

Travail de Bachelor

Sous la direction de
Madame Naamat Messmer Al-Abed,
professeure chargée d'enseignement HES

Module Recherche

Mathilde Fontaine (14-853-105)

Céline Gaille (14-853-287)

Traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables : les barrières à la compliance

Travail rendu le 7 juillet 2017

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Résumé | vii |
| Remerciements | x |
| Chapitre 1: Introduction..... | 1 |
| 1. Nature du travail de Bachelor..... | 2 |
| 2. Plan du travail de Bachelor | 2 |
| Chapitre 2: Problématique..... | 5 |
| 1. La question de départ..... | 6 |
| 1.1 Expériences personnelles | 6 |
| 1.2 Données de recherche | 7 |
| 1.3 Question de départ liée aux recherches et expériences | 8 |
| 2. Le métaparadigme infirmier et les savoirs..... | 10 |
| 2.1 Le métaparadigme..... | 10 |
| 2.1.1 - La santé..... | 10 |
| 2.1.2 - Les soins infirmiers..... | 11 |
| 2.1.3 - L'être humain..... | 13 |
| 2.1.4 - L'environnement..... | 14 |
| 2.2 Les savoirs infirmiers | 15 |
| 2.2.1 - Le savoir empirique | 15 |
| 2.2.1.1 : Définition | 15 |
| 2.2.1.2 : Liens avec la situation..... | 16 |
| 2.2.2 - Le savoir éthique..... | 16 |
| 2.2.2.1 : Définition | 16 |
| 2.2.2.2 : Liens avec la situation..... | 17 |
| 2.2.3 - Le savoir esthétique | 18 |
| 2.2.3.1 : Définition | 18 |
| 2.2.3.2 : Liens avec la situation..... | 18 |
| 2.2.4 - Le savoir personnel | 19 |
| 2.2.4.1 : Définition | 19 |
| 2.2.4.2 : Liens avec la situation..... | 19 |

| | |
|--|----|
| 2.2.5 - Le savoir émancipatoire | 20 |
| 2.2.5.1 : Définition | 20 |
| 2.2.5.2 : Liens avec la situation | 20 |
| 2.3 Conclusion | 21 |
| 3. Revue exploratoire | 21 |
| 3.1 Littérature scientifique. | 22 |
| 3.2 Recherches théoriques | 25 |
| 3.2.1 - L'addiction | 25 |
| 3.2.2 - Les drogues injectables..... | 27 |
| 3.2.2.1 : L'héroïne..... | 27 |
| 3.2.2.2 : La cocaïne..... | 28 |
| 3.2.3 - L'hépatite C..... | 29 |
| 3.2.3.1 : Introduction | 29 |
| 3.2.3.2 : Mode de transmission du virus | 30 |
| 3.2.3.3 : Statistiques | 30 |
| 3.2.4 - Les liens entre les virus de l'hépatite C et les addictions aux drogues injectables. | 31 |
| 3.3 Rencontre avec une infirmière du Drop In à Neuchâtel..... | 31 |
| 3.4 Formulation de la question de recherche..... | 33 |
| 4. Préciser et répertorier les concepts retenus comme pertinents | 34 |
| 5. Perspectives et propositions pour la pratique | 35 |
| Chapitre 3: Concepts et champs disciplinaires infirmiers..... | 37 |
| 6. Définition des concepts..... | 38 |
| 6.1 Drogues injectables | 38 |
| 6.1.1 - La consommation de drogues injectables dans le monde. | 38 |
| 6.1.2 - La population toxicomane - Usagers de drogues injectables (UDI)..... | 38 |
| 6.1.3 - Drogues injectables | 39 |
| 6.1.3.1 : L'héroïne..... | 40 |
| 6.1.3.2 : La cocaïne..... | 42 |
| 6.1.4 - Milieu de vie, milieu social et facteurs individuels : Modèles bio- psycho-social de Olievenstein (1983)..... | 43 |

| | |
|---|----|
| 6.2 Le traitement de l'hépatite C | 45 |
| 6.2.1 - Symptomatologie et complications du VHC..... | 45 |
| 6.2.2 - Diagnostic..... | 46 |
| 6.2.3 - Traitement de l'hépatite C..... | 47 |
| 6.3 La compliance | 48 |
| 6.4 La réduction des risques | 50 |
| 7. The Community nursing practice model | 57 |
| 7.1 Description du modèle | 58 |
| 7.2 Liens avec notre sujet..... | 62 |
| Chapitre 4 : Méthode | 64 |
| 8. Méthode PICOT..... | 65 |
| 9. Type de question | 67 |
| 10. Critères de sélection des articles | 67 |
| 11. Mots clés et descripteurs | 68 |
| 12. Sélection des articles..... | 70 |
| 13. Analyse des articles retenus..... | 75 |
| Chapitre 5 : Synthèse des résultats / Discussion | 76 |
| 14. Synthèse des résultats des articles | 77 |
| 14.1 Caractéristiques individuelles | 77 |
| 14.1.1 - Lieux de vie..... | 77 |
| 14.1.2 - La culture, le genre, l'âge..... | 77 |
| 14.1.3 - La situation socio-économique..... | 78 |
| 14.1.4 - Comorbidités | 78 |
| 14.2 Réseaux de soutien..... | 79 |
| 14.2.1 - La réticence des soignants | 79 |
| 14.2.2 - Le système de soins..... | 79 |
| 14.3 Les connaissances..... | 80 |
| 14.3.1 - Connaissances spécifiques sur la maladie | 80 |
| 14.3.2 - Connaissances sur les complications potentielles | 81 |
| 14.4 La nature du traitement | 82 |
| 14.4.1 - Les effets secondaires potentiels du traitement | 82 |
| 14.4.2 - Le coût des traitements | 83 |

| | |
|---|-----|
| 15. Développement des résultats en lien avec la question PICOT. | 84 |
| 15.1 Identification des barrières à la compliance au traitement de l'hépatite C pour les UDI | 84 |
| 15.1.1 - Caractéristiques individuelles | 84 |
| 15.1.2 - Les connaissances | 85 |
| 15.1.3 - Réseaux de soutien | 85 |
| 15.1.4 - La nature du traitement contre le VHC | 86 |
| 15.2 Comment dépasser ces barrières ? | 86 |
| 15.2.1 - La thérapie de groupe | 86 |
| 15.2.2 - Promotion - Education thérapeutique | 88 |
| 15.2.3 - Prise en charge pluridisciplinaire | 89 |
| 16 Perspectives et propositions pour la pratique | 90 |
| 16.1 Le premier cercle du modèle | 91 |
| 16.1.1 - Evaluation communautaire des conduites | 91 |
| 16.1.2 - Personnel qualifié et prise en charge pluridisciplinaire | 91 |
| 16.1.3 - Partage de connaissances entre les pairs | 92 |
| 16.1.4 - Traitement | 93 |
| 16.1.5 - La thérapie de groupe | 94 |
| 16.1.6 - Traitement de substitution aux opioïdes | 94 |
| 16.2 Le deuxième cercle du modèle | 95 |
| 16.2.1 Evolution du système de santé en Suisse. | 95 |
| 16.3 Le troisième cercle | 98 |
| 16.4 Synthèse | 98 |
| Chapitre 6 : Conclusion | 100 |
| 17 Apports du Travail de Bachelor - Éléments facilitants et contraignants | 101 |
| 18 Limites | 103 |
| 19 Perspectives pour la recherche | 104 |
| Chapitre 7 : Références | 108 |
| Chapitre 8 : Appendices | 113 |

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif de la question PICOT

Tableau 2 : Identification des mots clés

Tableau 3 : Identification des descripteurs

Résumé

Problématique : La problématique traite de la compliance au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues par injection (UDI). Cette thématique porte sur une problématique de santé publique actuelle. A l'aide de statistiques, nous avons constaté que cette population à haut risque est porteuse de cette pathologie. La question de départ est pertinente au regard des 4 concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984,2005) et avec les modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008). Parallèlement à cela, une revue exploratoire a été effectuée dans la littérature scientifique ainsi qu'une rencontre avec une professionnelle du terrain afin d'affiner le sujet de base et d'être en mesure de formuler une question de recherche plus précise: « Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ? »

Concepts abordés : A ce niveau, nous avons abordé deux références biomédicales qui sont « les drogues injectables » et « le traitement de l'hépatite C ». Nous avons fait un focus sur les circonstances actuelles concernant les UDI ainsi que les drogues concernées qui sont l'héroïne et la cocaïne. L'hépatite C est une maladie souvent asymptomatique, ce qui freine la volonté des UDI à se faire traiter. De plus, les effets secondaires de ces traitements sont susceptibles d'atteindre la qualité de vie du patient. Nous

avons identifié deux concepts. Le premier est « la compliance » qui désigne le fait de suivre correctement les recommandations médicales (Lamouroux, Magan & Vervloet, 2005). Il est décrit que le manque de compliance est le facteur principal qui entraîne une baisse de l'efficacité du traitement du VHC. La prise en charge des soignants ressort comme élément central pouvant améliorer cette compliance (OMS, 2003). Le deuxième concept décrit est « la réduction des risques ». Il ressort qu'il existe différentes mesures de prévention et de réduction des risques de transmission du virus mais que malgré cela, le taux d'UDI infectés reste élevé. En effet, selon Cominetti et al. (2015), en plus de ces mesures, il serait adéquat d'introduire massivement le traitement contre le VHC au sein de cette population afin de diminuer le nombre de personnes infectées et donc la transmission de celui-ci.

Méthode : A travers la méthode PICOT (Melnik & Fineout-Overholt (2013 ; dans Schwander, 2015)), la question de recherche de type « étiologique » et « intervention » a été définie de manière concise afin de trouver des articles scientifiques dans les bases de données Pubmed, Cinahl et Psycinfo. 10 articles correspondants aux critères de recherches ont pu être analysés à l'aide de la grille du Fortin (2010).

Résultats : Plusieurs barrières à la compliance ont été identifiées telles que : les caractéristiques individuelles, les réseaux de soutien, les connaissances et la nature du traitement. Cependant, ces barrières peuvent

être dépassées ou diminuées par la proposition de différentes préconisations pour la pratique.

