

# ACCÈS AUX SOINS ET AU TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES : L'ABANDON DES PERSONNES LES PLUS LOURDEMENT TOUCHÉES

## INTRODUCTION

La production de données précises et de haute qualité sur l'hépatite C constitue toujours un enjeu pour les pays généralisant l'accès aux traitements, les services de diagnostic et mettant en place des plans nationaux de lutte contre les hépatites. Il existe peu d'informations sur la manière dont les personnes qui s'injectent des drogues sont prises en compte dans les plans nationaux de lutte contre les hépatites et dans quelle mesure elles bénéficient d'un diagnostic, d'un traitement, et sont orientées vers des services de réduction des risques et d'autres services de santé. Les données de la base de données publique et gratuite [mapCrowd](#), ont été collectées entre le 9 avril et le 30 octobre 2019 dans plus de 44 pays, communiquées par 60 contributeurs au mapCrowd.

Pour compléter leurs contributions, nous avons effectué une revue de littérature et échangé des données avec l'Organisation mondiale de la santé et Harm Reduction International. Nous avons réussi à rassembler des données actualisées sur les points suivants :

- le nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues ;
- l'estimation au niveau national de la prévalence du VHC (anticorps) et de la virémie VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues ;
- l'existence d'un certain nombre de restrictions d'accès au traitement, parmi lesquelles l'abstinence aux drogues ;
- la mise sous traitement estimée au sein de la population générale et parmi les personnes qui s'injectent des drogues ;
- l'inclusion ou non des services de réduction des risques dans les politiques nationales.

Sur la base de ces données, nous résumons les principales observations, en précisant que les contributeurs des pays transmettent des données spécifiques à des projets, qui peuvent ne pas refléter l'ensemble des réalités auxquelles sont confrontées les personnes qui s'injectent des drogues ; ainsi que tous leurs besoins en matière de santé, notamment au regard du VHC<sup>1</sup>.

*Cette note d'information entend fournir des éléments supplémentaires aux défenseurs de l'accès au traitement et aux soins des personnes qui s'injectent des drogues, en vue de documenter des campagnes nationales et régionales.*

## 2. LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES SONT TOUCHÉES PAR L'HÉPATITE C DE FAÇON DÉMESURÉE

Environ 71 millions de personnes sont infectées de façon chronique par le VHC dans le monde entier. La consommation de drogues par injection contribue à l'épidémie mondiale d'hépatite C<sup>2</sup>, et les personnes qui s'injectent des drogues sont touchées de manière démesurée par cette maladie transmissible par le sang (voir la carte 1):

- au niveau mondial, la prévalence du VHC (anticorps) chez les personnes qui s'injectent des drogues est estimée à 52,3 %<sup>3 4</sup>
- sur les 15,6 millions de personnes qui s'injectent des drogues estimées (dont 3,2 millions de femmes<sup>5</sup>) dans le monde, 6,1 millions sont infectées de façon chronique par le VHC<sup>6</sup> (soit une virémie positive pour 39,2 % d'entre elles)<sup>7</sup> ;
- un décès sur trois liés au VHC est imputable à la consommation de drogues par voie injectable<sup>8</sup>
- près d'un quart des nouvelles infections par le VHC dans le monde concernent les personnes qui s'injectent des drogues<sup>9</sup>
- quatre pays (Brésil, Chine, Russie et États-Unis) comptent le plus grand nombre de personnes qui s'injectent des drogues porteuses du VHC. Plus de la moitié (51 %) des personnes ayant une pratique récente de consommation de drogues par voie injectable porteuses du VHC vivent dans ces quatre pays.<sup>10</sup>

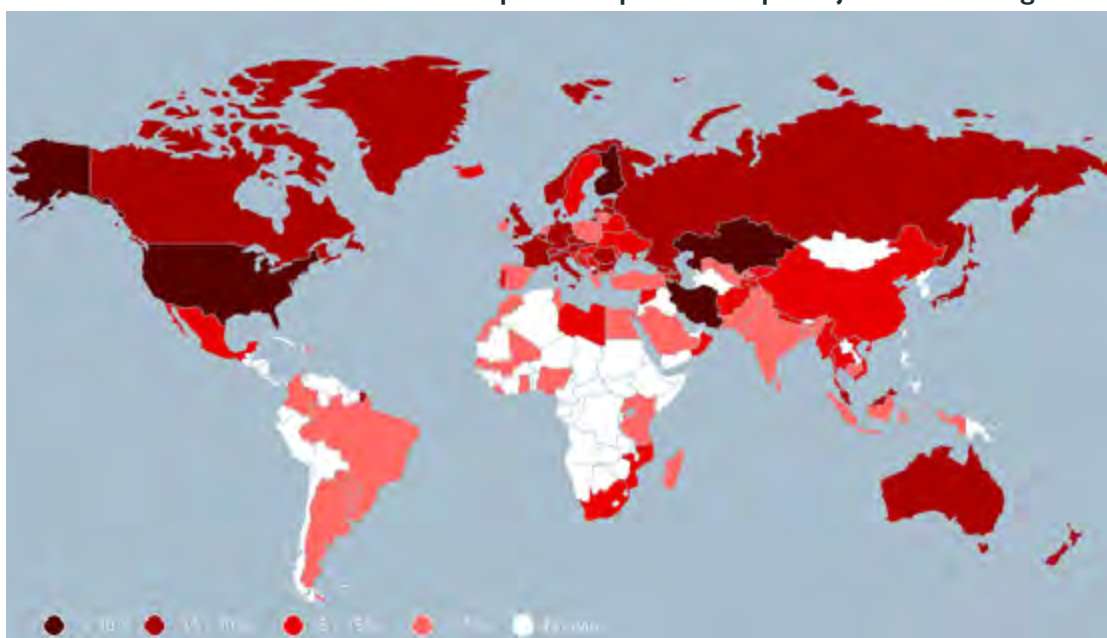
### Les objectifs mondiaux suivants ont été fixés afin d'éliminer le VHC d'ici à 2030 :

- la réduction de 90 % de l'incidence ;
- la réduction de 65 % de la mortalité ;
- le diagnostic de 90 % des personnes infectées par l'hépatite C ; et
- le traitement de 80 % des personnes diagnostiquées.

La stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît la nécessité absolue d'intégrer les personnes usagères de drogues (PUDI), notamment par voie injectable, dans les stratégies nationales de lutte contre les hépatites et d'inciter les pays à :

- mettre en œuvre un dispositif complet de services de réduction des risques<sup>11 12</sup> ;
- lever les obstacles juridiques et institutionnels à la mise en place de services de réduction des risques ;
- mettre en lien les services de diagnostic et de prise en charge des hépatites avec les dispositifs de réduction des risques afin de faciliter l'intégration des services de prévention, de traitement et de soins des personnes qui s'injectent des drogues.

