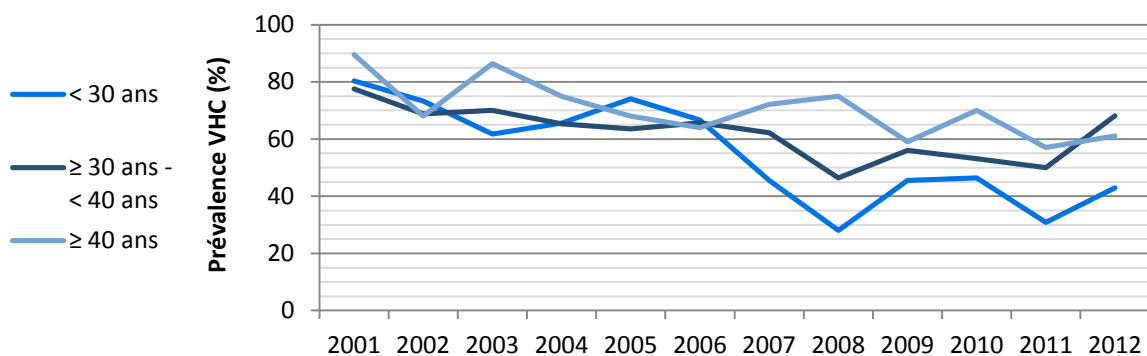


Figure 39 Prévalence du VHC chez les UDI actifs à l'entrée en traitement par prescription d'héroïne (HeGeBe), par catégorie d'âge



11.2 Annexe 2 : Listes des personnes interviewées

11.2.1 Experts nationaux

Tableau 20 Guide d'entretien pour les experts nationaux

Domaine	Questions à investiguer	Q posées à
Charge de maladie /coûts	1- Quelle est la prévalence du VHC parmi les usagers que vous voyez dans votre pratique quotidienne ? (en particulier UDI), Quelles sont les spécificités de cette population?? Quelle est l'incidence? Quelles sont les tendances chez les UDI?	Tous, surtout cohortes, SEVHep
	2- Quelles sont vos sources d'information?	
	3- Y a-t-il eu des estimations des coûts pour la prise en charge des UDI, évolution des coûts prévue?	Tous, surtout cohortes, SEVHep
Information /prévention	4- Quelles campagnes d'information ou de prévention ont- été menées au niveau national (et local) ? -auprès des usagers de drogues (UDI) -auprès des professionnels (et lesquels)?	Tous, en particulier Infodrog avec documents
	5- Y a-t-il eu des évaluations de ces campagnes ?	
	6- Quels effets ont-elles eu sur les populations ciblées? (niveau d'information, reconnaissance du problème)	
	7- Des formations spécifiques sur l'hépatite C ont-elles été mises en place pour les professionnels, quels professionnels (niveau national et local)	Tous, en particulier SSAM et GREAFVS
	8- Quels ont été les problèmes rencontrés, les lacunes (domaine information/ prévention et formation). Pistes d'amélioration?	Tous
Dépistage, accès au diagnostic	9- Y a-t-il des recommandations nationales Quelles sont les spécificités de cette population? concernant le dépistage du VHC chez les UDI? Contenu des recommandations?	Tous, en particulier SSAM et GREAFVS
	10- Y a-t-il des recommandations pour d'autres populations?	
	11- Y a-t-il des recommandations nationales/cantoniales/locales que vous suivez concernant l'accompagnement au diagnostic du VHC chez les UDI (génotypage, détermination du stade de la maladie /de la fibrose)? Contenu des recommandations?	
	12- Y a-t-il eu, le cas échéant des évaluations des recommandations nationales? (documenter)	
	13- Quelles sont les pratiques de dépistage et de diagnostic chez les UDI, y a-t-il des différences régionales, de <i>setting</i> ? Quelle est la couverture en dépistage et diagnostic chez les UDI? Quelle est la systématisation des pratiques?	
	14- Et pour d'autres populations?	
	15- Y a-t-il des les freins au dépistage et au diagnostic chez les UDI? Lesquels?	
	16- Quelles sont les bonnes pratiques existantes?	
	17- Quelles améliorations proposer?	
Traitement	18- Y a-t-il des recommandations nationales/cantoniales/locales concernant le traitement du VHC chez les UDI? Contenu des recommandations?	Tous, en particulier SSAM, SEV, cohortes
	19- Y a-t-il eu, le cas échéant des évaluations des recommandations nationales? (documenter)	