Conclusion : Certains éléments facilitants comme notre dynamique de groupe ont été identifiés ainsi que des éléments contraignants tel que notre manque de ressources personnelles en informatique. Il est important de prendre en compte certaines limites lors de l'interprétation des résultats par exemple le fait que nous nous sommes basées sur 10 articles seulement. En lien avec ces limites, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour continuer d'identifier les barrières à la compliance au traitement de l'hépatite C des UDI et d'évaluer la pertinence et l'efficacité des moyens proposés permettant de dépasser ces barrières.

Mots clés : Usagers de drogues injectables, Toxicomane, Hépatite C, Compliance, Observance, Traitement, Barrières.

Remerciements

Nous tenions particulièrement à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Naamat Messmer Al-Abed, professeure chargée d'enseignements HES, pour son temps, ses précieux conseils et son soutien tout au long du travail.

Nous remercions Madame Marlyse Gehret Honneger de nous avoir reçus au Drop-In afin de répondre à nos questions.

Nous remercions Madame Julia Danglot pour la correction orthographique et syntaxique de notre travail.

Nous souhaitons également saluer la disponibilité de Madame Anne Cuenat et Madame Valérie Sutter, bibliothécaires de la Haute Ecole Arc à Neuchâtel, et les remercions pour leurs précieuses aides dans la recherche des articles.

Nous remercions notre collègue Anouck Hofmann qui a participé à la construction de la problématique au début de notre travail.

Pour terminer, nous tenions à remercier nos proches, familles et amis, pour leurs encouragements et leur soutien durant toute la réalisation de ce travail.

Chapitre 1: Introduction

1. Nature du travail de Bachelor

Le programme de Bachelor en Soins Infirmiers de la HES-SO prévoit dans le cursus d'apprentissage un travail de Bachelor visant à finaliser nos trois années d'études. Le travail se présente sous forme d'une revue de littérature. A travers une recherche d'articles scientifiques dans des bases de données ainsi que l'analyse approfondie des résultats de ces études, nous viserons à répondre à la question de recherche découlant d'une problématique actuelle identifiée. Suite à notre positionnement face aux résultats de ces études, nous serons en mesure de relever et d'exploiter les éléments significatifs des articles afin de pouvoir élaborer des pistes pour la recherche et la pratique. En ce qui concerne l'objectif de ce travail, il est question d'identifier les éléments significatifs et de les discuter dans le but de développer un regard critique à propos de ces études.

2. Plan du travail de Bachelor

Le premier chapitre de notre travail concerne l'introduction. Puis, le second porte sur la problématique de notre travail. Celle-ci sera en lien avec notre sujet de base qui s'intitule: « Comment gérer le lien entre hépatites et problématiques addictives chez les patients ? ». La problématique visera à exposer la façon dont notre question de recherche est survenue. Il s'agit de « Quelles sont les barrières à la compliance au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables ? Et comment les dépasser ? ».

Cette question est survenue suite à diverses recherches et expériences antérieures en lien avec le sujet de base. Deuxièmement, il sera question dans cette partie de démontrer en quoi cette question de départ est adéquate pour les soins infirmiers en identifiant les liens avec les 4 concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) et avec les savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008). Ensuite, nous réaliserons une revue exploratoire de la littérature sur la base de recherches et d'une rencontre avec une infirmière au Drop-In à Neuchâtel. De cette revue exploratoire découlera les concepts clés du sujet à expliciter dans le prochain chapitre. En conclusion de ce chapitre, nous amènerons les différentes perspectives et propositions que cette problématique pourrait amener pour la pratique. En ce qui concerne le troisième chapitre, nous expliciterons les concepts retenus et les différentes recherches qui en découlent afin d'avoir un maximum d'informations sur la problématique et d'être en mesure d'affiner notre question de recherche. Dans ce même chapitre, nous parlerons du « Community Nursing Practice Model » (Barry & Parker, 2005) que nous avons choisi comme base théorique afin de faire des liens avec notre question de recherche. Le chapitre suivant porte sur la méthode. Nous utiliserons la méthode PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt (2013 ; dans Schwander, 2015)), afin de délimiter et préciser notre question grâce aux recherches bibliographiques dans les bases de données. De cette démarche découle notre question de recherche et nous serons en mesure de décrire de quel type il s'agit. Dans le prochain point, nous expliciterons les critères de

sélection de nos articles utilisés dans les différentes bases de données Pubmed, Cinhal et Psychinfo. Nous illustrerons la démarche PICOT sous forme de tableaux. Suite à cela, nous serons en mesure d'analyser nos articles avec la grille du Fortin (2010). Cette grille permet une analyse très approfondie de l'article et permet d'en retirer les éléments significatifs sur le contenu de l'article et sa structure. Dans le chapitre suivant, ces analyses nous permettent de faire une synthèse des résultats et d'en discuter en faisant le lien avec notre question PICOT. Des perspectives pour la pratique sont également proposées à ce niveau du travail. Le dernier chapitre portera sur la conclusion du travail de Bachelor. Nous identifions les éléments facilitants et contraignants que nous avons rencontrés et préciserons différentes limites à prendre en compte par rapport à notre discussion. Nous terminerons par une ouverture sur les éventuelles recherches qui pourraient faire suite à ce travail de Bachelor.

Chapitre 2: Problématique

1. La question de départ

Dans ce chapitre, nous allons expliquer comment nous avons défini notre question de départ en expliquant en quoi cette question est pertinente dans les soins infirmiers avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) et les savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008). De plus, il y aura une revue exploratoire réalisée dans le but de dégager les concepts principaux du sujet et d'avoir une idée plus précise et concrète du sujet en formulant une question de recherche pour la suite de ce travail.

1.1 Expériences personnelles

Le sujet de base se définit comme suit : « Comment gérer le lien entre hépatites et problématiques addictives chez les patients ? ». Tout d'abord, les lieux de formation pratique en partenariat avec la Haute Ecole de santé Arc, ont mis à disposition différents choix de thématiques pour effectuer notre travail de Bachelor. Nous avons formé un groupe de trois étudiantes en soins infirmiers possédant des attentes différentes pour effectuer ce travail de Bachelor, l'une étant plutôt intéressée par le domaine de la psychiatrie et les troubles addictifs, et les autres par les soins aigus et la physiopathologie. Ceci nous a orienté sur le choix de ce sujet de base susnommé. Suite à des changements dans le parcours de l'une des membres du groupe, nous nous sommes retrouvées en binôme pour effectuer ce travail. Une partie de la revue exploratoire a donc été faite à trois et la suite du travail a été faite à

deux. Au début, il fallait donc trouver un sujet qui relie les deux domaines de santé (physiopathologie et psychiatrie) ce qui est le cas ici avec l'établissement d'un lien entre les troubles addictifs chez des patients présentant une hépatite. De plus, lors de nos stages, l'une de nous a rencontré et observé des patients présentant des troubles addictifs de tous types dans un service de psychiatrie ambulatoire et une autre s'est retrouvée face à un patient gravement atteint d'une hépatite B aux urgences. Ce premier contact avec ces différentes pathologies nous a aussi incité à en savoir un peu plus sur celles-ci et l'idée de les mettre en lien nous a paru très intéressante. Lors de la mise en commun de ces deux situations rencontrées, la complexité de la prise en charge infirmière est ressortie comme point central et commun entre ces deux expériences.

1.2 Données de recherche

Suite aux expériences partagées ci-dessus, nous avons recherché des statistiques sur le sujet afin de voir s'il existe une problématique actuelle mettant en lien les troubles addictifs et les hépatites. Selon le rapport du conseil européen du cerveau (ISPA, 2007), 37 millions de personnes en Europe souffrent de dépendance, tous comportements inclus. Selon l'enquête de l'ISPA (2007), environ 26000 personnes en Suisse sont dépendantes aux substances illicites. Le thème des « troubles addictifs » se situe en tête des préoccupations de santé publique et c'est une problématique actuelle sur laquelle il est intéressant de se pencher. Puis,

selon l'Office fédéral de la santé publique (2015), il y a entre 0,7 et 1% de la population Suisse qui est atteinte d'hépatite C et la prévalence est de 3% au niveau mondial. De plus, la majorité des nouvelles infections diagnostiquées est due à la consommation de drogues par voie intraveineuse. Il est diagnostiqué une centaine de nouveaux cas d'hépatites A et d'hépatites B par an en Suisse, toujours selon l'OFSP (2015). Les hépatites, de par leur transmission souvent par voie veineuse, sont à mettre en lien avec les addictions et particulièrement la toxicomanie où l'utilisation de seringues pour s'injecter dans le sang la substance addictive peut être source de transfert d'hépatite dans le cas de seringues non désinfectées et partagées. En effet, selon le Service de la santé publique de Lausanne (2015), il existe un lien évident entre la contamination du virus de l'hépatite C et l'usage de drogues injectables car la prévalence de ce virus est très élevée chez les usagers de drogue. Suite à ces données de recherche, la population mise en évidence dans cette problématique est les usagers de drogues injectables (UDI) présentant une hépatite C.

1.3 Question de départ liée aux recherches et expériences

Enfin, ce sujet a retenu notre attention car nous nous intéressons au modèle biopsychosocial de la santé qui prend en compte la globalité du patient contrairement au modèle biomédical qui se centre sur la pathologie physique. Il est important d'étudier la prise en charge globale d'un patient et donc de prendre en compte tous les déterminants de la santé et de le

considérer comme un individu qui présente des composantes biologiques, psychologiques et sociales ce qui correspond au sujet de base. Ce sujet a suscité en nous un certain nombre de questionnements et de discussions : tout d'abord, nous nous sommes demandées si la prévention de la transmission de l'hépatite C chez les UDI est suffisante en Suisse. Or, selon la SSP (2015), il existe des mesures de prévention des risques au travers de différentes associations comme « Infodrog » qui a mis en place les premières campagnes nationales de prévention de l'hépatite C entre 2002 et 2004. Dès 2007-2008, des campagnes nationales ont ciblé plutôt les consommateurs de drogues et des professionnels sont allés sur le terrain afin de distribuer des flyers, brochures, site internet... De plus, il existe, dans les grandes villes de Suisse, des programmes permettant la distribution d'aiguilles stériles et l'accès au matériel d'injection peut se faire librement dans les pharmacies. Puis, toujours selon le SSP (2015), l'accès à ces mesures de réduction des risques en Suisse est très élevé chez les UDI. Ces différentes recherches nous poussent à nous questionner sur le fait que, malgré cette prévention bien présente en Suisse et accessible aux UDI, il y aurait peut-être d'autres facteurs intervenants dans la transmission de ce virus chez les UDI tels que le mode de vie, les facteurs environnementaux, économiques et sociaux, le travail... Tous ces facteurs étant des déterminants de la santé, l'infirmière doit donc les prendre en considération afin d'effectuer une prise en charge adéquate et globale. C'est donc au travers de ce questionnaire concernant les déterminants de la santé et grâce à nos observations, expériences et

recherches que notre question de départ a émergé : Quel est le rôle de l'infirmière dans la prise en charge globale des usagers de drogue injectables (UDI) atteints d'une hépatite C ?