**Carte. 1 Poids relatif mondial du VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues<sup>13</sup>**

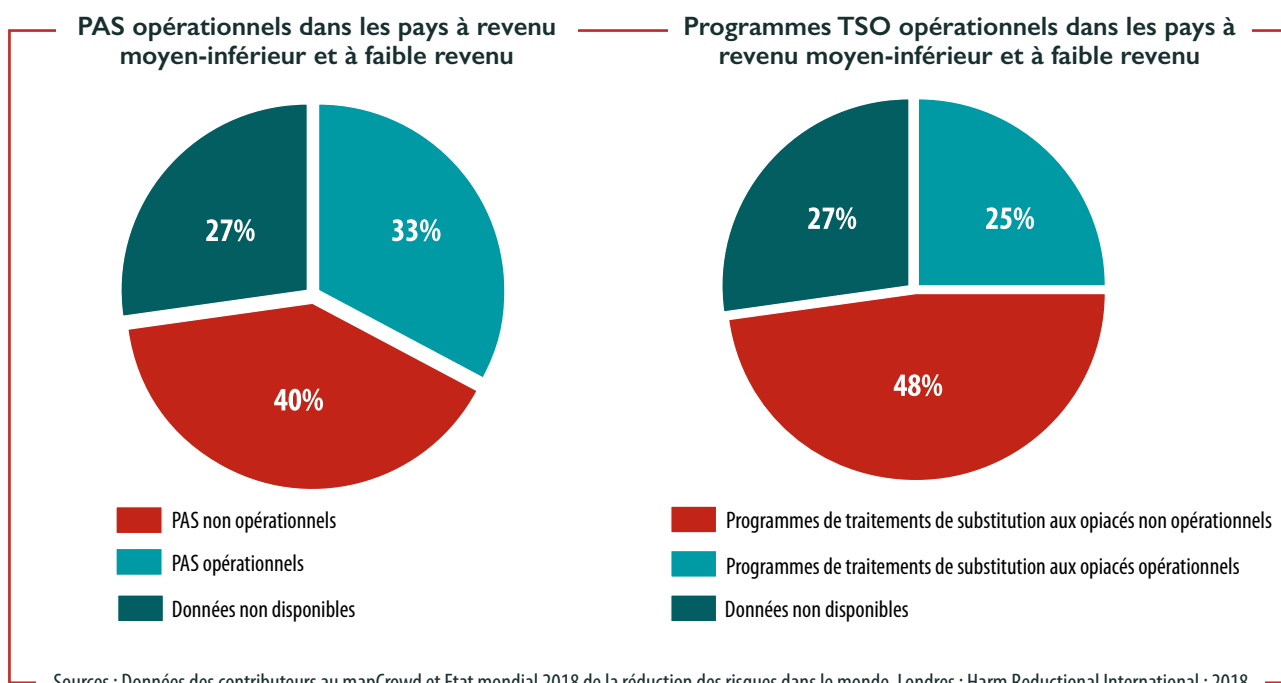


### 3. IL N'EXISTE PAS SUFFISAMMENT DE SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES

L'OMS et de nombreuses autres agences des Nations unies indiquent qu'une combinaison de niveaux élevés de couverture des programmes de distribution de seringues (PAS) et de traitement de substitution aux opiacés (TSO) constitue une intervention rentable permettant de réduire le risque d'infection par le VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Une analyse rigoureuse d'études scientifiques<sup>14</sup> suggère que le risque d'infection par l'hépatite C peut être réduit de 74 % lorsque ces deux programmes sont en place. Parmi les pays où l'information est disponible, seulement un peu plus du quart des pays à revenu moyen inférieur et à faible revenu mentionnent la réduction des risques dans leurs politiques nationales (voir graphique 1)<sup>15</sup>. Des programmes d'accès aux seringues (PAS) et des programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO) sont disponibles dans 86 pays (seulement 40 % des 216 pays du monde).<sup>16</sup>

D'autres pays, comme la Fédération de Russie, qui est l'un des pays où le poids de l'infection par le VHC est le plus lourd, appliquent des politiques réprimant la consommation de drogues et s'opposent aux projets de réduction des risques. En Russie, les TSO sont interdits au niveau fédéral et les PAS sont quasi inexistants, alors que les taux de VIH et de VHC augmentent chez les personnes qui s'injectent des drogues.<sup>17</sup>

**Graphique 1. PAS et Programmes de TSO dans les pays à revenu moyen-inférieur et à faible revenu**



Le nombre de pays masque **la grande disparité existante entre les différents services de réduction des risques fournis d'un pays à l'autre**. Par exemple, si l'on compare les données de deux des pays les plus peuplés du monde, l'Inde et l'Indonésie, on constate que le nombre de seringues distribuées par personne et par an est près de 10 fois plus élevé dans le premier (250) que dans le second (26).<sup>18</sup> Dans l'ensemble, en 2015, la moyenne mondiale de 20 seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues et par an est loin de la cible de l'OMS pour le VHC à atteindre d'ici à 2030, de 300 seringues par an en moyenne dans le monde.

De la même façon, **la qualité et la disponibilité des services de réduction des risques varient considérablement d'un pays à l'autre, ainsi qu'au sein d'un même pays**. Dans la plupart des cas, les PAS sont concentrés dans les centres urbains, au détriment des zones rurales. Un autre problème est la disponibilité au sein des dispositifs de réduction des risques des services de prise en charge du VHC. **Tous les dispositifs ne proposaient pas le diagnostic du VHC et/ou des informations sur l'hépatite C**. Sur les 30 pays européens, le diagnostic du VHC n'était pas proposé par les services de réduction des risques dans 6 pays : la Croatie, Chypre, l'Estonie, la Lituanie, la Pologne et la Slovaquie, où le poids relatif de l'infection chez les personnes qui s'injectent des drogues varie entre 3,78 % (Lituanie) et 21,2 % (Slovaquie).<sup>19 20</sup>

## 4. PEU DE PLANS NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES INTEGRENT LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour augmenter le nombre de plans nationaux ciblant spécifiquement les personnes qui s'injectent des drogues. En septembre 2016, le premier rapport basé sur les données de mapCrowd indiquait que parmi les 119 pays où l'information était disponible, seuls 44 (soit 37 %) disposaient d'un plan national de lutte contre le VHC. Lorsqu'elles existent, beaucoup de ces politiques n'incluent pas les stratégies qui créent ou améliorent l'accès à la prévention, au diagnostic et au traitement du VHC des personnes qui s'injectent des drogues, malgré le lourd poids du VHC dans ces pays.

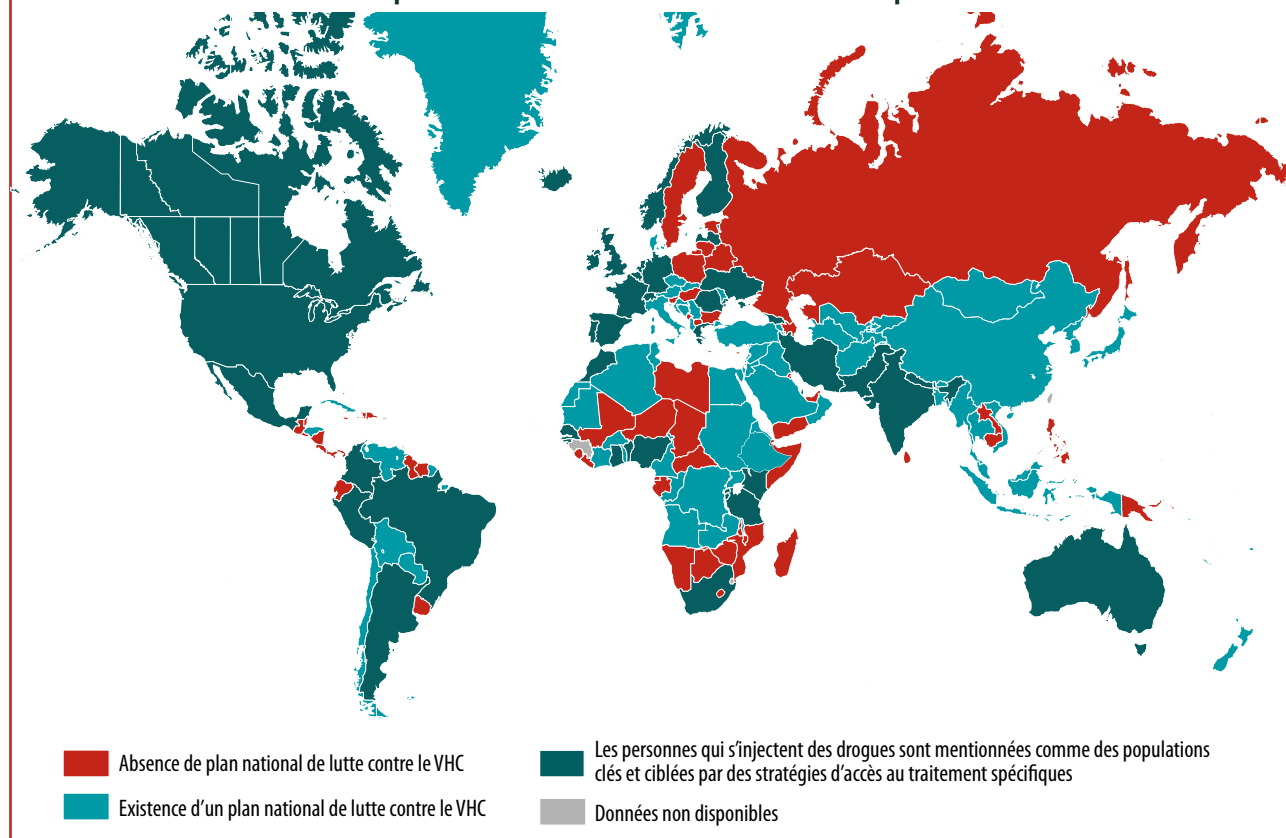
À titre de comparaison, en septembre 2019, sur les 189 pays où des informations étaient disponibles, 111 (58 %) disposaient d'un plan national de lutte contre le VHC. Sur ces 111 pays, 32 (soit 29 %) mentionnent des populations clés et les ciblent grâce à des stratégies d'inclusion au traitement spécifiques.