Domaine	Questions à investiguer	Q posées à
	20- Est-ce que la chaîne dépistage-diagnostic-traitement fonctionne chez les UDI? Quels sont les principaux problèmes / les exemples de bonne pratique?	
	21- Quel est l'accès aux traitements des UDI ? (indication au traitement, accès au traitement, accès à la transplantation, co-infection par le VIH)	
	22- Y a-t-il des difficultés d'accès au traitement et de maintien en traitement des UDI? Lesquelles et pourquoi?	
	23- Quelles sont les bonnes pratiques existantes pour faciliter l'accès et le maintien en traitement?	
	24- Y a-t-il des lacunes dans les dispositifs?	
	25- Quelles améliorations proposer?	
	26- Quelles sont les responsabilités respectives des professionnels du domaine des traitements de la dépendance (substitution, stationnaire), des hépatologues, des gastro-entérologues des infectiologues dans la prise en charge du VHC, en particulier des consommateurs de drogues;	
	27- Quelle est la place d'autres professionnels (médecine de ville, etc) dans la prise en charge de l'hépatite C?	
	28- Comment se passe la coopération entre ces divers professionnels pour la prise en charge des UDI?	
	29- Quelles améliorations proposer le cas échéant?	
	30- Quelles sont les perspectives de traitement de l'hépatite C chez les UDI dans les années à venir (nouvelles molécules, couverture, nouveaux problèmes, etc.)?	

Liste des experts nationaux interviewés

Barbara Broers, HUG, GE

Peter Lötscher, Leiter DAS (K&A Winterthur), FVS

Claude Scheidegger, SAMSU, BS

Peter Menzi, Infodrog, BE

Philipp Brugmann, ARUD, ZH

Francesco Negro, HUG, GE

Dunia Nica, Kantonspital SG

David Semela, Kantonspital SG, Chairman SCCS

11.2.2 Experts cantonaux: Vaud

Interviews

Erika Castro	médecin somaticien Centre St martin (traitement ambulatoire)
Darius Moradpour	médecin chef du service d'hépatologie du CHUV
Matthias Cavassini	médecin chef du service médecine 2 (traitement VIH)
François Perrinjaquet	directeur d'Entrée de Secours (bas seuil, Morges)
Michel Cheseaux	médecin coordinateur pour la médecine somatique dans les prisons
Bruno Boudier	directeur de La Fondation Bartimée (traitement résidentiel)
Nicolas Pythoud	directeur Le Passage (bas seuil Lausanne)

Focus group

Jean-Claude Maillard	infirmier en psychiatrie à La Fondation Bartimée
Pierre Deltenre	médecin adjoint au CHUV
Michel Cheseaux	médecin généraliste, coordination des soins somatiques dans les prisons du canton de VD, PMU
Erika Castro	médecin somaticienne Centre St martin, service d'addictologie CHUV
Riso Jacquard	infectiologue indépendant, consultant au Centre du Levant
Ariane Cordonnier	infirmière santé communautaire, responsable réduction des risques AACTS à Vevey
Valérie Dupertuis	cheffe de projet ReLier et Relais: gestion opérationnelle au programme de santé publique, programme de prévention des maladies transmissibles, échange matériel personnes toxico-dépendantes.
Delphine Ducroz	infirmière à Zone Bleue
Margaret Georges	étudiante-infirmière à Zone Bleue

11.2.3 Experts cantonaux: Zurich

Interviews

Urs Vontobel	Leiter Ambulatorium Kanonengasse der Stadt Zürich und Suchtbehandlung Frankental.
Alexander Bücheli	Streetwork Zürich.
Milos Huber	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene Universitätsspital USZ.
Eliane Benz	Pflegefachfrau Somatik, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ZAE Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
Andreas Moldovanyi	Leitender Arzt Crossline & Lifeline und ehemaliger Leitender Arzt Suchtbehandlung Frankental.