2. Le métaparadigme infirmier et les savoirs

2.1 Le métaparadigme

Cette question de départ s'inscrit dans le métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) qui comprend quatre concepts : la santé, les soins infirmiers, l'être humain et l'environnement. Or, un métaparadigme est l'ensemble des concepts qui identifient l'intérêt central d'une discipline. C'est donc la base de toutes les théories de soins.

2.1.1 - La santé

Dans ce sujet se trouve le concept de la santé avec d'un côté la santé physique (hépatite C) et la santé psychique (troubles addictifs). De plus, selon l'OMS (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Dans ce sujet, le concept de santé se retrouve dans la « prise en charge globale du patient » où le bien-être social interagit avec la santé physique et psychique. Il y a donc une prise en considération de l'individu dans son entier, comme étant un être biopsychosocial et le concept de santé

s'y retrouve en englobant tout cela. De plus, Callista Roy (1999) définit la santé comme un état et un processus évolutif dans lequel l'adaptation permet à la personne de garder son intégrité. La santé est donc le reflet des interactions personnelles et environnementales qui sont adaptatives : l'individu va s'adapter à son environnement et la santé retrouve son équilibre lorsque cette adaptation se fait de manière adéquate. En lien avec notre question de départ, l'hépatite C et l'usage de drogues injectables influent fortement sur la santé physique, psychique et sociale du patient et cela marque une non adaptation à son environnement. En effet, des symptômes physiques liés à l'hépatite C et à l'injection de drogues vont apparaître ainsi qu'une altération du contexte psycho-social du patient.

2.1.2 - Les soins infirmiers

Cette question de départ s'inscrit aussi dans le concept de soins infirmiers qui concerne différents domaines : les soins infirmiers préventifs qui visent la prévention et la promotion de la santé, les soins infirmiers curatifs qui visent à soigner la maladie puis les soins palliatifs qui correspondent à des soins de confort et de bien-être du patient en fin de vie ou atteint d'une maladie incurable. Dans cette situation, les soins infirmiers sont à visée curative mais aussi à visée préventive et promotionnelle de la santé.

Selon le Code de la Santé Publique (2004), les soins infirmiers ont pour objectifs de :

- « Protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. » Dans la situation, la réinsertion sociale est probablement très importante à évaluer et la protection du patient et de son entourage est aussi concernée.
- « Concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions. »
- « Participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes, contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs. » Les besoins du patient sont donc à évaluer et sont particuliers dans ce cas de troubles addictifs en lien avec une hépatite.
- « Participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que besoin, leur entourage. »

Dans ce travail, nous nous intéressons à la détresse chez le patient qui n'est pas en fin de vie mais qui présente deux pathologies conséquentes.

C'est sous ce terme de « prise en charge globale et générale du patient » que se retrouve le concept de soins infirmiers à travers ces différents objectifs. De plus, Callista Roy (1999) décrit les soins infirmiers comme une science et une pratique de la promotion de l'adaptation de la personne, qui visent à évaluer les comportements de la personne et à repérer et modifier les facteurs influençant son adaptation, afin de contribuer à l'amélioration ou au maintien de sa santé, de son bien-être et de sa qualité de vie ou de lui permettre de mourir avec dignité. Il s'agit donc de permettre au patient concerné par ces deux pathologies de pouvoir vivre avec cela dans son environnement, s'adapter à ses limitations, ses traitements mais aussi adapter ses comportements afin de limiter la transmission de l'hépatite C.

2.1.3 - L'être humain

Dans le métaparadigme infirmier, il y a le concept d'être humain qui est au cœur de cette question puisque c'est le patient qui est au centre de l'étude. De plus, selon Virginia Henderson l'être humain est un tout complet indépendant, perçu comme un être bio-psycho-social qui utilise, selon sa phase de croissance et de développement, des moyens ou des manières de vivre qui lui sont propres pour satisfaire ses besoins. Cela montre l'importance d'une prise en charge individuelle et personnalisée à chaque patient : en effet, les sujets de l'étude sont tous des UDI atteints d'hépatite C donc la prise en charge au niveau physique sera appliquée de manière semblable. Cependant, chacun possède son contexte de vie qui lui est propre et qui influencera ses besoins en lien avec la prise en charge infirmière sur le

plan psycho-social. Il est donc primordial que l'infirmière adapte sa prise en charge et le réseau nécessaire à chaque UDI atteint d'hépatite C.

2.1.4 - L'environnement

Enfin, le dernier concept du métaparadigme infirmier est l'environnement qui correspond à l'entourage du patient, famille, amis ainsi que son milieu de vie, sa condition socio-économique, ses habitudes de vie... C'est en fait tout ce qui gravite autour de celui-ci et qui est à prendre en compte pour une prise en charge globale et optimale du patient. Il est donc pris en compte dans ce sujet d'étude puisque c'est la prise en charge générale du patient qui est visée. En effet, selon Addiction Suisse (2013), l'environnement est le principal facteur de risque influant l'usage de drogues injectables comme le faible niveau de cohésion sociale, une famille dysfonctionnelle, des antécédents familiaux d'addiction, des échecs psycho-sociaux, un vécu de violences ou d'abus, la précarité... En parallèle, l'environnement personnel correspond au réseau primaire (personnes que le patient choisit par affinité), il existe le réseau de soins qui fait partie du réseau secondaire qui est un élément primordial qui s'ajoute à l'environnement des UDI atteints d'hépatite C. En effet, le réseau secondaire est relié à l'individu par des relations de services régies par des règles institutionnelles. Il est donc prioritaire que les patients soient encadrés par un réseau adéquat à leur situation (Blondeau, Frankard, & Pirard, 2001).

2.2 Les savoirs infirmiers

Notre question de recherche s'inscrit dans les cinq modes de savoir infirmier qui représentent la base de la discipline infirmière, en plus du métaparadigme infirmier. Le savoir se définit comme étant un « ensemble de connaissances plus ou moins systématisées, acquises par une activité mentale suivie » (Robert et al. 2011). En ce qui concerne la discipline infirmière, « le savoir infirmier se réfère à l'expression de la compréhension qui peut être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres » (Chinn & Kramer, 2008). Il faut donc que l'infirmière intègre ces différents savoirs afin de pouvoir comprendre les problèmes rencontrés dans cette discipline et pouvoir exercer de manière adéquate cette discipline en prenant l'individu dans sa globalité. C'est d'ailleurs ce qui se retrouve dans cette question de départ sur la prise en charge globale du patient et donc en démontrant que ces savoirs se retrouvent bien dans ce sujet, cela confirmera que l'individu sera pris dans sa globalité comme le veut la discipline infirmière. Il y a d'abord quatre savoirs qui sont les savoirs empirique, éthique, esthétique, et personnel (Carper, 1978) auxquels s'ajoute plus tard le savoir émancipatoire (Chinn & Kramer, 2008).

2.2.1 - Le savoir empirique

2.2.1.1 : Définition

Le savoir empirique concerne les connaissances qui sont systématiquement organisées à travers des lois générales et des théories

afin de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes liés à la discipline infirmière (Carper, 1978). Il est lié à tout ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2011).

2.2.1.2 : Liens avec la situation

Il se traduit dans la pratique par la capacité de l'infirmière à remettre en question sa pratique en fonction de ses observations et de remettre à jour ses connaissances au fur et à mesure qu'elles évoluent. En effet, la recherche scientifique est en constante évolution ce qui amène les professionnels de la santé à devoir réajuster leurs connaissances régulièrement afin d'optimiser leurs prises en charge des patients. Dans notre réflexion, il sera important de mettre en évidence les connaissances sur l'hépatite C mais aussi la psychopathologie avec les troubles addictifs et principalement l'usage de drogues injectables. Puis, il faudra prendre connaissance des théories de soins permettant la prise en charge d'un patient présentant ces comorbidités. Il sera nécessaire d'avoir une connaissance optimale des protocoles concernant les soins ce qui permettra à l'infirmière de lier ces deux pathologies et de s'assurer d'une prise en charge globale du patient.

2.2.2 - Le savoir éthique

2.2.2.1 : Définition

Le savoir éthique, selon Carper (1978), est la compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est considéré comme juste et de ce qui est souhaitable pour l'individu. C'est un processus conscient qui

permet de clarifier les valeurs et d'explorer les alternatives dans la prise de décision pour un patient dans une situation précise (Chinn & Kramer, 2011). L'infirmière, avec ce savoir, s'engage à tenir compte des valeurs et représentations du patient et de sa famille mais aussi celles de la société et de la profession d'infirmière, c'est-à-dire les règles de déontologie et le secret professionnel. Dans ce savoir éthique, trois composantes sont concernées (Lechasseur, 2009) :

- La moralité personnelle qui est ce qui semble bon envers autrui.
- La moralité sociale qui concerne les normes et les règles se retrouvant dans le code des professions ainsi que les principes éthiques.
- La moralité publique spécifique à la profession regroupant l'ensemble des devoirs et des règles que les infirmières s'engagent à respecter.

2.2.2.2 : Liens avec la situation

Dans notre sujet de travail de Bachelor, le savoir éthique se retrouvera principalement dans le respect des valeurs de la personne et le non jugement de sa situation personnelle et de ses conditions de vie mais aussi dans le secret professionnel et les droits des patients. Malgré les questions d'ordre morale pouvant surgir chez l'infirmière, il est important de ne pas discriminer le patient en le catégorisant (par exemple se dire que le patient qui présente une addiction à l'héroïne et qui n'arrive pas à arrêter ne tient pas compte de son hépatite et ne se sent pas concerné par sa maladie ou

stigmatiser en se disant que toutes les personnes présentant une addiction à l'héroïne finiront par avoir une hépatite C car ils partagent leurs seringues).

