

Déclaration de politique générale de l'EASL :

La consommation de drogues et l'objectif mondial d'élimination de l'hépatite C

Introduction

Les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) sont un maillon important de la chaîne de contamination de l'épidémie due au virus de l'hépatite C (VHC) dans le monde occidental et au-delà, et ils représentent la majorité des nouveaux cas d'infections par le VHC dans les pays à revenu élevé **(1)**. A l'échelle mondiale, 8,5 % des infections par le VHC surviennent chez les personnes âgées de 15 à 64 ans qui se sont injecté des drogues au cours des 12 derniers mois **(2)**. En Europe, sur les deux millions d'UDVI infectés par le VHC, 1,5 millions vivent en Europe de l'Est **(2)**. En 2015, environ 16 % des personnes ayant une infection virale C avec virémie positive dans l'Union Européenne et en Norvège étaient des UDVI **(3)**. Au cours de la dernière décennie, la mortalité due à une infection virale C non traitée a augmenté, notamment en raison de la consultation tardive des UDVI. Chez les personnes de plus de 50 ans, les décès liés aux maladies hépatiques sont aussi fréquents que ceux liés aux overdoses **(4)**. Dans ce contexte, les drogues sont considérées comme des substances illicites.

Chez les UDVI, le traitement par les antiviraux à action directe (AAD) est efficace et il a déjà été montré qu'un large accès aux AAD pouvait réduire la prévalence du VHC chez ces patients **(5, 6)**. Ceci a conduit les états membres des Nations unies à inclure les hépatites virales dans les objectifs de développement durable, et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à fixer l'élimination du VHC comme objectif de sa première stratégie mondiale du secteur de la santé visant l'élimination des hépatites virales comme menace pour la santé publique d'ici 2030 **(7)**.

Prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables

Outre le traitement de l'hépatite C, afin de réduire l'incidence et la prévalence de l'hépatite C chez les UDVI et d'atteindre l'objectif d'élimination fixé par l'OMS d'ici 2030, l'accès aux interventions telles que les centres d'accueil à bas seuil, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues à faible volume mort ainsi que les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont indispensables **(8)**. Les TSO se sont avérés efficaces pour la prévention des infections par le VHC et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'association des TSO, des aiguilles sécurisées et des programmes d'échange de seringues peut réduire l'incidence du VHC de plus de 70 %. Le cadre d'évaluation de la stratégie mondiale du secteur de la santé fournit des objectifs clairs aux pays concernant l'ampleur de la réalisation de ces mesures **(7)**.

En 2009, l'OMS, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le Programme Commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont défini un ensemble de

neuf interventions pour les UDVI, comprenant l'accès à du matériel d'injection stérile, à des TSO, à des informations ainsi qu'à une éducation sur la réduction des risques **(9)**.

Malgré les preuves et recommandations de l'OMS, de l'Association Européenne pour l'Etude du Foie et d'autres associations éminentes, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les UDVI dans le monde restent sous-optimaux, et les services complets de réduction des risques ne sont pas mis à la disposition de la plupart des UDVI **(10)**. En 2017, parmi les 179 pays et territoires où la consommation de drogues injectables avait été signalée, seuls 86 (48 %) avaient mis en place des TSO et 93 (52 %) avaient instauré des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues **(11)**.

De plus, la prise en charge régionale ou nationale des hépatites varie considérablement et est souvent en deçà des objectifs fixés par l'OMS, avec moins de 1 % des UDVI vivant dans des pays ayant une offre élevée des deux services. Cependant, même quand ces services existent, les UDVI rencontrent de nombreuses difficultés pour accéder à un continuum de soins pour l'hépatite C comprenant la prévention, le dépistage et le traitement. Ils sont soit exclus de tout traitement par le biais de directives restrictives et ont un accès médiocre aux services de santé, soit ils souffrent de stigmatisation lorsqu'ils révèlent leur statut de consommateur de drogues **(12)**. Par conséquent, l'épidémie d'hépatite C continue de croître parmi les UDVI **(1)**.