Faire référence aux besoins spécifiques des personnes qui s'injectent des drogues, en particulier à ceux des femmes, trop souvent négligées dans les programmes de réduction des risques, est une étape positive, mais des stratégies sur mesure supplémentaires, des objectifs détaillés, des indicateurs et des budgets alloués sont nécessaires pour garantir leur participation effective et aider à déterminer quels services de prise en charge du VHC leur conviennent le mieux.

**Questions mapCrowd : Existe-t-il un plan national de lutte contre les hépatites virales ? Si oui, les personnes qui s'injectent des drogues sont-elles mentionnées comme des populations clés et ciblées par des stratégies d'accès au traitement spécifiques ?**

*Il existe certaines tendances positives : de plus en plus de pays ont adopté, ou sont sur le point d'adopter, un plan national de lutte contre les hépatites.*

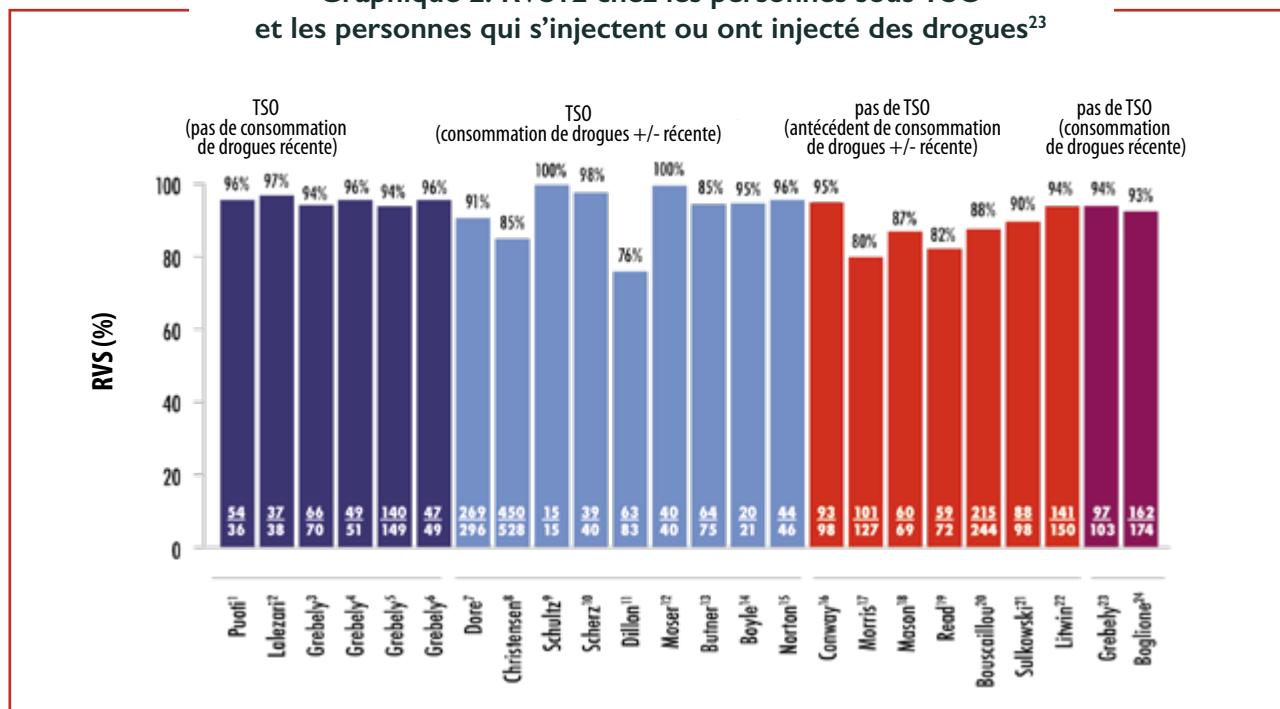
Carte 2. Inclusion des personnes qui s'injectent des drogues dans les plans nationaux de lutte contre les hépatites<sup>21 22</sup>



## 5. RESTRICTIONS DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT FONDÉES SUR L'ABSTINENCE

Il n'existe aucune base scientifique permettant de refuser un traitement antirétroviral à action directe (AAD) aux personnes qui s'injectent des drogues. **Les réponses virologiques soutenues (RVS) obtenues avec différents AAD chez les personnes qui s'injectent des drogues après 12 semaines sont similaires à celles obtenues chez les personnes ne consommant pas de drogues par voie injectable.** Cela est vrai pour les personnes usagères de drogues comme pour celles ayant consommé des drogues dans le passé, et indépendamment du fait qu'elles soient sous TSO ou non.

**Graphique 2. RVS12 chez les personnes sous TSO et les personnes qui s'injectent ou ont injecté des drogues<sup>23</sup>**



De plus, **les ADD sont extrêmement efficaces, y compris lorsque l'observance n'est pas parfaite.** Pourtant, la stigmatisation et les préjugés dont font l'objet les personnes qui s'injectent des drogues auprès des prestataires de santé laissent entendre qu'elles ne termineront pas le traitement AAD. Les personnes usagères de drogues possèdent une expertise et une expérience considérables dans la gestion de leur consommation de drogues ; cela peut constituer un avantage certain pour suivre et aller jusqu'au bout d'un traitement ! L'étude SIMPLIFY a démontré que les personnes ayant déclaré consommer des drogues par injection au moment de l'étude présentaient une observance et une RVS satisfaisantes lorsqu'elles prenaient un traitement sofosbuvir/velpatasvir ; 97 % des participants avaient atteint la RVS en semaine 12.<sup>24</sup>

**La réduction des risques est une prévention.** Les réinfections se produisent et les réponses nationales au VHC doivent les anticiper et tester et traiter les personnes, qu'elles aient été ou non réinfectées par le VHC. Lorsque l'usage de drogues est pénalisé et que les personnes n'ont pas accès à des informations de qualité, à du matériel d'injection stérile, et ne sont pas mises en relation avec les programmes de TSO et les autres services de prévention et de réduction des risques, les personnes qui s'injectent des drogues risquent davantage d'être exposées au VHC et à d'autres problèmes de santé. **Il n'y a aucune raison médicale de ne pas traiter les personnes qui ont été réinfectées.** Comprendre les précautions à prendre, élargir l'accès à des services complets et préventifs de réduction des risques et de santé sexuelle et démarrer les AAD le plus tôt possible peut aider à réduire le taux de réinfections et à prévenir la transmission du VHC – agir en tant que traitement comme moyen de prévention (TasP).<sup>25</sup> Le fait de proposer un traitement précoce dans divers contextes cliniques, y compris aux personnes injectrices actives et ayant accès à des programmes de distribution de seringues, peut réduire la prévalence de l'ARN du VHC (virémie) et augmenter la mise sous traitement AAD au sein de cette population.<sup>26</sup>

## Question mapCrowd : Les consommateurs de drogues actifs, injecteurs ou non, sont-ils éligibles ?

Les recommandations cliniques pour l'hépatite sont disponibles dans 44 pays, mais elles n'insistent pas toutes sur la couverture du traitement pour les populations clés. Pire encore, en matière de droits de l'homme, elles excluent, dans 9 pays où des données sont disponibles, les personnes injectrices actives et conditionnent l'accès au traitement de l'hépatite C à l'abstinence aux drogues.