2.2.3 - Le savoir esthétique

2.2.3.1 : Définition

Le savoir esthétique est une appréciation profonde du sens d'une situation (Carper, 1978). Les habiletés de l'infirmière liées à la pensée rationnelle, au jugement clinique et aux habiletés techniques prennent appui sur le savoir esthétique (Chinn & Kramer, 2011). C'est donc « une observation fine de la situation permettant à l'infirmière de reconnaître les besoins du patient et au travers de la créativité, d'être capable d'envisager la relation avec le patient et de transformer les interactions avec celui-ci en acte de soin et d'apporter de l'aide d'une manière détournée. » (Chinn & Kramer, 2011).

2.2.3.2 : Liens avec la situation

Par conséquent, ce savoir fait appel à l'empathie et la congruence de la part de l'infirmière. Dans ce sujet, la prise en charge globale du patient incite à utiliser ce savoir qui se modélise et se perfectionne avec l'expérience. Il s'agira parfois de se retrouver face à un patient non compliant ou qui refuse l'aide qu'on se propose de lui apporter, c'est donc là que le savoir esthétique prend tout son sens car il faudra reconnaître les besoins du patient, comprendre comment il fonctionne afin d'envisager la relation et de lui apporter l'aide dont il a besoin ainsi que des soins de qualité adaptés à sa situation.

2.2.4 - Le savoir personnel

2.2.4.1 : Définition

Le savoir personnel est le plus difficile à maîtriser selon Carper (1978). Il représente comment l'infirmière se connaît, ce qu'elle sait sur elle-même et ce qu'elle peut exprimer. C'est se connaître soi-même pour mieux connaître l'autre et pouvoir mettre plus facilement nos propres valeurs, croyances et perceptions de côté si besoin. Lorsqu'il est bien développé, il permet l'ouverture de l'infirmière aux autres et l'interaction qui émerge de la relation enrichit l'expérience (Chinn & Kramer, 2011).

2.2.4.2 : Liens avec la situation

Le savoir personnel est donc la capacité à reconnaître ses limites et savoir passer la main quand cela nous engage trop émotionnellement. Il dépend grandement de l'expérience personnelle de l'infirmière. Pour ce sujet, il est nécessaire de connaître notre positionnement face à l'addiction et principalement l'addiction aux substances illicites, mais aussi nos représentations de la personne atteinte d'hépatite C présentant un trouble addictif. C'est cette connaissance de soi qui facilitera d'autant plus la relation avec le patient et cette nécessité d'empathie et de congruence dans la relation. Or, il existe une réticence des soignants dans la prise en charge des usagers de drogue. En effet, selon un rapport de recherche du HUG (2013), des études montrent que les soignants peuvent avoir des représentations négatives au sujet des usagers de drogues et éprouver des difficultés à prendre en charge ce type de population. Ces professionnels ont parfois

l'impression que ces patients ne sont pas de « vrais malades », en référence à une maladie supposément choisie et auto infligée dont les traitements seraient peu utiles selon eux. Les usagers de drogues sont fréquemment décrits par ces soignants comme des personnes impulsives et manipulatrices.

2.2.5 - Le savoir émancipatoire

2.2.5.1 : Définition

Le savoir émancipatoire correspond à l'examen critique d'une situation de soins ou de travail (Chinn & Kramer, 2008). C'est en fait la capacité d'identifier les injustices par analyse de la situation et donc de pouvoir défendre l'égalité et l'équité dans les soins. La perception d'une injustice doit faire l'objet d'une réflexion mais aussi d'une action (Chinn & Kramer, 2011).

2.2.5.2 : Liens avec la situation

En lien avec ce savoir, tous les usagers de drogues injectables présentant une hépatite C devraient être pris en charge de la même manière que tout autre patient atteint de cette même pathologie. La prise en charge ne devrait donc pas être influencée par la situation sociale de la personne. En effet, il est important de prendre en charge les patients qui s'injectent des drogues de la même manière que ceux qui ne s'en injectent pas afin de défendre l'égalité et l'équité dans les soins. Le rôle de l'infirmier est d'identifier les besoins spécifiques des UDI dans le traitement de l'hépatite C et d'y répondre au même titre que les autres patients atteints d'hépatite C.

2.3 Conclusion

Il y a donc des liens importants et pertinents entre la question de départ « Quel est le rôle du soignant dans la prise en charge globale des UDI atteints d'hépatite C ? » et le métaparadigme infirmier avec ses quatre concepts mais aussi avec les cinq savoirs infirmiers. Ces liens renforcent l'idée que le soignant a un rôle primordial et central dans la prise en charge globale des UDI atteints d'hépatite C et mettent en évidence la nécessité de prendre en charge les UDI au même titre que les autres patients malgré la réticence existante dans la prise en charge de ces patients. Cela apporte donc des arguments à notre réflexion et nous pousse à continuer nos recherches dans ce questionnement de départ afin de comprendre d'où surviennent les réticences des soignants et comment ils exercent leurs rôles dans ce type de prise en charge.

3. Revue exploratoire

Dans cette troisième partie de la problématique, il a été question d'investiguer différentes sources primaires et secondaires afin d'élaborer une revue exploratoire liée à notre question de départ qui est « Quel est le rôle de l'infirmière dans la prise en charge globale des UDI atteints d'hépatite C ? ». Ces recherches vont nous permettre de dégager les thèmes principaux et les concepts liés à la question de départ, afin de pouvoir l'affiner ainsi que de la préciser et d'en faire une question de recherche plus ciblée.

3.1 Littérature scientifique.

Selon Grebely et al. (2016), l'usage de drogues injectables est le principal facteur de contamination du virus de l'hépatite C, en d'autres termes, la majorité des infections par le virus de l'hépatite C nouvelles et existantes se produisent chez des usagers de drogues injectables. De plus, selon ces auteurs, les maladies hépatiques liées au virus de l'hépatite C chez les usagers de drogue sont en constante augmentation mais le recours au traitement est extrêmement faible de par l'existence de diverses barrières aux soins telles que le non-dépistage, la précarité, la consommation de drogues, la réticence des soignants... En effet, dans les pays à revenus faibles et moyens, il y a un plus grand nombre d'UDI infectés par le virus de l'hépatite C alors qu'elle est en diminution en Suisse selon la SSP (2015). De plus, selon ces auteurs, une réticence des soignants quant à la mise en place du traitement de l'hépatite C chez les UDI atteints existe. En effet, certains soignants pensent qu'un grand nombre de ces UDI ne seront pas compliants à cause de leur consommation et de leur environnement qu'ils considèrent non favorables à la réussite du traitement. Or, selon Grebely et al. (2016), il existe effectivement un plus grand nombre de patients non compliants chez les UDI mais la proportion de patients compliants permettra de réduire la transmission de l'hépatite C au sein des usagers de drogue. C'est donc un coût économique à court terme qui permettra des bénéfices à long terme. Les différentes barrières aux soins doivent être évaluées et dépassées dans

le but que les usagers de drogues injectables puissent avoir accès aux soins et aux traitements.

Quelques chiffres ressortent tels que dans les pays à revenus élevés, 50 à 80% des infections par le virus de l'hépatite C se produisent chez les usagers de drogues par injection. (Hajarizadeh, Grebely, & Dore, 2013). De plus, la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues par injection varie de 20 à 80% avec une estimation mondiale de 10 millions d'usagers de drogues injectables atteints du virus de l'hépatite C. (Hagan & al. 2008).

Chossegros et al. (2008) étudient l'accès aux soins et le résultat du traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables et recevant un traitement de substitution en France. Il est démontré qu'une compliance de la part du patient dans la prise de son traitement augmente la réponse virologique durable c'est-à-dire que le traitement sera efficace à un plus haut niveau. Cette recherche montre que des études complémentaires sur le sujet sont nécessaires afin d'aller plus loin dans l'étude des facteurs influençant la compliance du patient au traitement de l'hépatite C.

La recherche de Cournot et al. (2004) traite de la compliance et du taux de réussite du traitement de l'hépatite C chez les UDI car il a été observé une réticence de la part des soignants de traiter ce type de patients. Selon eux, s'injecter des drogues diminuent la compliance et la réussite du traitement. Le but de cette étude est donc de vérifier la compliance et l'efficacité du traitement entre les usagers qui s'injectent des drogues

pendant ce traitement et ceux qui ne s'injectent pas ou plus de drogues. L'article conclut que l'usage actif de drogues par voie intraveineuse substituée ou non n'est pas un obstacle au traitement de l'hépatite C et à une réponse optimale de celui-ci. La réticence des soignants n'est donc pas fondée selon cette recherche.

En conclusion, la problématique découlant de ces quatre recherches s'axe sur le degré de compliance et d'efficacité du traitement de l'hépatite C chez les UDI pour qui il existe une réticence de la part des soignants. En effet, les études précédentes affirment que l'usage de drogues injectables est une barrière à la compliance et à l'efficacité du traitement et d'autres démontrent que l'usage de drogues injectables n'influence pas la compliance et l'efficacité du traitement de ce virus. Enfin, ces articles nous permettent de nous focaliser uniquement sur l'hépatite C et sur l'utilisation de drogues injectables par voie intraveineuse qui est un trouble addictif. Selon nous, il serait intéressant d'investiguer les barrières réelles à l'efficacité d'un traitement de l'hépatite C chez les UDI et éthiquement parlant, la réticence des soignants face à ces patients nous questionne énormément. De plus, l'ambivalence qui existe chez les soignants face à la prise en charge mériterait d'être investiguée.

3.2 Recherches théoriques

3.2.1 - L'addiction

Avant de se concentrer essentiellement sur les drogues injectables, il nous semble important de clarifier le concept d'addiction de manière générale. Selon la 10ème Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, 2010), l'addiction ou syndrome de dépendance est défini comme « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. » En 1964, un Comité d'experts de l'OMS a introduit le terme de «dépendance» en adéquation avec les termes «addiction » et «accoutumance».