Les politiques de lutte contre la consommation de drogues à travers l'Europe

De plus en plus de preuves montrent que les politiques et les lois interdisant la consommation de drogues illégales jouent un rôle central dans l'évolution de la santé des UDVI. Concernant l'infection par le VIH, une revue systématique de 106 articles évalués par des pairs a montré que la majorité d'entre eux, soit 85 (80%) suggéraient que la répression de l'usage des drogues avait un effet négatif sur la prévention et le traitement du VIH **(13)**. Cet effet négatif de la répression de l'usage des drogues était particulièrement évident concernant la diminution de la distribution des aiguilles et seringues, l'augmentation du partage des seringues et l'augmentation des infections au VIH chez les UDVI.

De même, chez les UDVI infectés par le VHC, le manque d'accès approprié aux soins pour l'hépatite C est principalement dû à la résistance politique vis-à-vis des services de réduction des risques, ainsi qu'aux lois et politiques qui répriment la consommation, la possession de drogues et les UDVI **(14-16)**. A bien des égards, la politique sur la consommation de drogues est un obstacle direct à la réalisation de l'objectif d'élimination du VHC en raison de son impact sur l'accès aux services de réduction des risques et au traitement du VHC :

- Interdire la possession de matériels associés à la consommation de drogues entrave la distribution et l'utilisation des services de réduction des risques ;
- De nombreuses lois nationales imposent des peines carcérales sévères pour des délits mineurs et non violents liés à la drogue, tels que la consommation et la possession de drogue ;

- Les UDVI sont souvent emprisonnés ou détenus sans accès à la prévention et aux autres services de réduction des risques, et sont souvent forcés d'interrompre leur traitement contre le VHC.
- Les politiques qui répriment la consommation de drogues renforcent la stigmatisation et la discrimination des UDVI.

Si la plupart des pays européens ont des lois qui répriment la possession et la distribution de drogues, leurs politiques diffèrent en ce qui concerne les infractions et les sanctions **(17)**. Même dans les pays ayant intégré les services de réduction des risques dans leurs services de santé publique de routine, la répression de la consommation de drogues est restée la loi officielle, ce qui non seulement éloigne les UDVI des services de prévention et de soins de peur d'être arrêtés, mais suscite également la crainte d'aider des UDVI de peur d'être considérés comme des complices de délinquants criminels.

L'heure du changement de politique sur la consommation de drogues

Le cadre juridique international du contrôle des drogues est fourni par trois conventions des Nations unies **(18)**. Cependant, au cours de la dernière décennie, le débat s'est intensifié sur un changement de politique concernant les drogues non médicales. La terminologie couvrant ce domaine particulier n'est pas très précise ; toutefois, les distinctions suivantes semblent être d'une importance cruciale : décriminalisation, dépénalisation, législation et réglementation **(19)**.

Afin de fournir un environnement propice à l'accès au dépistage et au traitement de l'hépatite C pour les UDVI, un changement des politiques sur la consommation de drogues est nécessaire afin de lever les obstacles qui empêchent les services de réduction des risques d'atteindre ceux qui en ont besoin. À cette fin, la mise en place de politiques antidrogues axées sur la santé publique et les droits de l'homme serait plus appropriée que l'application de sanctions pénales à l'encontre des personnes qui consomment des drogues.

Décriminalisation de la consommation de drogues en vue de l'élimination de l'hépatite C

Il n'existe pas d'accord universel sur la définition de la décriminalisation de la consommation de drogues. Selon la définition de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), la décriminalisation consiste à retirer un comportement ou une activité de la sphère du droit pénal **(19)**. L'interdiction reste la règle, mais les sanctions liées à la consommation ne relèvent plus du cadre du droit pénal.