Philipp Bruggmann Leitender Arzt Somatik, ARUD Zürich (wurde bereits als Experte interviewt und ist Mitglied Begleitgruppe).

Focus group

Milos Huber, Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene Universitätsspital USZ.
 Adrian Kormann Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Somatik, Leiter HeGeBe ARUD.
 Robert Oppliger Leitung Somatik, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen PUK ZH.
 Bänninger Andreas Leiter Kontakt- und Anlaufstelle Oerlikon, interne Fachgruppe Medizin.
 Urs Vontobel Leiter Ambulatorium Kanonengasse der Stadt Zürich und Suchtbehandlung Frankental.
 Alexander Bücheli Streetwork Zürich.
 Thomas Frey Privatpraxis und Mitglied des HIV-pract Netzwerkes in Zürich.
 Beat Helbling Gastroenterologe, Hepnet Zürich, Privatklinik Bethanien.

11.2.4 Experts cantonaux Valais

Interviews

Philippe Vouillamoz Directeur de la section Aide/Prévention de la fondation Addiction Valais
 Frank Bailly Médecin chef, Service des maladies infectieuses de l'ICHV
 François Pillet Médecin généraliste et co-fondateur du groupe Medrotox
 Roger Brennwald Educateur spécialisé, foyer Rives du Rhône
 Berrut Gastro-entérologue installé

Focus group

Philippe Vouillamoz Directeur de la section Aide/Prévention de la fondation Addiction Valais
 Frank Bailly Médecin chef, Service des maladies infectieuses de l'ICHV
 Roger Brennwald Educateur spécialisé, foyer Rives du Rhône
 Mme P. Infirmière au CAAD (traitement résidentiel)

11.2.5 Experts cantonaux Aargau

Fux Chefarzt Abteilung für Infektiologie & Spitalhygiene, Kantonsspital Aarau.
 Peter Ackle Privatpraxis und ärztlicher Leiter Entzugsstation Neuenhof.

Marco Wagner	Fachbereichsleiter Institut für Sozialtherapie.
Anna-Barbara Villiger	Leiterin Suchtberatung Bezirke Rheinfelden & Laufenburg.
Michael Schwilk	Leiter ambulantes Beratungszentrum Baden.
Helen Frei	Suchtberaterin Suchtberatung Bezirk Brugg.
Benjamin Schaefer	Stellenleiter Suchtberatung Bezirke Aarau & Kulm (Suchtberatung und Spritzenaustauschprogramm).
M. Näf	Leitender Arzt HAG Brugg, Psychiatrische Dienste Aargau AG, IPD Klinik / Ambulatorium HAG.