Selon la CIM-10 (2010), les troubles addictifs se caractérisent par un besoin irréprensible de consommer une substance en dépit des conséquences négatives sur la santé mais aussi la vie sociale de l'individu. Actuellement, les troubles addictifs sont en tête des préoccupations de santé publique. 20% des plus de 15 ans déclarent avoir consommé au moins une fois une drogue illicite selon une enquête de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2007). Ces pathologies sont classifiées en séparant les addictions aux substances psychotropes (alcoolisme, toxicomanies, tabagisme) et les addictions comportementales (jeu, internet, achats compulsifs, sexe,...). Les substances psychotropes reconnues sont les

suivantes : héroïne, cocaïne, ecstasy, cannabis, médicaments psychotropes, alcool et tabac. Ces substances ont en commun d'agir sur une partie spécifique du système limbique, le système de récompense. Cette partie du cerveau reçoit de l'information liée à la satisfaction des besoins fondamentaux (respiration, alimentation...), l'information est ensuite transmise à une autre structure cérébrale située plus en avant du cerveau appelé le noyau accumbens (ISPA, 2007). La dopamine est le neurotransmetteur impliqué dans le fonctionnement du système de récompense. Lors d'une récompense inattendue, l'activité des neurones du système de récompense qui produisent la dopamine est fortement augmentée (Schultz, 1998). La dopamine est donc impliquée dans le système d'intégration du signal associé à l'obtention d'une récompense dans un contexte précis. Ce processus fait intégrer à l'individu les actions intéressantes pour sa survie et son bien-être. Ces actions sont ensuite renforcées afin de les voir reproduites plus tard dans un contexte similaire. Ainsi, la substance psychotrope, à l'instar des besoins fondamentaux, active ce processus et déséquilibre le système de récompense (ISPA, 2007). En lien avec notre question de départ, il semble pertinent d'appuyer les recherches sur les addictions aux drogues illicites injectables telles que l'héroïne et la cocaïne qui seraient susceptibles d'être responsables de l'hépatite C via la transmission intraveineuse.

3.2.2 - Les drogues injectables

En lien avec notre problématique de départ, nous nous intéressons maintenant à l'addiction aux drogues injectables, qui est en lien avec la transmission du virus de l'hépatite C. Les deux principales drogues illicites injectables concernées sont l'héroïne et la cocaïne.

3.2.2.1 : L'héroïne

Selon Addiction Suisse (2013), l'héroïne est un opioïde semi-synthétique obtenu à partir de la morphine. Elle se trouve sous forme de poudre blanche, grise, brune ou rose. Elle peut être sniffée, injectée par voie veineuse, ou plus rarement fumée. Cette substance est marquée par une forte tolérance, les usages réguliers entraînent rapidement une augmentation des doses et une accoutumance ce qui devient rapidement difficile à gérer. Lors de manque physique de la substance, les consommateurs ressentent rapidement des symptômes de sevrage. La gravité de ces symptômes dépend de la quantité et de la fréquence de la consommation, de la durée de la consommation régulière d'héroïne et de l'état de santé de la personne. Les risques particuliers de l'addiction à l'héroïne sont spécifiques au mode de consommation. En sniff, il y a risque d'infection de la paroi nasale et de rhinite et risque de transmission des hépatites B ou C par le partage des pailles. Addiction Suisse (2013) met en évidence que le mode d'injection intraveineuse est lié à un manque d'hygiène qui augmente grandement le risque de contracter le VIH ou le VHC. Ceci est un problème prioritaire qui a de grandes conséquences sur l'état de santé des héroïnomanes. En parallèle,

il y a également un risque de destruction des veines (inflammations, veines obstruées), un risque d'abcès, de septicémie, de nécroses et un risque de transmission du sida et des hépatites virales par le partage du matériel (aiguille, coton, filtre, cuillère). Le virus de l'hépatite C est particulièrement élevé chez les consommateurs qui s'injectent de l'héroïne par voie veineuse (36-47% des usagers).

3.2.2.2 : La cocaïne

Selon Addiction Suisse (2013), la cocaïne se présente sous la forme d'une poudre blanche inodore. Elle est classée dans la famille des stimulants. Elle produit un effet stimulant, euphorisant, d'exaltation, d'intelligence vivifiée, d'invincibilité et d'agitation motrice. Ses effets sont rapides et de courte durée. Elle est le plus souvent absorbée et consommée par voie nasale sous forme de sniff et elle produit en quelques minutes un effet qui peut durer de 1 heure à 1 heure et demie. Elle peut être consommée en injection par voie intraveineuse et sous cette forme de prise, elle produit en quelques minutes une montée d'euphorie qui peut durer entre 20 et 60 minutes. Cette forme de consommation de la cocaïne est souvent pratiquée par les poly-toxicomanes. Dans le cas de l'injection et de l'inhalation, c'est souvent le crack qui est utilisé. Le crack ou free-base, est l'ajout d'une base (ammoniac ou bicarbonate de soude) à de la cocaïne. Suite à cette montée d'euphorie provient une phase de dépression, d'anxiété et de tensions musculaires très désagréables, appelée la phase de descente. Ce phénomène incite le consommateur à reprendre une autre dose ou à user d'une autre substance

telle que le cannabis ou l'héroïne pour atténuer les effets de la descente, c'est pourquoi la cocaïne a une forte capacité de provoquer une dépendance.

Addiction Suisse (2013) met en avant les risques de l'abus de cocaïne en lien avec les modes de consommation. En sniff, il y a un risque d'infection de la paroi nasale et de rhinite puis un risque de transmission des hépatites B ou C par le partage des pailles ce qui est similaire à l'héroïne. En injection intraveineuse, comme pour la consommation d'héroïne, l'injection est hautement risquée car les mesures d'hygiène sont rarement respectées. Des conséquences importantes tels que des abcès et un risque de transmission du sida et des hépatites virales B et C par le partage de l'ensemble du matériel (aiguille, coton, filtre, cuillère) sont fréquentes. A long terme, d'autres conséquences de types neurologiques, psychologiques et cardiaques sont également présentes chez les consommateurs de cocaïne.

3.2.3 - L'hépatite C

3.2.3.1 : Introduction

Selon l'OMS (2016), l'hépatite est une inflammation du foie, causée la plupart du temps par une infection virale. Il existe aujourd'hui cinq types de virus de l'hépatite et deux types qui sont encore en cours de recherche. En fonction des différents articles cités précédemment, le virus de l'hépatite C est le type d'hépatite le plus fréquemment rencontré chez les usagers de drogues injectables, c'est pourquoi nous nous sommes focalisés sur ce virus.

3.2.3.2 : Mode de transmission du virus

Selon le rapport de l'OMS (2016), le virus de l'hépatite C est transmis par le sang. Les modes de transmission les plus fréquents sont la consommation de drogues injectables par le partage de matériel d'injection, la réutilisation ou mauvaise stérilisation du matériel médical, en particulier des seringues et des aiguilles ou encore la transfusion de sang et de produits sanguins n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage. Plus rarement, le virus de l'hépatite C peut aussi être transmis lors de rapports sexuels ou par une mère infectée à son nourrisson.

3.2.3.3 : Statistiques

D'après l'Office Fédérale de la Santé Publique (2015), environ 1% de la population en Suisse est infectée par le virus de l'hépatite C, la moitié des infections déclarées par les médecins ou les laboratoires sont dues à l'injection de drogues par voie veineuse. 70 % environ des cas d'hépatite C en Suisse sont des hommes et les jeunes adultes de 20 à 39 ans représentent quant à eux 60 à 65 % des cas. La majorité des nouvelles infections diagnostiquées est due à la consommation de drogue par voie intraveineuse. De plus, sur une échelle mondiale, 130 à 150 millions de personnes sont porteuses du virus de l'hépatite C de manière chronique et 700'000 en meurent chaque année. Actuellement, il n'existe pas de vaccin pour ce virus, mais des recherches sont en cours.

3.2.4 - Les liens entre les virus de l'hépatite C et les addictions aux drogues injectables.

Les recherches théoriques sur l'hépatite C, l'addiction et les drogues injectables citées ci-dessus démontrent un lien évident entre les modes d'administration des drogues injectables et les hépatites virales. Les addictions aux drogues injectables illicites (héroïne et cocaïne), sont une porte d'entrée significative des hépatites virales de type C. En effet, ces virus se transmettent par voie sanguine lors d'injections ou de sniff. La problématique du manque d'hygiène est fortement soulevée. La contamination du virus de l'hépatite C est un problème de santé publique actuel et il existe un lien évident avec l'addiction aux drogues injectables via la transmission par voie sanguine.

3.3 Rencontre avec une infirmière du Drop In¹ à Neuchâtel

Pour avoir de plus amples informations, nous avons décidé de prendre contact avec le centre du Drop In à Neuchâtel, qui est un centre d'information, de prévention et de traitement des addictions. Durant cet entretien, l'infirmière nous a confirmé que l'hépatite C était une pathologie plus fréquente par rapport aux autres hépatites virales, cependant, le traitement de la maladie est extrêmement onéreux ce qui pose problème pour l'accès aux soins. De plus, elle nous fait part que la compliance au

¹ Centre d'information, de prévention et de traitement des addictions.

traitement est diminuée chez des personnes usagères de drogues de par leur instabilité et irrégularité. En effet, elle argumente ses propos en affirmant que les usagers de drogues injectables vivent souvent dans des conditions précaires (pas de travail, pas de logement fixe, prostitution, etc...) et le fait de consommer impacte fortement leur santé psychique et sociale. Selon elle, il serait préférable de traiter prioritairement l'addiction avant de pouvoir traiter l'hépatite C car cette addiction est un frein à la compliance au traitement contre l'hépatite C et donc à l'efficacité de celui-ci. Le dépistage de l'hépatite C peut être effectué directement au Drop-In cependant la prévention n'est pas suffisante ce qui freine l'accès aux soins pour les personnes infectées. Selon l'infirmière, il faudrait faire plus de campagnes publicitaires au niveau du risque de transmission de la maladie lors des injections (partage de seringues) mais aussi des relations sexuelles qui peuvent répandre cette maladie au même titre que les autres maladies transmissibles par le sang (VIH).

De plus, l'héroïne et la cocaïne sont les deux substances illicites les plus consommées sous forme injectable. Selon l'infirmière du Drop-In, à Neuchâtel, la cocaïne est plus souvent consommée que l'héroïne depuis ces cinq dernières années car elle est moins onéreuse et l'héroïne n'est pas de bonne qualité. Aussi, il existe à Neuchâtel une augmentation du nombre de polytoxicomanes, c'est-à-dire qu'ils consomment plusieurs drogues. Le plus souvent la cocaïne est associée à l'héroïne. Au Drop-In, les consommateurs

de cocaïne et d'héroïne sont pour la plupart des hommes de 20-50 ans. De plus, il est constaté une augmentation croissante du nombre de matériel (seringues stériles, boîte pour élimination des déchets et objets tranchants) demandé au Drop-In.