Cependant, **de façon générale, une tendance positive a été observée ces dernières années : de plus en plus de pays abandonnent les restrictions d'accès au traitement fondées sur l'abstinence.** Ainsi, avant 2018, sur les 77 pays où des données étaient disponibles, 16 pays mettaient en œuvre des restrictions ; aujourd'hui, près de la moitié d'entre eux ont changé de politique.

### Les personnes qui consomment des drogues ne sont pas toujours éligibles au traitement du VHC

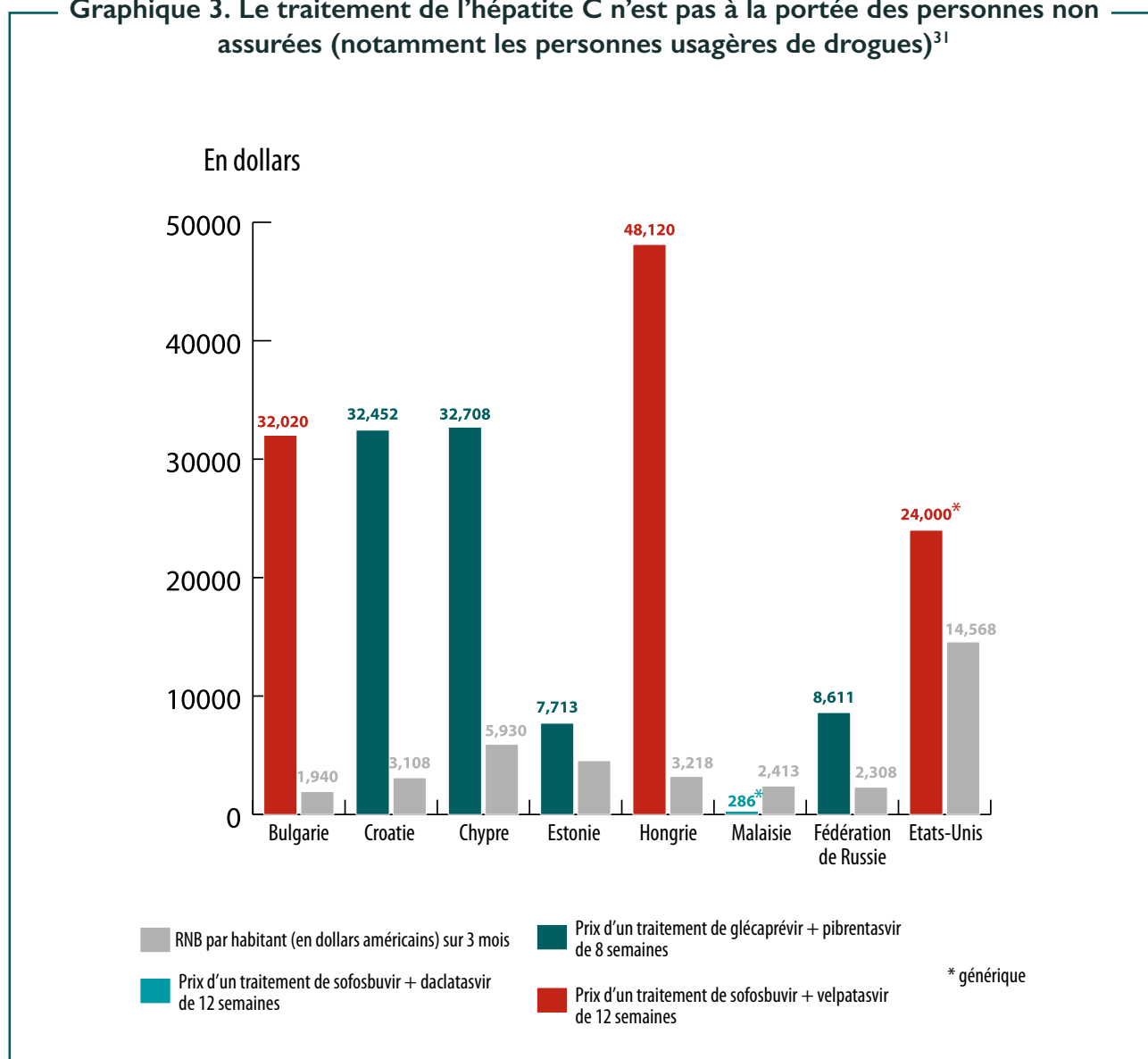
| Pays où les personnes qui s'injectent des drogues n'étaient pas éligibles au traitement du VHC avant 2018                                                                                    | Pays où les personnes qui s'injectent des drogues ne sont pas éligibles au traitement du VHC en 2019 | Pays en train de réécrire leurs directives cliniques nationales en matière d'hépatite C en vue de modifier ou de supprimer les restrictions fondées sur l'abstinence |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bulgarie<br>Burundi<br>Chine<br>Croatie<br>Chypre<br>Estonie<br>Hongrie<br>Malaisie<br>Malte<br>Myanmar<br>Pologne<br>Roumanie<br>Fédération de Russie<br>Slovaquie<br>Ukraine<br>États-Unis | Bulgarie<br>Croatie<br>Chypre<br>Malaisie<br>Fédération de Russie<br>Slovaquie                       | Estonie<br>Hongrie<br>Pologne<br>Roumanie                                                                                                                            |

Aux États-Unis, il existe une forme d'obligation d'abstinence dans 18 États (environ 35 %, dont ceux de DC et de Porto Rico)<sup>27 28</sup>, prévue en particulier dans les types d'assurances couvrant les personnes à faible revenu, dont 12 % sont des personnes usagères de drogues<sup>29</sup>.

## 6. LE TRAITEMENT DU VHC RESTE HORS DE PORTÉE POUR LES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES

La majorité des personnes qui s'injectent des drogues n'est pas couverte par l'assurance maladie<sup>30</sup>. Lorsque le traitement est limité aux personnes abstinentes, cela signifie que les personnes usagères de drogues doivent payer elles-mêmes pour obtenir un traitement ou doivent recevoir une dispense de l'organisme payeur ou de la compagnie d'assurances, car les AAD sont encore hors de portée, au regard du revenu national brut par habitant (calculé sur trois mois, la durée la plus courante du traitement AAD). D'autres restrictions de traitement et l'absence de couverture d'assurance pour les personnes usagères de drogues ont un impact sur l'initiation du traitement chez les personnes les plus lourdement touchées par le VHC.

**Graphique 3. Le traitement de l'hépatite C n'est pas à la portée des personnes non assurées (notamment les personnes usagères de drogues)<sup>31</sup>**





## 7. RESTRICTIONS AU TRAITEMENT FONDÉES SUR LE STADE DE FIBROSE

Le traitement précoce d'une personne infectée de façon chronique par le VHC permet de sauver des vies, de même qu'il réduit les frais de santé sur le long terme. Initier le traitement AAD le plus tôt possible :