Dans le cadre de l'élimination de l'infection par le VHC, la décriminalisation de la consommation de drogues chez les UDVI implique la décriminalisation de la consommation, de l'achat et de la possession ou de la consommation personnelle de plantes, de substances ou de préparations, ne dépassant pas la quantité destinée à la consommation individuelle

pendant une certaine période. Une telle décriminalisation de la consommation personnelle rétablit le droit à la santé et à la réinsertion sociale d'un consommateur de drogues. Cependant, la décriminalisation n'apporte en soi qu'une réduction de la peine et non une réponse de santé publique. Pour atteindre l'objectif souhaité, il convient de mettre en place à la fois la décriminalisation et des interventions intégrées comprenant le dépistage et le traitement du VHC afin que les consommateurs de drogues puissent accéder à des centres d'assistance indépendamment de leur consommation de drogues. La combinaison de la décriminalisation de la consommation de drogues et des interventions intégrées reflète une approche humaniste, pragmatique axée sur la protection de la santé publique, établissant ainsi la base d'un système complet de gestion de qualité. Les mesures de réadaptation consistant à traiter, éduquer ou réintégrer les consommateurs de drogues en tant qu'alternatives aux sanctions sont basées sur les options fournies par le cadre juridique international de contrôle des drogues **(20)**. Les alternatives aux sanctions sont aujourd'hui établies dans les lois de plusieurs pays européens et sont disponibles à des degrés divers. Selon une étude de 2016, tous les états membres de l'Union européenne ont déclaré disposer d'au moins une alternative aux sanctions coercitives disponibles, et la plupart en avaient plus d'une **(21)**. Pour les UDVI problématiques (les injecteurs à haut risque dont la consommation récurrente de drogues cause des dommages personnels et sociaux), les mesures de réadaptation appliquées par les systèmes de justice pénale en Europe sont généralement orientées vers le traitement de la toxicomanie et de ses conséquences ou vers des interventions post-thérapeutiques, alors que pour les UDVI non problématiques (dont les habitudes de consommation de drogues sont associées à un niveau de dommage plus faible), elles sont davantage orientées vers l'éducation **(22)**.

Le succès de ces mesures dépend en partie du degré de précision avec lequel elles sont adaptées à des objectifs et des utilisateurs spécifiques. Malheureusement, elles sont souvent mises en œuvre sans suivi ni évaluation rigoureuse malgré le fait qu'à long terme, ces informations peuvent être utilisées pour améliorer l'efficacité et la performance du programme. Même si les preuves qui en résultent ne sont pas suffisantes, la clé du succès semble être de disposer d'un éventail d'interventions pouvant être adaptées de manière appropriée aux besoins des personnes ayant des différents types et niveaux de problèmes de drogue.

Un exemple de bonne pratique

La reconnaissance croissante de la nécessité d'un changement de politique en matière de drogues fondé sur des preuves a conduit l'OMS, les agences des Nations unies et d'autres institutions éminentes à recommander la décriminalisation des délits mineurs et non violents liés à la drogue et le renforcement des alternatives axées sur la santé à la place de sanctions pénales **(14, 23-30)**. Selon le rapport du mois de janvier 2020 du Consortium International sur les Politiques des Drogues **(31)**, 29 pays et 49 juridictions à travers le monde ont adopté des

formes de décriminalisation de la consommation et de la possession de drogues pour usage personnel **(31)**.

Le Portugal est devenu le premier pays au monde à décriminaliser les délits mineurs liés à la drogue **(32)**. En 2000, en raison de l'échec de la lutte contre les décès par overdose et devant la prévalence croissante du VIH/SIDA, le pays a débuté une expérience visant à décriminaliser la consommation et la possession à des fins personnelles de toutes les drogues et à mettre l'accent sur une approche de santé publique à l'égard de la consommation de drogues illégales et sur le traitement de la dépendance. La nécessité de mettre en place des mesures de réduction des risques a été systématiquement évaluée et les interventions étaient renforcées si nécessaire.