En conclusion, selon l'infirmière, il est préférable de soigner l'addiction pour ensuite pouvoir traiter l'hépatite de manière efficace. De plus, le dépistage de l'hépatite C se fait au Drop-In mais la prévention de la transmission de cette maladie et les informations sur sa gravité ne sont pas suffisantes, ce qui est un frein pour le dépistage de la pathologie mais aussi l'accès aux soins, la compliance au traitement et donc l'efficacité de celui-ci.

3.4 Formulation de la question de recherche

Cette revue exploratoire basée sur différents articles, diverses statistiques, des recherches théoriques et une rencontre avec le Drop-In nous a permis de construire notre question de recherche. D'abord, il a été question de se centrer sur l'hépatite C car c'est la maladie la plus fréquemment rencontrée chez les usagers de drogues injectables via la transmission sanguine de celle-ci. En plus de cela, nos recherches nous ont permis d'identifier un lien évident entre l'hépatite C et les consommateurs de drogues injectables et dont principalement l'addiction à l'héroïne et la cocaïne.

En parallèle, il ressort une problématique marquée par une ambivalence dans le traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables. En

effet, en lien avec la revue exploratoire, nous avons remarqué que la compliance au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue varie en fonction de différents facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Cela nous amène à nous demander quelles sont ces différentes barrières à la compliance au traitement de l'hépatite C. En parallèle, cela pourrait nous permettre de comprendre pourquoi le virus de l'hépatite C continue de se transmettre fréquemment chez les UDI alors qu'un système de prévention, de dépistage et de réduction des risques est actif en Suisse (accès facilité au matériel stérile, campagnes, dépistage dans des centres comme le Drop-In...). De plus, nous nous demandons si le fait de s'injecter des drogues pendant le traitement de l'hépatite C est une barrière réelle à la réussite et à l'efficacité du traitement.

La question de recherche découlant de cette revue exploratoire est donc :
« Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ? »

4. Préciser et répertorier les concepts retenus comme pertinents

Après avoir effectué diverses recherches, les concepts suivants ont été retenus comme significatifs pour la suite de ce travail : drogues injectables avec principalement l'héroïne et la cocaïne, la compliance et le traitement de

l'hépatite C. Suite au lien évident qui a été démontré entre le traitement du virus de l'hépatite C, la compliance à celui-ci et la consommation d'héroïne et de cocaïne par injection, nous souhaitons nous focaliser principalement sur ces trois concepts qui seront les éléments centraux de nos recherches approfondies. De plus, le concept de réduction des risques sera aussi explicité afin d'éclairer la question de recherche.

5. Perspectives et propositions pour la pratique

Cette problématique pourrait amener diverses propositions pour la pratique soignante auprès des usagers de drogues injectables atteints du VHC. En premier lieu, il serait judicieux de diminuer la réticence des soignants envers ce type de population et ainsi d'améliorer la prise en charge lors du traitement du VHC, couplée ou non au traitement de l'addiction. En effet, cela pourrait permettre un meilleur accompagnement car les soignants pourraient aider le patient à utiliser ses ressources et seront impliqués positivement dans la prise en charge, sans avoir en tête que le fait de continuer de consommer est une barrière à la compliance et donc au succès du traitement. Suite à ces résultats, les soignants auront plus de facilités à identifier les barrières réelles à la compliance du traitement du VHC chez les UDI et à mettre en place, ensemble, des stratégies individuelles pour surmonter ces barrières. A plus long terme, ce partenariat aiderait à

augmenter l'empowerment individuel du patient dans sa prise en charge et à créer une relation de confiance dans le but d'améliorer la compliance et ainsi d'assurer une meilleure efficacité du traitement. Le but final serait de traiter efficacement les UDI et de diminuer la transmission de ce virus au sein de cette population à risque. L'identification des barrières perçues par les soignants dans le traitement du VHC chez les UDI permettrait de les diminuer et de les dépasser et donc d'améliorer la compliance au traitement. A plus long terme, cela permettrait de diminuer les coûts de la santé en lien avec cette problématique.

Chapitre 3: Concepts et champs disciplinaires infirmiers

6. Définition des concepts

Il est impératif pour expliciter notre question de recherche de définir les concepts que nous avons retenus comme étant pertinents.

6.1 Drogues injectables

6.1.1 - La consommation de drogues injectables dans le monde.

Selon le rapport de L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2016), on estime qu'une personne sur vingt a consommé au moins une drogue illicite en 2014 à l'échelle mondiale, ce qui représente 250 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans. Toujours selon l'ONUDC (2016), la consommation de drogue est un réel problème au niveau mondial : 29 millions de ces personnes souffriraient de troubles liés à cette consommation. En lien avec notre problématique, le rapport démontre que 12 millions d'entre eux sont des utilisateurs de drogues injectables. L'étude affirme donc que la consommation de drogues a des effets dévastateurs sur la santé mondiale (ONUDC, 2016). Par conséquent, 207 400 décès de personnes âgées de 15 à 64 ans sont directement liés à la consommation de drogues en 2014.

6.1.2 - La population toxicomane - Usagers de drogues injectables (UDI).

Les usagers de drogues injectables sont une part spécifique de la population toxicomane. Le DSM IV décrit le toxicomane comme « une personne qui présente une pharmacodépendance à une substance psychoactive ». Parmi ces substances psychoactives en question se trouvent

l'héroïne et la cocaïne, directement en lien avec notre problématique de départ des drogues injectables. Selon l'OMS (1969), la pharmacodépendance est « un état psychique et physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue. Cette interaction se caractérise par des modifications physiques et psychiques qui engagent fortement l'utilisateur à prendre la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets physiques ou quelquefois d'éviter le malaise de la privation. »

Le rapport de l'ONUDDC (2016) explique que les usagers de drogues injectables (UDI) sont la population consommatrice de drogues qui s'expose aux conséquences sanitaires les plus graves. Cette constatation est liée aux pratiques de consommations dangereuses des UDI. Un risque élevé de surdose est susceptible d'augmenter le taux de mortalité de cette population. De plus, la contraction de maladies virales liée au partage des seringues et pailles est très problématique. Un UDI sur deux vit avec l'hépatite C (VHC), c'est-à-dire que sur les 12 millions de personnes qui se sont injectées des drogues en 2014, 6 millions vivent avec le VHC (ONUDDC, 2016). En parallèle, il est démontré par cette étude que les UDI ont des rapports sexuels plus risqués ce qui augmente la probabilité de contracter ces virus.

6.1.3 - Drogues injectables

En lien avec notre question de départ, nous trouvons important d'accentuer nos recherches sur les substances psychoactives injectables, notamment l'héroïne et la cocaïne qui sont directement en lien avec notre problématique. Selon l'OMS (2013), on appelle drogues injectables toutes

substances psychoactives injectables par voie intraveineuse qui peuvent modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur. Puis, selon le rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC (2015), la cocaïne reste la drogue qui soulève le plus de préoccupations en Amérique, tandis que les opiacés (héroïne) demeurent les drogues dont l'usage pose le plus de problèmes socio-sanitaires dans le monde. Il nous semble donc important d'investiguer plus en profondeur ces deux drogues injectables.

6.1.3.1 : L'héroïne

Delay et Deniker (1957) classifient l'héroïne comme faisant partie des psycholeptiques ayant un effet dépressur du SNC. Selon les estimations de l'ONUDC (2016), la consommation d'opiacés (opium, morphine et héroïne) a touché quelque 17 millions de personnes en 2014. Addiction Suisse (2013) décrit l'héroïne ou diacétylmorphine comme une substance semi-synthétique fortement addictive qui fait partie de la famille des opiacés. Elle est issue du suc de la fleur du pavot somnifère. Elle est produite en laboratoire en faisant cuire la morphine base (directement extraite de l'opium brut) mélangée avec de l'anhydride acétique. Sur le marché, elle se trouve sous forme de poudre blanche, brune, grise ou rose. Cette poudre n'est pas composée uniquement d'héroïne pure, elle est mélangée avec d'autres substances telles que le paracétamol et le glucose.

Selon Addiction Suisse (2013), cette drogue agit de la même manière que la morphine mais de façon plus intense et plus rapide au niveau des récepteurs du cerveau. Elle peut être sniffée, injectée ou plus rarement

fumée. A long terme, des effets dévastateurs tant physiques, psychiques et sociaux ont été démontrés. Un déséquilibre au niveau des systèmes neuronaux et hormonaux est possible et irréversible. Des mesures d'hygiène inappropriées lors d'une injection ou d'un sniff peuvent transmettre les virus du sida ou de l'hépatite. De nombreux signes et symptômes se manifestent tels que l'altération de la dentition et des gencives, des constipations fréquentes, des sueurs froides, des démangeaisons, l'impuissance masculine, la frigidité chez les femmes, des boutons acnéiques sur le corps et le visage, des altérations de la mémoire, la détérioration des performances intellectuelles, un manque d'appétit, des douleurs musculaires et osseuses, divers troubles respiratoires et une notable diminution du système immunitaire.

En ce qui concerne l'aspect psychique, il n'est pas clairement fondé que l'héroïne entraîne à long terme des maladies psychiques. Bien que plusieurs études démontrent que 80% des héroïnomanes souffrent de troubles psychiques tels que des phobies, de l'anxiété ou encore de la dépression. Ces pathologies peuvent survenir parallèlement à la dépendance ou être une cause de son développement. Lié à ces différentes conséquences, se greffe une détérioration générale du niveau social et économique du consommateur car il n'est plus en mesure de garder un équilibre adéquat : l'addiction devient sa priorité en dépit des effets néfastes sur sa santé. A long terme, l'addiction à l'héroïne déclenche un cercle vicieux ayant des conséquences

néfastes sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la personne. Le potentiel addictif de l'héroïne est très élevé. Une dépendance psychique et physique est garantie et rapide lors d'une prise régulière. La dépendance se manifeste par un besoin irrépressible de consommer l'héroïne, une perte de contrôle de la consommation, des symptômes de sevrage intenses lors de l'arrêt ou de la diminution de la consommation, une tolérance accrue à la substance, un désinvestissement pour d'autres activités et une poursuite de la consommation en dépit des conséquences négatives. Ces symptômes se manifestent environ huit heures après la dernière prise d'héroïne et sont à leur point le plus intense entre 36 et 72 heures.