11.3 Annexe 5 : Usagers de drogues

Tableau 21 Guide d'entretien pour les usagers de drogues

	Question
Général	<p>Que savez-vous de l'hépatite C ?</p> <p>Qu'est-ce qui se sait de l'hépatite C dans le milieu des utilisateurs de drogue ?</p> <p>Est-ce que c'est un sujet de préoccupation ? (pour vous, pour la communauté)</p> <p>Est-ce que l'hépatite C est un sujet de conversation ? (pour vous, dans le milieu)</p> <p>Est-ce que le fait d'être porteur du virus de l'hépatite C se dit ? (vous, dans le milieu)</p> <p>Quelles sont les conséquences si on le dit ?</p> <p>Par rapport au VIH, comment voyez-vous l'hépatite C ? Et dans la communauté ? (gravité ? évitable ? étiquette ?)</p>
Information et prévention	<p>Savez-vous s'il existe des campagnes de prévention sur l'hépatite C ?</p> <p>Est-ce qu'il y a eu des échos dans la communauté suite à une campagne ?</p> <p>Quelles améliorations seraient nécessaires ?</p>
Connaissances réduction des risques Harm Reduction	<p>Qu'est-ce que vous savez des moyens de protection contre l'hépatite C ? Et dans la communauté ?</p> <p>Est-ce que les moyens de protection sont un sujet de discussion/préoccupation (not. au moment de la consommation ou de sa préparation) ? Quelles sont les habitudes de consommation ? (vous/communauté)</p> <p>Av(i)ez-vous accès à du matériel stérile pour des injections facilement ? Et dans la communauté ? Comment ? (Obstacles ? Craintes ?)</p> <p>Êtes-vous vacciné-e contre les autres hépatites ?</p>
Dépistage	<p>Que savez-vous / qu'est ce qui se dit du dépistage du VHC ? Est-ce qu'on en parle ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des craintes ? des obstacles ? (pour vous / communauté)</p> <p>Avez-vous fait un test de dépistage (au moins une fois dans la vie / dans la dernière année)? Si non, pourquoi ? Si oui, quelle a été la suite ?</p> <p>Et dans la communauté, est-ce que le dépistage se fait fréquemment ?</p>

Question	
Bilan	<p>Que savez-vous du bilan à effectuer lorsque le dépistage est positif ? Et dans la communauté, qu'est-ce qui s'en dit ?</p> <p>Y a-t-il des craintes ? des difficultés (obstacles) ?</p>
Traitement	<p>Que savez-vous du traitement de l'hépatite C ? Et dans la communauté ?</p> <p>Comment voyez-vous le traitement (effets secondaires) ? Et dans la communauté ?</p> <p>Qu'est-ce qu'on pense de l'utilité de se traiter ? (vous, communauté)</p> <p>Y a-t-il une réticence de la part de certains professionnels pour traiter des UD ?</p> <p>Connaissez-vous des personnes UD qui ont été traitées pour une hépatite C ?</p> <p>Savez-vous s'il y aura de nouveaux traitements dans le futur ? Qu'en pensez-vous / qu'est-ce qui se dit dans la communauté ?</p>

Tableau 22 Caractéristiques des usagers de drogues interviewés

Canton	Sexe	Age	Injecteur	Hépatite C	Traitement hépatite C	Traitement de substitution
Argovie	Homme	35 ans	Oui	Positif	Oui	Pas connu
Argovie	Homme	45 ans	Oui	Négatif	Pas concerné	Pas connu
Valais	Homme	28 ans	Oui	Négatif	Pas concerné	Oui
Valais	Homme	35 ans	Oui	Positif	Non	Oui
Vaud	Homme	36 ans	Non	Négatif	Pas concerné	Oui
Vaud	Homme	41 ans	Oui	Positif	Oui	Oui
Zurich	Femme	53 ans	Oui	Positif	Non	Oui
Zurich	Homme	53 ans	Oui	Positif	Non	Oui