En pratique, la stratégie antidrogue du Portugal a supprimé la menace de sanction pénale afin d'encourager les UDVI les plus problématiques à se faire soigner **(33)**. Il s'agissait de décriminaliser les infractions liées à la consommation de drogues, d'en faire des infractions administratives et de créer des "commissions de dissuasion de la toxicomanie" (CDT) pour faire face aux délinquants. Elles se présentent sous la forme de comités multidisciplinaires comprenant un avocat, un médecin et un travailleur social et elles fonctionnent sous l'égide du ministère de la santé.

Tous les consommateurs de drogues signalés par la police, qu'ils soient consommateurs occasionnels ou dépendants, sont envoyés à un CDT. Sur la base de l'évaluation du cas, le CDT auditionne chaque délinquant et statue sur l'infraction, dans le but de traiter toute dépendance et de réinsérer la personne à l'aide d'interventions les plus appropriées.

Contrairement aux prévisions, la décriminalisation portugaise n'a pas entraîné une augmentation importante de la consommation de drogues. De plus, les données indiquent une réduction de la consommation problématique de drogues, des dommages liés à la drogue et de la saturation de la justice pénale **(34)**. Le taux d'UDVI dans la population générale âgée de 15 à 64 ans est passé de 2,3-6,4 pour 1000 habitants en 2000 à 1,5-3,0 pour 1000 habitants en 2005 **(35)**. Une diminution du nombre de décès liés à la consommation de drogues a également été constatée (de 131 en 2001 à 20 en 2008). Le nombre de nouveaux diagnostics d'infections au VIH liées à la dépendance aux drogues a également diminué, passant de 1 430 en 2000 à 352 en 2008. La prévalence des consommateurs de drogues séropositifs parmi ceux qui ont commencé un traitement en 2000 et en 2008 était de 14% et 9% respectivement. Les dernières données de 2017 montrent que seulement 2,2 % des nouvelles infections par le VIH sont liées à l'usage de drogues injectables **(36)**.

En résumé, vingt ans après sa mise en œuvre, le changement de la politique portugaise en matière de consommation de drogues s'est avéré très fructueux, avec des avantages considérables en matière de santé publique, comme par exemple l'une des plus fortes baisses du nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH parmi les UDVI et un faible nombre de décès liés aux drogues, tandis que la consommation et la dépendance aux drogues n'ont pas explosé, comme l'avaient prédit les opposants aux changements juridiques.

Conclusion

Afin d'atteindre les objectifs d'élimination de l'hépatite virale fixés par l'OMS d'ici 2030, l'EASL recommande de supprimer tous les obstacles à la mise en place du continuum de soins pour les UDVI en modifiant les politiques et les discriminations qui entravent leur accès, notamment la répression des infractions mineures et non violentes liées à la drogue, et d'adopter une approche fondée sur la promotion de la santé publique, le respect des droits de l'homme et les preuves.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter : yoanna.nedelcheva@easloffice.eu

Ecrit par :

- Maticic M (Clinic for Infectious Diseases and Febrile Illnesses, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, and Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia)
- Buti M (Liver Unit, Hospital Unversitari B Vall d'Hebron, Barcelona, Spain)
- Craxi A (PROMISE, University of Palermo, Italy)
- Baptista Leite R (Faculty of Human Sciences of the Catholic University of Portugal)
- Negro F (Divisions of Gastroenterology and Hepatology of Clinical Pathology, University Hospital of Geneva)
- Berg T (Head of the Division of Hepatology, Department of Medicine II, Leipzig University Medical Center, Germany)

Traduit en français par :

- Dr Line Carolle Ntandja Wandji, MD, Service des Maladies de l'appareil digestif et nutrition - CHRU de Lille - Hôpital Claude Huriez

Relu en français par :

- Pr Alexandre Louvet, MD, PhD, Service des Maladies de l'appareil digestif et nutrition - CHRU de Lille - Hôpital Claude Huriez