6.1.3.2 : La cocaïne

Delay et Deniker (1957) classifient l'héroïne comme faisant partie des psycholeptiques ayant un effet stimulant du SNC, contrairement à l'héroïne qui a l'effet inverse. Selon l'ONU DC (2015), la prévalence annuelle de l'usage de cocaïne est de 0,4 % de la population adulte. Addiction Suisse (2013) décrit que la cocaïne est produite à partir de l'arbre à coca, plante sacrée des Incas, se trouvant essentiellement en Amérique du Sud. Les feuilles, une fois séchées, contiennent 0,2 à 0,3% d'alcaloïde, principe actif principal de la cocaïne. La substance est extraite et transformée chimiquement en hydrochloride de cocaïne et se trouve sous forme de gravier brun-jaune. Cette poudre épaisse peut ensuite être transformée pour en faire des cristaux blancs contenant jusqu'à 95% de principe actif. En Suisse, la forme la plus courante de cocaïne est l'hydrochloride de cocaïne

coupée au moyen de produits divers afin d'augmenter la marge des trafiquants. Ainsi, la poudre ne contient plus que 20% du produit actif. De plus, divers produits alternatifs découlent des mélanges de la cocaïne et permettent de la fumer. Les plus connus sont le crack (mélange de cristaux d'hydrochloride de cocaïne et de poudre à lever) ou le freebase, produite à partir d'une réaction chimique entre la cocaïne et l'ammoniaque (Addiction Suisse, 2013).

La cocaïne fait partie des drogues réputées pour leur effet stimulant, permettant d'augmenter les performances. Sur le plan psychique, les effets immédiats retrouvés sont les suivants : augmentation de l'activité cérébrale, sentiment d'euphorie, faciliter à entrer en contact avec autrui, délire de toute puissance. Cette drogue produit des effets stimulants très puissants, cependant, la sensation d'euphorie est brève. La cocaïne agit sur le métabolisme des neurotransmetteurs du cerveau (noradrénaline, sérotonine, dopamine) qui, en augmentant rapidement le taux de dopamine, provoque le sentiment d'euphorie cité auparavant. Suite à cette euphorie, un sentiment intense de consommer la substance se manifeste.

6.1.4 - Milieu de vie, milieu social et facteurs individuels : Modèles bio-psycho-social de Olievenstein (1983).

Selon le modèle bio-psycho-social qui rejoint le paradigme de Olievenstein (1983), la toxicomanie est la rencontre entre un individu, un environnement et un produit. Dr. Olievenstein cite que « La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une

personnalité. » Selon lui, les facteurs de risques qui encouragent la toxicomanie découlent du milieu de vie, du milieu social et de l'individu en lui-même. En ce qui concerne le contexte de milieu de vie, Olievenstein (1983) cite que les facteurs favorisant la toxicomanie chez un individu sont la pauvreté, la violence, les messages familiaux ambigus, les parents abusifs, un niveau d'autorité excessif ou une absence totale d'autorité, des parents négligeants, l'absence de communication, une dynamique familiale dysfonctionnelle, la présence de comportement criminel ou antisocial dans la famille, la surprotection et une famille monoparentale. Dans le contexte du milieu social, les facteurs favorisant la toxicomanie sont la consommation dans le cercle d'amis, un milieu exerçant des pressions, du stress, un manque de reconnaissance, un manque de satisfaction dans les rapports avec autrui, des échecs sociaux, des conditions de travail difficiles, la publicité incitative, une grande accessibilité aux substances, de nombreuses occasions de consommer.

Selon Olievenstein (1983), les facteurs découlant directement de l'individu influent également sur la toxicomanie comme une mauvaise estime de soi, un repli sur soi, des difficultés d'affirmation, l'isolement, une attitude de rébellion, peu de résistance au stress et à l'angoisse, un manque de motivation, une souffrance psychologique, une difficulté à gérer ses émotions, l'ennui, le vide intérieur, le manque d'adhésion aux valeurs sociales, un traumatisme subi durant l'enfance, la dépression, des problèmes

de santé mentale, la maladie ou un handicap physique. Les études d'Olivenstein (1983) démontrent donc l'impact important de l'environnement et du contexte de vie sur la prévalence d'un individu à devenir toxicomane.

Selon nous, il est indispensable de prendre en compte l'environnement psycho-social de la population UDI afin de les prendre en charge de manière adéquate : ce modèle met en évidence les facteurs de risque à prendre en compte par les soignants lors de la prise en charge spécifique nécessaire à ce type de population.

6.2 Le traitement de l'hépatite C

6.2.1 - Symptomatologie et complications du VHC

Un autre concept très important dans notre question de recherche est l'hépatite C et son traitement. Selon une brochure de la Swiss Experts in Viral Hepatitis (2012), les décès liés à l'hépatite C sont plus nombreux que ceux liés au VIH dans les pays industrialisés. En effet, cette pathologie est sous-estimée car elle est très souvent asymptomatique pendant longtemps mais entraîne ensuite des complications graves telles que la cirrhose qui est le rétrécissement du foie due à des lésions hépatiques de longue durée. L'OMS parle « d'épidémie silencieuse ». Selon la SEVHep (2012), l'hépatite C est la première cause de greffe du foie en Suisse. De plus, 10 à 20 % des personnes infectées guérissent spontanément mais chez la plupart d'entre elles, la maladie évolue vers la chronicité. Puis, 5 à 30 % vont développer

par la suite une cirrhose ou un cancer du foie. Il est cité que 60 à 80 % des nouvelles infections concernent des usagers de drogues par voie intraveineuse.

La période d'incubation du virus de l'hépatite C, selon la SEVHep (2012), varie de deux semaines à six mois et 80% des personnes infectées n'ont aucun symptôme. Pour les 20% restants, la symptomatologie aiguë se traduit par de la fièvre, un manque d'appétit, une fatigue, des nausées et vomissements, des douleurs articulaires, une jaunisse, des urines foncées et des selles grisâtres.

6.2.2 - Diagnostic

Selon la SEVHep Suisse (2012), le diagnostic se fonde sur la mise en évidence d'anticorps spécifiques produits contre le VHC. Il existe 7 génotypes de ce virus et plus de 80 sous-types. Les génotypes de 1 à 4 sont les plus fréquents en Suisse et principalement le génotype 1. Le dépistage du virus de l'hépatite C se fait en deux étapes, selon l'OMS (2010) :

- Le dépistage des anticorps de l'hépatite C par un test sérologique qui permet d'identifier les personnes qui ont été infectées par le virus.
- Si ce test est positif, un test d'amplification des acides nucléiques pour l'acide ribonucléique (ARN) du virus de l'hépatite C est nécessaire pour confirmer l'infection chronique. En effet, 15 à 45 % des personnes infectées se débarrassent spontanément de l'infection grâce à une forte réponse immunitaire.

6.2.3 - Traitement de l'hépatite C

Selon Creapharma Suisse (2015), la guérison de l'hépatite C ne permet pas une immunité et les ré-infections sont fréquentes. De plus, il n'existe pas de vaccin contre ce virus. Le traitement classique consiste à utiliser de l'interféron alpha retard (dit aussi interféron pegylé qui est une protéine permettant aux cellules de lutter contre les infections virales selon le compendium), une fois par semaine en injection combinée quotidiennement avec de la ribavirine qui est un anti-viral (bithérapie). La durée du traitement varie de 24 à 72 semaines. Le taux de succès de ce traitement varie de 30 à 70%. Cette bithérapie peut entraîner des effets secondaires tels qu'une fatigue, des maux de tête, de la fièvre ainsi qu'une anémie, des troubles de la thyroïde et une dépression chez les personnes traitées. Toujours selon Creapharma Suisse (2015), il existe de nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C depuis 2013 comme le sofosbuvir et le siméprévir qui sont des nouvelles molécules souvent utilisées en association avec le traitement classique et permettant un succès du traitement de plus de 90%. Cependant, ces nouveaux antiviraux sont très chers ce qui limite leur utilisation (55000 euros pour 3 mois de traitement à base de siméprévir en France). Il existe aussi des inhibiteurs de protéases tels que le télaprévir et le bocéprévir qui permettent d'augmenter la réponse virologique durable, selon Pharmavista (2011), et qui fonctionnent principalement sur le génotype type 1 en étant en association avec la bithérapie classique ce qui en fait une trithérapie. Ils

améliorent donc les chances de succès du traitement de l'hépatite C à plus de 70% pour les personnes traitées.

6.3 La compliance

Selon Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005), au niveau international, il n'existe pas de différence terminologique entre ces deux concepts : l'observance est la traduction du mot anglais compliance. Selon ces auteurs, la compliance est née dans le champ médical anglo-saxon en 1975. Elle désigne « le comportement du patient qui consiste à suivre parfaitement les recommandations médicales ». Pour Morris et Schultz (1992), l'observance thérapeutique est « le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicaments ».

Selon l'OMS (2003), la mauvaise observance des traitements de longue durée est un problème qui ne cesse d'augmenter dans le monde entier : en effet, ce processus est observable dans toutes situations où le patient doit s'administrer lui-même ses médicaments, peu importe le type de maladie. Une analyse de l'OMS (2003) a établi que dans les pays développés, la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'était que de 50%. Dans cette étude le Dr. Derek Yach, directeur exécutif d'un département spécifique de l'OMS, constate que « l'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les

bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmaco résistances et provoque un gaspillage des ressources. Au total, ces conséquences directes empêchent les systèmes de santé dans le monde entier d'atteindre leurs objectifs sanitaires ». Au niveau économique, le Dr Eduardo Sabaté, Médecin à l'OMS, déclare que « le respect des traitements prescrits entraînera une baisse des dépenses, grâce à la diminution des hospitalisations prolongées des soins d'urgence ou des soins intensifs ». Toujours selon le rapport de l'OMS (2003), il est décrit que l'on a trop souvent tendance à mettre la faute sur les patients qui ne respectent pas leur traitement, alors qu'il est prouvé que les soignants et le système de santé peuvent exercer une grande influence à ce niveau. Le plus souvent par manque de formation, les équipes de soins n'apportent pas une aide adéquate aux patients. En effet, l'amélioration de l'observance donne de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies. C'est un investissement rentable, qui permettra d'éviter des dépenses excessives aux systèmes de santé déjà à la limite de leurs capacités et améliorera la vie des malades chroniques.