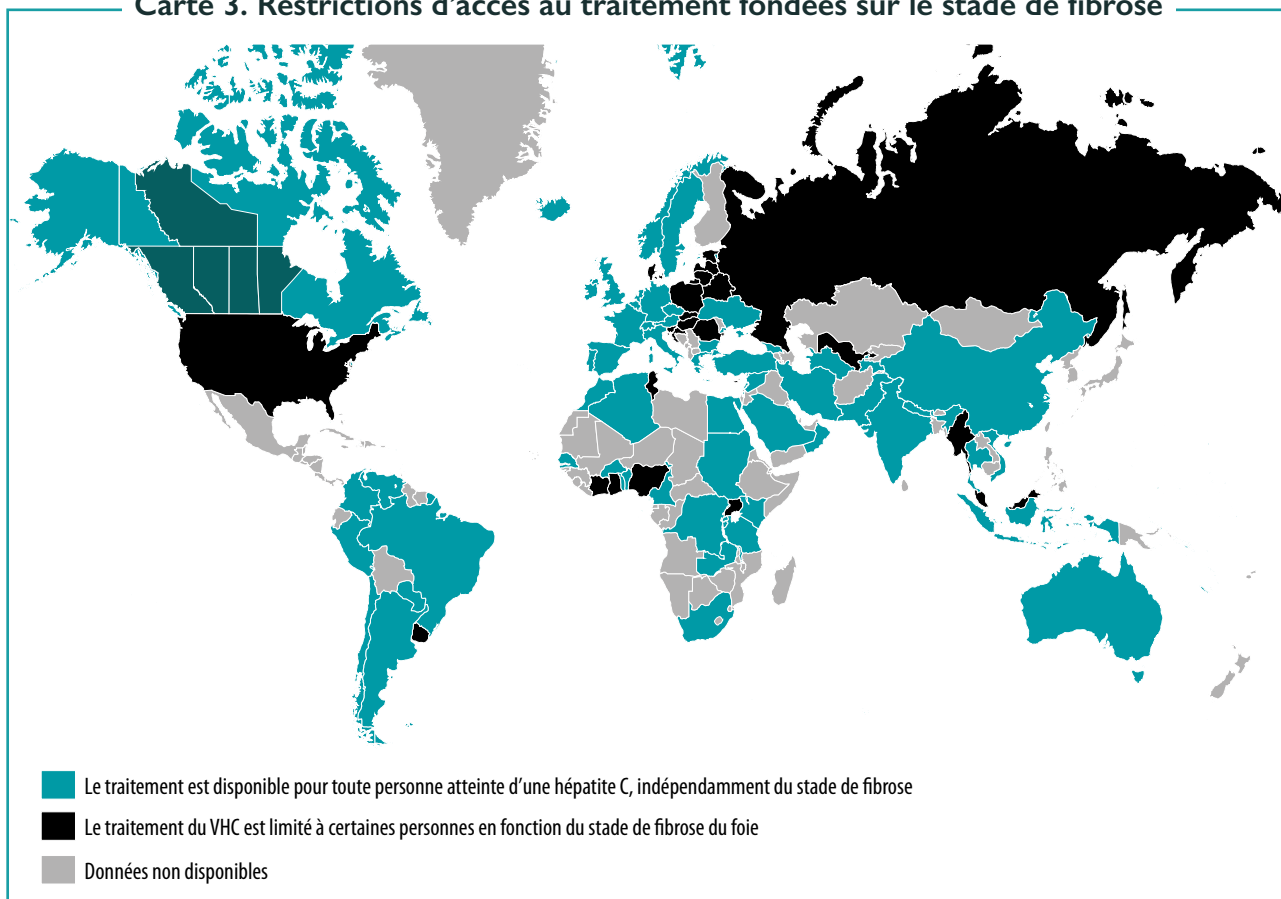
- stoppe la progression des lésions hépatiques (fibrose), voire les réduit ;
- diminue, voire évite, les tests supplémentaires coûteux pour évaluer le niveau de fibrose. Les patients doivent souvent payer eux-mêmes les tests de stadification hépatique dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- empêche le développement rapide de la fibrose et les stades plus avancés de fibrose, signes prédictifs de la cirrhose, et donc d'autres maladies du foie, telles que le cancer du foie, pouvant entraîner la mort ;
- l'obtention d'une RVS réduit considérablement le risque de transmission du VHC.

Les avantages en matière de santé publique sont énormes, mais les prix élevés des fabricants d'AAD et le nombre limité de prescripteurs dans les pays ont conduit à un rationnement du traitement, donné en priorité aux personnes présentant les stades de fibrose les plus avancés.

### Question mapCrowd : Le traitement est-il disponible pour toute personne atteinte d'une hépatite C, indépendamment du stade de fibrose ?

Sur les 70 pays où des données sont disponibles, 23 (soit 33 %) limitent le traitement du VHC au moins aux personnes ayant un score F2 - stade de fibrose (voir Carte 3).<sup>32 33</sup>

Carte 3. Restrictions d'accès au traitement fondées sur le stade de fibrose





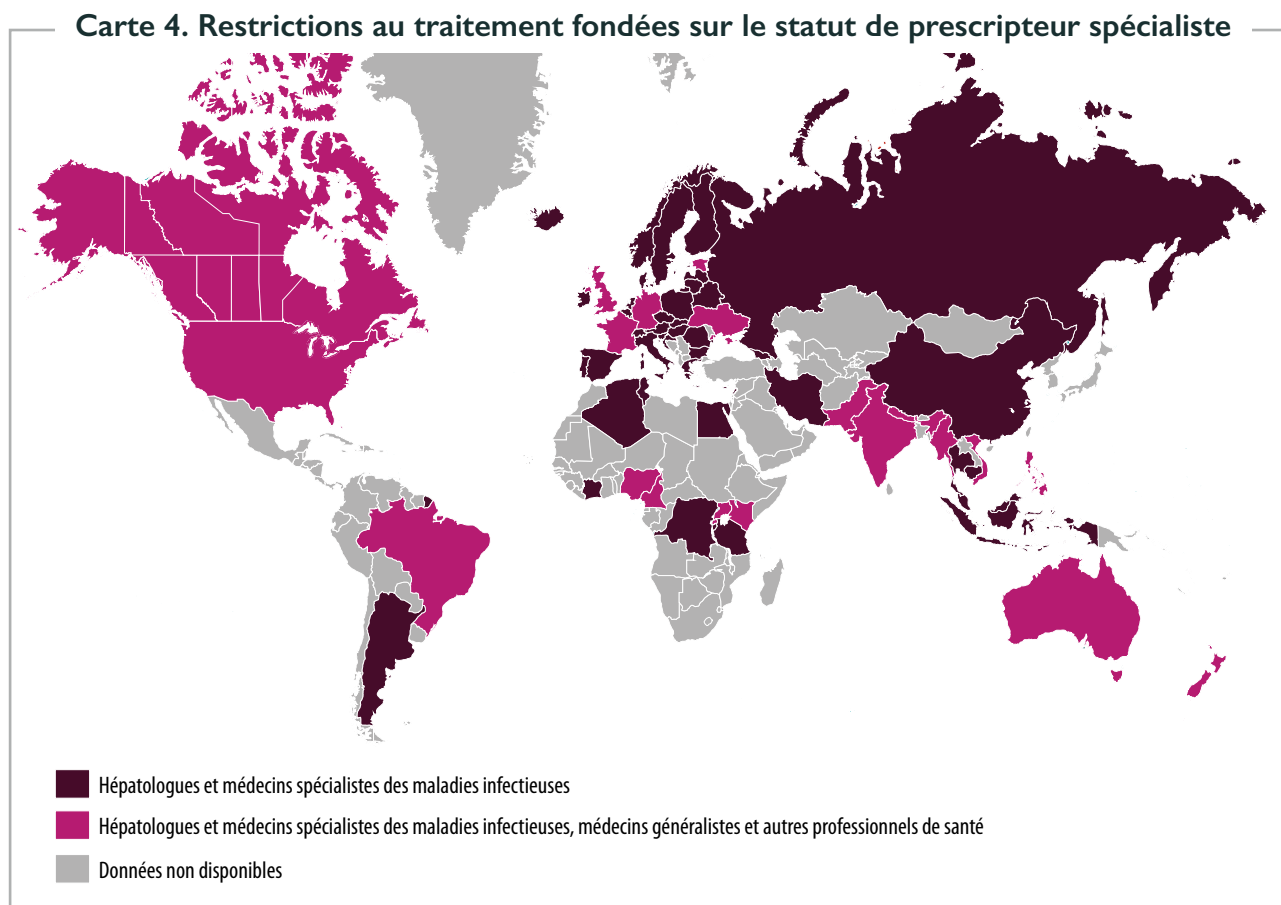
## 8. RESTRICTIONS D'ACCÈS AU TRAITEMENT EN FONCTION DU STATUT DES PRESCRIPTEURS

Autoriser des non-spécialistes et un plus grand nombre d'entre eux à prescrire des AAD peut augmenter la mise sous traitement<sup>34</sup>. Pourtant, dans les pays où les données sont disponibles, la majorité – 42 pays sur 62 (soit près de 68 %) – réserve l'autorisation de prescription d'ADD à des spécialistes (généralement des hépatologues et des spécialistes des maladies infectieuses), ce qui crée un obstacle supplémentaire pour les personnes atteintes de façon chronique par le VHC, en particulier pour les personnes usagères de drogues. Se reposer sur des spécialistes pour généraliser la mise sous traitement a des conséquences évidentes :

- les spécialistes sont rares dans les pays, ce qui limite de fait la mise sous traitement ;
- ils peuvent facturer des frais supplémentaires et les consultations deviennent plus coûteuses ;
- ils peuvent ne pas avoir d'expérience avec les personnes usagères de drogues et avoir besoin d'une formation en adaptation culturelle de leurs compétences afin de réduire les attitudes et comportements stigmatisants et porteurs de préjugés.