Remerciements : AFEF - Société Française d'Hépatologie 

Références

1. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017 [Available from: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>].
2. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, et al. Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction*. 2019;114(1):150-66.
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related infectious diseases in Europe: Update from the EMCDDA expert network, 2020 [Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/drug-related-infectious-diseases-in-europe-update-from-emcdda-expert-network_en].
4. Kielland KB, Skaug K, Amundsen EJ, Dalgard O. All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: a controlled study. *J Hepatol*. 2013;58(1):31-7.
5. Macias J, Morano LE, Tellez F, Granados R, Rivero-Juarez A, Palacios R, et al. Response to direct-acting antiviral therapy among ongoing drug users and people receiving opioid substitution therapy. *J Hepatol*. 2019;71(1):45-51.
6. Iversen J, Dore GJ, Catlett B, Cunningham P, Grebely J, Maher L. 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*. 2019;70(1):33-9.
7. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021: towards ending viral hepatitis. 2016 [Available from: <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>].
8. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD012021.
9. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users 2009 [Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf].
10. European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol*. 2018;69(2):461-511.
11. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1208-e20.
12. Maticic M, Zorman JV, Gregorcic S, Schatz E, Lazarus JV. Changes to the national strategies, plans and guidelines for the treatment of hepatitis C in people who inject drugs between 2013 and 2016: a cross-sectional survey of 34 European countries. *Harm Reduct J*. 2019;16(1):32.
13. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-e74.
14. Global Commission on Drug Policy. The negative impact of the war on drugs on public health: The hidden hepatitis C epidemic 2013 [Available from: https://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/gcdp_hepatitis_english.pdf].
15. Wood E, Werb D, Kazatchkine M, Kerr T, Hankins C, Gorna R, et al. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet*. 2010;376(9738):310-2.

16. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010;376(9738):355-66.
17. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Penalties for drug law offences in Europe at a glance 2019 [Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/penalites-for-drug-law-offences-in-europe-at-a-glance_es].
18. Armenta A JM. The United Nations Drug Control Conventions. 2015 [Available from: https://www.tni.org/files/publication-downloads/primer_unconventions_24102015.pdf].
19. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Models for the legal supply of cannabis: recent developments (Perspectives on drugs) 2016 [Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/legal-supply-of-cannabis_en].
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Alternatives to punishment for drug-using offenders 2015 [Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/alternatives-to-punishment_en].
21. European Commission (EC). Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes. 2016 [Available from: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/eu-response-to-drugs/docs/acs_final_report_new_ec_template_en.pdf].
22. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). PDU (Problem drug use) revision summary. 2013 [Available from: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf].
23. Grebely J, Dore GJ, Morin S, Rockstroh JK, Klein MB. Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 - What will it take to get there? *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):22146.
24. Global Commission on Drug Policy. Advancing Drug Policy Reform: a new approach to decriminalization. 2016 [Available from: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/advancing-drug-policy-reform>].
25. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Do no harm: health, human rights and people who use drugs. 2016 [Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/do-no-harm>].
26. United Nations Women (UNW). A Gender Perspective on the Impact of Drug Use, the Drug Trade, and Drug Control Regimes. 2014 [Available from: https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf].
27. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. 2015 [Available from: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx>].
28. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2014 [Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>].
29. United Nations (UN). Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings, Joint WHO/UN statement. 2017.
30. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) INoPWUDI, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Development Programme (UNDP), United Nations

- Population Fund, World Health Organization (WHO), United States Agency for International Development,. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime 2017 [Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs_en.pdf].
31. International Drug Policy Consortium (IDPC). Drug decriminalisation across the world. 2020 [Available from: <https://idpc.net/publications/2020/05/drug-decriminalisation-across-the-world>].
32. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drug Policy Report in Portugal. 2019 [Available from: https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences_en].
33. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drug policy profiles - Portugal 2011 [Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal_en].
34. Hughes CE SA. What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs? . Brit J Criminol 2010.
35. Vale de Andrade P, Carapinha L. Drug decriminalisation in Portugal. BMJ. 2010;341:c4554.
36. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal 2019 [Available from: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatVIHSIDA_2019.pdf]