11.4 Annexe 6 : Nombre de traitements dispensés pendant les années 2012 et 2013, selon l'estimation des répondants

Tableau 23 Structures de traitement résidentiel

Nom			Ville	Traitements délivrés
	Stadt Zürich, Soziale Einrichtungen und Betriebe	Betreutes Wohnen City	Zürich	15
	Wangen bei Olten	Wohnheim Bethlehem	Wangen bei Olten	12
	Fondation Bartimée		Grandson 1	10
	Sunedörfli Aussenwohngruppe	Stiftung Sozialwerke Pfarrer Ernst Sieber	Hirzel	8
	Fondation Chez Paou		Saxon	5
	Freihof Küsnacht		Küsnacht	5
	Foyer André	Fondation Ressources	La Côte aux Fées	4
Betreutes Wohnen	Haus Elim	Diakonische Stadtarbeit Elim	Basel	3
Opiatgestützte Behandlungen	Justizvollzugsanstalt Realta	Amt für Justizvollzug Graubünden	Cazis	3
	Stadt Zürich	Werk- und Wohnhaus zur Weid	Mettmenstetten	3
	Fachinstitution für Suchttherapie	sennhütte	Zug	3
Centre de traitement et réadaptation pour personnes dépendantes	Clos - Henri	Fondation Dépendances	Les Genevez	2
	Thérapie für Frauen und Kinder	Lilith	Oberbuchsiten	2
	Sozialtherapeutische Einrichtung für Substituierte	Haus Gilgamesch	Basel	2
	RehabilitationsZentrum für suchtgefährdete und süchtige Personen	RehabilitationsZentrum Lutzenberg	Lutzenberg	2
Familienplatzierungen	Spektrum	Suchthilfe Region Basel	Basel	2
Institution résidentielle thérapeutique	CRMT	ARGOS	Thônex	2
	Communauté thérapeutique avec sevrage systématique	Foyer Rives du Rhône	Sion	1
Centre d'accueil à seuil adapté	CASA	Fondation du Levant	Le Mont-sur-Lausanne	1
Suchttherapie nach Mass	Chratten	Stationäre Einrichtung für Suchttherapie	Beinwil	1
Übergangswohnheim	Haus Felsenau	Bernischer Verein für Gefangenen- und Entlassenenfürsorge BeVGe	Bern	1
	Forelhaus Zürich	Stiftung Forelhaus Zürich	Zürich	1
Stadt Zürich	Integrationswohngruppe	Suchtbehandlung Frankental	Zürich	1
	Maison de la vie	Bethraïm	Cugy	1
	Fondation l'Epi		Ménières	1

Les déclarations de traitements par les répondants pour les structures résidentielles totalisent 91 traitements pour 2012-2013.

Tableau 24 Structures ambulatoires

Nom			Ville	Nombre de traitements délivrés
	Zentrum Hauptbahnhof	Arud	Zürich	25
		KODA 1	Bern 14	20
	Zentrum Stampfenbach	Arud	Zürich	10
Zentrum für heroingestützte Behandlung der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel	Behandlungszentrum Janus	HeGeBe, Janus	Basel	10
	Poliklinik Crossline	Soziale Einrichtungen und Betriebe der Stadt Zürich	Zürich	10
	Behandlungszentrum für substanzgestützte Therapie	biwak	Burgdorf	8
Opiatgestützte Behandlungen	Ambulatorium Neumühle	Psychiatrische Dienste Graubünden	Chur	7
Service ambulatoire addictions	trans-AT Delémont	Fondation Dépendance	Delémont	6
Zentrum Ambulante Suchtbehandlung des Contact Netz	ZAS Bern	Contact Netz	Bern	5
Zentrum für ambulante Suchtbehandlung	Suprax	Suprax - Zentrum für ambulante Suchtbehandlung	Biel	4
Institution für Substitutionsbehandlungen	ZOPA	HeGeBe	Baar	4
	Centre de Soins 8 bis		Grand-Lancy	3
Ambulante Nachsorge	Abteilung Begleitetes Wohnen	Akzent Prävention und Suchttherapie	Luzern	2
	Therapiezentrum Ausserhofmatt	Akzent Prävention und Suchttherapie	Schachen	2

Les déclarations de traitements par les répondants pour les structures ambulatoires totalisent 116 traitements pour 2012-2013.

Tableau 25 Structures à seuil bas

Nom			Nombre de traitements délivrés
Verein Wohn- und Lebensgemeinschaft	Haus Gümmenen	Gümmenen	2