Les résultats des traitements VHC prescrits par des prestataires de santé primaire et des spécialistes sont similaires<sup>35</sup>, pourtant, seuls 20 pays (32 %) autorisent aussi les médecins généralistes à prescrire des AAD<sup>36</sup>.

### Question mapCrowd : Qui peut prescrire le traitement du VHC ?



Même lorsque les directives nationales autorisent les personnes qui s'injectent des drogues à démarrer le traitement AAD, ces dernières demeurent victimes de stigmatisation et de discrimination de la part des professionnels de la santé.

## 9. LA CRIMINALISATION DES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES CONTRIBUE À UNE FAIBLE MISE SOUS TRAITEMENT

La criminalisation des personnes usagères de drogues a de graves conséquences et met leur vie en danger, avec des répercussions disproportionnées sur les femmes qui s'injectent des drogues. Celles-ci sont plus exposées à la violence sexuelle et sexiste, au viol, aux traumatismes et au retrait de la garde des enfants<sup>37</sup>; les services de réduction des risques et de santé doivent prendre en charge les besoins spécifiques des femmes qui s'injectent des drogues et qui ont déjà été incarcérées.

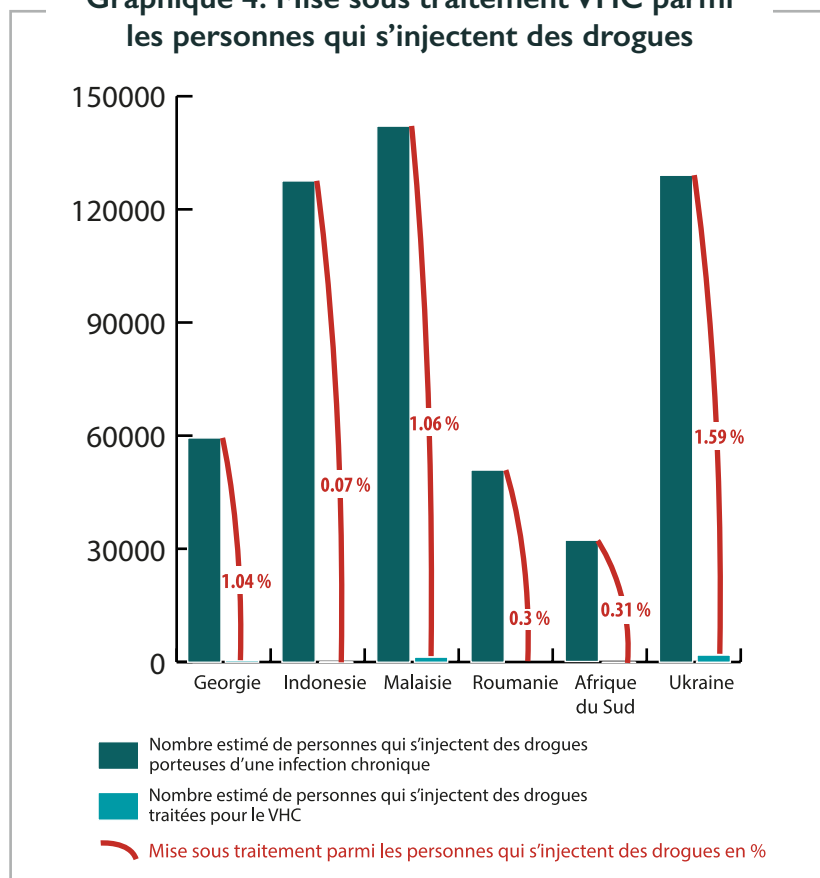
Les politiques répressives en matière de drogue entraînent les individus dans un système d'incarcération, des lieux où les maladies transmissibles par le sang comme le VHC se transmettent facilement. L'accès aux services de prévention est largement insuffisant au regard des efforts nécessaires pour prévenir le VHC. En 2018, seuls 10 pays disposaient de PAS dans au moins une prison<sup>38</sup> et 54 d'un ou plusieurs types de TSO délivré en prison.<sup>39</sup>

Pourtant, les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire disposent de peu de données sur l'hépatite C et les personnes qui s'injectent des drogues. Dans six pays sélectionnés, la prévalence du VHC (anticorps) chez les personnes qui s'injectent des drogues est de 12 à 50 fois supérieure à celle de la population générale.<sup>40</sup>

Selon l'estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues ayant reçu un traitement VHC depuis 2016, année de la première collecte des données de mapCrowd, il subsiste un énorme fossé entre les besoins et l'accès aux AAD des personnes qui s'injectent des drogues. Le taux de mise sous traitement des personnes qui s'injectent des drogues est, quel que soit le pays considéré, inférieur à 2 %, y compris dans les pays où des plans d'élimination ont été lancés.<sup>41</sup>



**Graphique 4. Mise sous traitement VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues**



*Alors que nous disposons d'un traitement, nous abandonnons les personnes qui en ont le plus besoin et sont infectées de façon démesurée par le VHC*

## 10. AXES DE PLAIDOYER

Malgré un accès accru aux AAD, nous ne pourrions juguler l'épidémie mondiale sans renforcer les PAS et l'accès aux TSO. Un kit complet de services de réduction des risques a également été adapté pour le VHC par le réseau d'activistes de hepCoalition pour porter un plaidoyer auprès des décideurs politiques.<sup>42</sup> Les dispositifs permettant d'améliorer la mise sous traitement des personnes qui s'injectent des drogues sont les suivants :

- l'accès assuré à des AAD qui traitent tous les génotypes du virus ; les génériques ont les mêmes principes actifs que les versions de marque tout en coûtant beaucoup moins cher, moins de 100 \$ pour un traitement de 12 semaines par un fabricant indien ;
- l'élargissement du statut de prescripteur d'AAD aux non-spécialistes, tels que les médecins généralistes, et dans des structures non hospitalières<sup>43</sup> ;
- la formation des professionnels de santé aux approches de réduction des risques et de santé inclusive, qui déstigmatisent l'usage de drogues, le travail du sexe et « reconnaissent » l'expérience de communautés touchées de façon démesurée par le VHC ;
- des services de réduction des risques intégrés et développant une approche de genre conçus par et pour les personnes usagères de drogues et destinés à répondre aux besoins spécifiques des femmes ;
- le développement et un niveau de couverture élevée des PAS et de l'accès aux TSO, notamment en prison ;
- le diagnostic décentralisé et simplifié dans les lieux fréquentés par les personnes qui s'injectent des drogues ;
- des travailleurs pairs formés et correctement rémunérés pour aider les personnes à traverser les multiples étapes de la prise en charge du VHC et à naviguer dans le système de santé ;
- d'éventuelles incitations financières en espèces pour faciliter les déplacements des patients et les aider à respecter les visites dans les structures de santé ;
- des services pouvant être offerts sur place ou confiés à d'autres lieux ouverts à la communauté, tels que des services d'aide au transport, de counselling/psychosociaux, d'accès au logement non fondés sur l'abstinence, d'aide à l'emploi, financiers, juridiques et autres services sociaux ;
- des programmes qui offrent des salles de réunion, des logements, des services de restauration et éventuellement des rémunérations pour aider les patients à se rendre régulièrement à la clinique ;
- l'inclusion des personnes touchées de façon disproportionnée par le VHC, comme les personnes qui s'injectent des drogues, dans les plans nationaux de lutte contre les hépatites ;
- des engagements politiques et financiers des gouvernements (p. ex. ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur) ;
- l'harmonisation des plans nationaux de lutte contre les hépatites entre les ministères de la Santé et de la Justice, qui comprendraient des programmes de dépistage et de traitement avec option de refus dans les prisons ;
- une réforme des politiques en matière de drogues qui décriminalisent l'usage de drogues.

## Remerciements

mapCrowd est généreusement soutenu par Treatment Action Group et Médecins du Monde. La plateforme est destinée aux personnes atteintes par le VHC, aux militants, aux médecins, aux chercheurs et à l'ensemble de la communauté internationale des acteurs travaillant sur les enjeux de santé. Nous tenons à remercier les personnes et leurs organisations pour leur inestimable contribution à mapCrowd. Nous remercions Harm Reduction International (HRI) pour avoir fourni des données du « apport sur l'état mondial de la réduction des risques et de la recherche associée », et l'Organisation mondiale de la Santé pour avoir communiqué des données tirées de la note de politique « Accès au diagnostic et au traitement de l'hépatite C des personnes qui s'injectent des drogues et des personnes incarcérées : une perspective mondiale ».

## Treatment Action Group (TAG)

Treatment Action Group (TAG) est un groupe de réflexion politique et de recherche indépendant, qui lutte pour une meilleure prise en charge, un vaccin et un traitement qui guérissent le sida, la tuberculose et l'hépatite C (VHC). TAG travaille afin que toutes les personnes infectées par le VIH, la tuberculose ou le VHC reçoivent les traitements vitaux, les soins et les informations. TAG milite pour un accès au traitement à partir de données scientifiques, et œuvre pour étendre et accélérer la recherche fondamentale et un engagement réel de la communauté auprès des institutions politiques et de recherche. TAG se veut un catalyseur des actions collectives de toutes les communautés affectées, de tous les scientifiques et responsables politiques en vue d'éliminer le sida, la tuberculose et l'hépatite C.

Pour plus d'information, consultez [www.treatmentactiongroup.org](http://www.treatmentactiongroup.org)

## Médecins du Monde

Présent en France et dans 80 pays, Médecins du Monde (MdM) est un mouvement indépendant international de militants qui soignent, témoignent et accompagnent le changement social. À travers ses 388 programmes médicaux innovants et un plaidoyer fondé sur des faits, MdM donne aux personnes exclues et à leurs communautés la capacité d'accéder aux soins tout en luttant pour un accès universel à la santé.

Pour plus d'information, consultez [www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)

## RÉFÉRENCES

1. Pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée par mapCrowd, veuillez consulter la page <https://mapcrowd.org/fr/about>
2. Trickey A, Fraser H, Lim AG, et al. The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019 ;4(6):435-44. doi:10.1016/S2468-1253(19)30085-8
3. Harm Reduction International. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International ; 2018. p.20. <https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>
4. Grebely J, Larney S, Peacock A, et al. Global, regional, and country level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction*. Janvier 2019 ; 114(1):150-66. doi:10.1111/add.14393.
5. International AIDS Society. Women who inject drugs: Overlooked and outnumbered. Mars 2019 ; [https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019\\_IAS\\_Brief\\_Women\\_who\\_inject\\_drugs.pdf](https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019_IAS_Brief_Women_who_inject_drugs.pdf)
6. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017 ;5(12):e1192-e1207.
7. Grebely J, Larney S, Peacock A, et al. Global, regional, and country level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction*. Janvier 2019 ; 114(1):150-66. doi:10.1111/add.14393.
8. Organisation mondiale de la santé. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Genève: WHO ; 2016. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en).
9. *Ibid.*
10. Grebely J, Larney S, Peacock A, et al. Global, regional, and country level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction*. Janvier 2019 ; 114(1):150-66. doi:10.1111/add.14393.
11. Un dispositif complet de services de réduction des risques comprend : l'accès aux aiguilles et aux seringues ; les traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance ayant démontré leur efficacité ; le diagnostic du VIH ; les traitements antirétroviraux (ARV) pour les personnes vivant avec le VIH ; la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) (et services de santé sexuelle et reproductive) ; l'accès aux préservatifs des personnes s'injectant des drogues et de leurs partenaires sexuels ; l'information, éducation et communication (IEC) ciblées ; la prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites B et C ; la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ; et la distribution dans les espaces communautaires de naloxone en vue de prévenir et de gérer les overdoses.
12. Un kit complet de services de réduction des risques a également été adapté pour le VHC par le réseau d'activistes de hepCoalition. Pour de plus amples informations, veuillez consulter : [https://www.hepcoalition.org/IMG/pdf/factsheet\\_french.pdf](https://www.hepcoalition.org/IMG/pdf/factsheet_french.pdf)
13. Le poids relatif du VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues est le nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues exposées au VHC sur le total estimé d'adultes exposés au VHC.
14. Platt L, Minozzi S, Reed J, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Coch. Data. Syst. Rev [Internet]*. Septembre 2017 [cité le 7 novembre 2019] ; 9(CD012021). doi:10.1002/14651858.CD012021.pub2.
15. *Ibid.*
16. Harm Reduction International. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International ; 2018. p. 20. <https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>
17. *Ibid.*
18. *Ibid.*
19. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Monitoring the elimination of viral hepatitis as a public health threat among people who inject drugs in Europe: the elimination barometer. Dossiers techniques Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ; 2019 <http://www.emcdda.europa.eu/technical-reports/monitoring-the-elimination-of-viral-hepatitis-as-a-public-health-threat-among-people-who-inject-drugs-in-Europe>
20. Données de contributeurs au mapCrowd.
21. Organisation mondiale de la santé, Access to hepatitis C testing and treatment for people who inject drugs and people in prisons: a global perspective. Note d'orientation: Genève: WHO ; Mai 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312116/WHO-CDS-HIV-19.6-eng.pdf?ua=1>
22. Données de contributeurs au mapCrowd.
- 23. Graphique 2 sources :**
  - i. Puoti M, et al. ABT-450/r/ombitasvir plus dasabuvir with or without ribavirin in HCV genotype 1-infected patients receiving stable opioid substitution treatment: Pooled analysis of efficacy and safety in phase 2 and phase 3 trials. *Hepatol*. 2014 ;60:1135a-1136a.
  - ii. Lalezari J, et al. Ombitasvir/paritaprevir/r and dasabuvir plus ribavirin in HCV genotype 1-infected patients on methadone or buprenorphine. *J Hepatol*. 2015 ;63:364-369.
  - iii. Grebely J, et al. Efficacy and safety of ledipasvir/sofosbuvir with and without ribavirin in patients with chronic HCV genotype 1 infection receiving opioid substitution therapy: Analysis of phase 3 ION trials. *Clin Infect Dis*. 2016 ;63:1405-11.
  - iv. Grebely J, et al. Efficacy and safety of sofosbuvir/velpatasvir in patients with chronic hepatitis C virus infection receiving opioid substitution therapy: Analysis of phase 3 ASTRAL trials. *Clin Infect Dis*. 2016 ;63:1479-81.
  - v. Grebely J, et al. Safety and efficacy of ombitasvir/paritaprevir/ritonavir and dasabuvir with or without ribavirin in chronic hepatitis C patients receiving opioid substitution therapy: A pooled analysis across 12 clinical trials [Abstract FRI-236]. *J Hepatol*. 2017 ;66 (Suppl.):S514.
  - vi. Grebely J, et al. SOF/VEL/VOX for 8 or 12 weeks is well tolerated and results in high SVR12 rates in patients receiving opioid substitution therapy [Abstract FRI-235]. *J Hepatol* 2017 ;66 (Suppl.):S513.
  - vii. Dore GJ, et al. Elbasvir/grazoprevir to treat HCV infection in persons receiving opioid agonist therapy: A randomized controlled trial (C-EDGE CO-STAR). *Ann Intern Med*. 2016 ;165:625-34.
  - viii. Christensen S, et al. DAA-treatment of HCV-infected patients on opioid substitution therapy (OST): Does the clinical setting matter? Data from the German Hepatitis C-Registry (DHC-R). *Hepatol*. 2016 ;64:982A-83A.
  - ix. Schutz A, Moser S, Marchart K, Haltmayer H, et al. Direct observed therapy of chronic hepatitis C with interferon-free all-oral regimens at a low-threshold drug treatment facility: A new concept for treatment of patients with borderline compliance receiving opioid substitution therapy. *Am J Gastroenterol*. 2016 ;111:903-5.
  - x. Scherz N, Brunner N, and Bruggmann P. Direct-acting antivirals for hepatitis C in patient in opioid substitution treatment and heroin assisted treatment: Real-life data [Abstract SAT-245]. *J Hepatol*. 2017 ;66 (Suppl.):S726. 35

xi. Dillon J, et al. Efficacy and safety of Simeprevir-containing hepatitis C therapy in patients on opiate substitution therapy [Abstract FRI-249]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S520.

xii. Moser S, et al. Directly observed therapy with sofosbuvir/ledipasvir for 8 weeks is highly effective in treatment-naïve, precirrhotic geno-type 1 patients with borderline compliance receiving opioid agonist therapy [Abstract SAT-278]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S740.

xiii. Butner JL, et al. Onsite treatment of HCV infection with direct acting antivirals within an opioid treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2017;75:49-3.

xiv. Boyle A, et al. Partial directly observed therapy with ombitasvir/paritaprevir based regimens allows for successful treatment of patients on daily supervised methadone [Abstract THU-214]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S282.

xv. Norton BL, et al. High HCV cure rates for drug users treated with DAAs at an urban primary care clinic. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2016 February 22-25; Boston, MA.

xvi. Conway B, et al. Efficacy of all-oral HCV therapy in people who inject drugs. *Hepatol.* 2016;64:990A.

xvii. Morris L, et al. Initial outcomes of integrated community-based hepatitis C treatment for people who inject drugs: Findings from the Queensland Injectors' Health Network. *Int J Drug Policy.* 2017;47:216-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.056>.

xviii. Mason K, et al. Understanding real-world adherence in the directly acting antiviral era: A prospective evaluation of adherence amongst people with a history of drug use at a community-based program in Toronto, Canada. *Int J Drug Policy.* 2017;47:202-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.025>.

xix. Read P, et al. Delivering direct acting antiviral therapy for hepatitis C to highly marginalised and current drug injecting populations in a targeted primary health care setting. *Int J Drug Policy.* 2017;47:209-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.032>.

xx. Bouscaillou J, et al. Effectiveness of DAA-based treatment of HCV in active people who inject drugs living in middle income countries (MIC): The results of a prospective cohort study in Tbilisi, Georgia [FRI-467]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S409.

xxi. Sulkowski M, et al. Randomized controlled trial of cash incentives or peer mentors to improve HCV linkage and treatment among HIV/HCV coinfecting persons who inject drugs: The CHAMPS Study [Abstract SAT-229]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S719.

xxii. Litwin AH, et al. The PREVALE study: Intensive models of HCV care for people who inject drugs [Abstract PS-130]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S72.

xxiii. Grebely J, et al. Efficacy and safety of sofosbuvir/velpatasvir in people with chronic hepatitis C virus infection and recent injecting drug use: The SIMPLIFY study [Abstract FRI-234]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S513.

xxiv. Boglione L, et al. Treatment with direct-acting antiviral agents of hepatitis C virus infection in injecting drug users: A prospective study. *J Viral Hep.* 2017;24(10):850-7. <http://dx.doi.org/10.1111/jvh.12711>.

24. Grebely J, Dalgard O, Conway B, et al. Sofosbuvir and velpatasvir for hepatitis C virus infection in people with recent injection drug use (SIMPLIFY): an open-label, single arm, phase 4, multicenter trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(3):P153-161. doi: [10.1016/S2468-1253\(17\)30404-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30404-1).

25. *Ibid.*

26. Iverson J, Dore GJ, Catlett B, et al. Association between rapid utilisation of direct hepatitis C antivirals and decline in the prevalence of viremia among people who inject drugs in Australia. *J Hepatol.* Janvier 2019 ;70(1):33-9. doi: [10.1016/j.jhep.2018.09.030](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.09.030).

27. Center for Health Law (CHLP) and Policy Innovation and National Viral Hepatitis Roundtable (NVHR). Hepatitis C: The State of Medicaid Access. Boston: CHLP ; Seattle: NVHR ; 1<sup>er</sup> novembre 2019. [https://www.chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/HCV\\_State-of-Medicaid-Access-November-2019.pdf](https://www.chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/HCV_State-of-Medicaid-Access-November-2019.pdf)

28. Waters, Phil (CHLP, Boston). Communication personnelle avec Bryn Gay (Traitement Action Group, New York, NY). 8 novembre 2019.

29. Center on Budget and Policy Priorities. Medicaid Works for People with Substance Use Disorders. Fiche d'information. 19 janvier 2018. <https://www.cbpp.org/sites/default/files/atoms/files/1-19-18health-factsheet-suds.pdf>

30. International Network of People Who Use Drugs (INPUD). What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief. London: INPUD ; 2019. <https://www.inpud.net/en/what-does-universal-health-coverage-mean-people-who-use-drugs-technical-brief>

31. Données de contributeurs au mapCrowd.

32. Données de contributeurs au mapCrowd

33. Marshall, AD, Cunningham EB, Nielsen S, et al. Restrictions for reimbursement of interferon-free direct-acting antiviral drugs for HCV infection in Europe. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018 ;3(2):125-33. [10.1016/S2468-1253\(17\)30284-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30284-4).

34. The Kirby Institute. Monitoring hepatitis C treatment uptake in Australia. Issue 10. Sydney, NSW, Australia: The Kirby Institute, UNSW ; Juin 2019. Available from: <https://kirby.unsw.edu.au/report/monitoring-hepatitis-c-treatment-uptake-australia-issue-10-june-2019>.

35. Kirby Institute. Monitoring hepatitis C treatment uptake in Australia. Sydney: Kirby Institute, University of New South Wales ; Février 2017 ; Issue 6. <http://kirby.unsw.edu.au/research-programs/vhcrp-newsletters>

36. Australie, Brésil, Cameroun, Canada, Estonie, France, Georgie, Inde, Kenya, Myanmar, Népal, Nouvelle Zeland, Nigeria, Pakistan, Philippines, Rwanda, Ukraine, Royaume Uni, Etat-Unis et Vietnam.

37. International AIDS Society. Women who inject drugs: Overlooked and outnumbered. Mars 2019 ; [https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019\\_IAS\\_Brief\\_Women\\_who\\_inject\\_drugs.pdf](https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019_IAS_Brief_Women_who_inject_drugs.pdf)

38. Harm Reduction International. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International ; 2018. <https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>

39. *Ibid.*

40. *Ibid.*

41. Données de contributeurs au mapCrowd.

42. Un kit complet de services de réduction des risques a également été adapté pour le VHC par le réseau d'activistes de hepCoalition. Pour de plus amples informations, veuillez consulter : [https://www.hepcoalition.org/IMG/pdf/factsheet\\_french.pdf](https://www.hepcoalition.org/IMG/pdf/factsheet_french.pdf)

43. Wade AJ, Doyle JS, Gane E, et al. Providing DAAs to PWID in primary care increases uptake, cure rates. *Clin Infect Dis.* Juillet 2019 ; ciz546. doi: [10.1093/cid/ciz546](https://doi.org/10.1093/cid/ciz546).







[www.mapcrowd.org](http://www.mapcrowd.org)