Nous pouvons donc en déduire que l'amélioration de la compliance au traitement de l'hépatite C améliorerait la situation sanitaire au niveau mondial, que ce soit au niveau du bien-être de la population par une prise en charge adéquate de l'équipe soignante, d'un taux de réussite au traitement

plus élevé et donc d'une baisse de la transmission du VHC qui engendrerait une baisse de la mortalité. Au niveau économique, une baisse des coûts liés à la prise en charge de ce type de population sera également démontrable.

6.4 La réduction des risques

Dans notre question de recherche, le concept de réduction des risques de transmission du virus de l'hépatite C auprès des UDI doit être explicité afin de comprendre la situation en Suisse par rapport à cela. Selon l'OFSP (2005), la réduction des risques englobe toutes les mesures destinées à diminuer les risques liés à la consommation de drogue. Elle vise à permettre aux individus de surmonter une phase de consommation de drogue en subissant un minimum de dommages physiques, psychiques et sociaux. Les objectifs concrets de l'OFSP (2005) sont une consommation à moindre risque de contracter des maladies infectieuses, la stabilisation de l'état de santé des personnes toxicodépendantes, ainsi que l'amélioration de leur intégration sociale. Les mesures de réduction des risques visent encore à aiguiller les personnes toxicodépendantes vers des thérapies adéquates. Pour la société en général, il s'agit de réduire les coûts sociaux de la drogue ainsi que d'accroître la sécurité publique. De plus, ces mesures de réduction des risques s'adressent à l'ensemble des consommateurs qui encourent des risques. Selon l'OFSP (2005), il existe 4 aspects dans la réduction des risques :

- La prévention des maladies infectieuses et la promotion de la santé

Les personnes toxicodépendantes reçoivent en Suisse depuis la fin des années 1980, au titre de la prévention du VIH et de l'hépatite, des préservatifs et du matériel d'injection stérile, à retirer dans toutes les pharmacies, dans des automates et les centres spécialisés. De plus, tous les centres d'accueil proposent des informations et des conseils en matière de prévention du VIH et de l'hépatite et d'hygiène correcte lors de la consommation de drogue. Enfin, des campagnes de prévention contre l'hépatite sont régulièrement organisées.

- Des conseils et l'assistance de base

Toujours selon l'OFSP (2005), la Suisse dispose d'un vaste réseau de centres d'accueil et de contact dits à bas-seuil. Ces centres assurent l'assistance de base aux personnes toxicodépendantes en leur remettant des repas, en leur administrant des soins médicaux et en leur donnant la possibilité d'utiliser des installations sanitaires. Beaucoup de ces structures disposent de locaux où ces personnes peuvent consommer (par injection ou inhalation) la drogue qu'elles ont apportée, sous surveillance et dans de bonnes conditions d'hygiène. Il y a aussi des centres d'accueil s'inscrivant dans les mesures d'encadrement et d'accompagnement développées pour les personnes toxicodépendantes et évitent à ces dernières d'être à la rue.

Trois seuils différents ont été définis en 1991 par le Conseil d'Etat genevois afin d'établir et de mettre en place différents programmes permettant une prise en charge des consommateurs de drogues :

- Le « seuil haut » concerne des programmes basés sur l'exigence de l'abstinence et comprend les lieux de sevrage, de post-cure (résidentielle) et de réintégration.

- Le « seuil moyen » concerne des programmes basés sur une prise en charge médico-psycho-sociale structurée, avec des objectifs thérapeutiques précis, acceptant la dépendance d'un produit qui peut être fourni sur prescription médicale, conformément au règlement cantonal.

- Le « seuil bas » concerne des programmes basés sur une aide médicale et sociale de base, sans visée d'abstinence, sans dossier et prise en charge individuelle. Il peut s'agir d'antenne médicale, hébergement d'urgence ou encore de lieux offrant des repas ponctuels, ce qui se retrouve dans les mesures de réduction des risques.

- Encouragement de l'intégration sociale

Des projets de travail et d'autres offres (structures de jour) visent à encourager la responsabilité individuelle des personnes toxicodépendantes et le développement d'un réseau social (OFSP, 2005).

- Réduction des risques dûs aux nouvelles substances et à la consommation mixte

Les nouvelles substances vont de pair avec de nouveaux types de consommations et de consommateurs. Il faut ainsi contrôler régulièrement l'accessibilité aux nouveaux consommateurs et ajuster l'activité d'information.

Selon Cominetti et al. (2015), l'accès aux mesures de réduction des risques est très élevé en Suisse. De plus, il y a une diminution de la pratique de l'injection ce qui provient d'une bonne prévention mais aussi de la baisse de nouveaux injecteurs en Suisse. Cependant, l'augmentation de la consommation intraveineuse de cocaïne est problématique car le nombre d'injections par jour est plus élevé chez ces consommateurs. De plus, les mesures de réduction des risques ont permis d'avoir un taux d'échange de seringue assez bas en Suisse mais ce partage reste quand même toujours présent. L'efficacité de ce faible taux d'échange de seringue, selon Cominetti et al. (2015), se retrouve sur la transmission du VIH mais les effets de cette diminution ne sont pas démontrés pour le virus de l'hépatite C car celui-ci se transmet plus facilement, il a une plus grande résistance aux conditions extérieures et il peut se transmettre seulement par le partage du matériel de préparation à l'injection. Puis, ce virus peut être acquis très tôt et donc les usagers de drogues « débutants » qui ne fréquentent pas forcément les structures à bas seuil n'ont pas accès à des mesures préventives et de réduction des risques assez tôt avant une possible contamination. Enfin, selon ces auteurs, les mesures de réduction des risques au niveau actuel ne sont pas suffisantes pour réduire la prévalence de l'hépatite C chez les UDI et l'introduction massive du traitement contre l'hépatite C avec une bonne efficacité chez les UDI pourrait jouer un rôle pour abaisser le nombre de personnes infectées et la transmission du virus.

Le concept de réduction des risques se retrouve dans la politique des 4 piliers mise en place à la fin des années 80 par le conseil fédéral de Suisse. Selon l'OFSP (2005), cette politique s'oriente vers l'efficacité et promeut une diminution de la mortalité due à la consommation de drogues, la réduction de la criminalité et l'amélioration de la santé des toxicodépendants. Celle-ci correspond donc à 4 piliers qui sont :

- Le pilier « prévention » contribue à la réduction de la consommation de drogues en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance (c'est la prévention primaire dont le but est d'éviter l'apparition de nouveaux cas).
- Le pilier « thérapie » contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance (abstinence) ou à en préserver la possibilité (traitement par substitution). Elle contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées.
- Le pilier « réduction des risques » contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.
- Le pilier « répression et régulation du marché » contribue, par des mesures de régulation servant à appliquer l'interdiction des drogues illégales, à

réduire les effets négatifs de la consommation de drogues. C'est aussi la lutte contre la délinquance liée au marché des drogues.

Un des piliers concerne la prévention, c'est pourquoi nous la développons aussi dans ce concept. « La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies » selon Monnier et Deschamps (1980). Il y a trois niveaux de prévention selon l'OMS (2016) :

- La prévention primaire qui correspond à tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. Elle veut donc réduire le risque d'apparition de nouveaux cas pour une maladie. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et des mesures de prévention collective (distribution de l'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail...). La prévention primaire regroupe des actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé au sein d'une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. Il s'agit pour notre thème de campagnes et autres actions de prévention visant la diminution de la transmission du virus de l'hépatite C par le non partage de seringues infectées et l'utilisation de seringues stériles par les UDI ainsi que l'usage de préservatifs. De plus, il s'agit de donner des informations sur la pathologie qu'est l'hépatite C afin que les UDI aient une connaissance de ce virus et de ses risques de transmission, au même titre que le VIH, ce qui pourra réduire

la fréquence de la maladie au sein de cette population. Cependant, il n'existe pas de vaccins contre le virus de l'hépatite C.

- La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et réduire la durée d'évolution de la maladie. Le dépistage précoce des maladies ainsi que le traitement des premières atteintes en sont les deux composantes principales. Il s'agit donc de dépister la maladie à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide pour éviter les conséquences néfastes. Au sujet de l'hépatite C chez les UDI, l'OFSP 2013 recommande un dépistage tous les 6 mois. Selon Cominetti et al. (2015), 80 % des UDI en Suisse déclarent avoir été dépistés pour le virus de l'hépatite C au moins une fois dans leur vie mais le dépistage tous les 6 mois comme recommandé se fait très peu. De plus, l'accessibilité au dépistage est plus facile dans les grandes villes.

- La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives au sein d'une population et donc de réduire le plus possible les incapacités et invalidités fonctionnelles liées à la maladie. Elle s'étend donc au domaine de la réadaptation en cherchant la réinsertion sociale et professionnelle et une amélioration de la qualité de vie avec les soins médicaux. L'OMS (2010) recommande une surveillance régulière des patients atteints d'hépatite C en vue d'un diagnostic précoce des maladies hépatiques chroniques. De plus, une prise en charge médicale précoce et appropriée est nécessaire pour

éviter une évolution de la maladie. La vaccination contre les hépatites A et B est aussi nécessaire pour éviter les co-infections et protéger au mieux le foie.

Enfin, selon l'OFSP (2005), la prévention de l'hépatite C consiste principalement à éviter tout contact avec du sang d'autres personnes par l'intermédiaire de lésions, blessures ou au contact des muqueuses. Il faut donc éviter le partage de seringues chez les toxicomanes ainsi que le contact avec tout autre matériel non stérilisé pouvant provoquer des blessures ou des piqûres. De plus, elle peut être transmise lors de rapports sexuels en cas de contact entre du sang et la muqueuse. La prévention dans la pratique infirmière est mise en place selon différents moyens mais tout d'abord par le don d'information aux personnes demandeuses mais aussi aux populations concernées par les différents problèmes de santé publique. Toutes les infirmières sont aptes à faire de la prévention, et on peut en faire tout le temps, dès que l'occasion se présente et dès que cela est/ou semble nécessaire.

7. The Community nursing practice model

Afin d'éclairer notre sujet et de nous donner quelques informations pouvant nous aider à répondre à cette problématique, nous utilisons le « Community nursing practice model » (Barry et Parker, 2005).

7.1 Description du modèle

Ce modèle se caractérise par 3 cercles concentriques autour d'un cœur.

Appendice A.

Selon les auteurs, les situations de soin incluent des activités pour promouvoir l'intégrité et le bien-être de la personne en plus des soins physiques que les soignants peuvent fournir. Ce modèle démontre principalement les services principaux qui sont les services essentiels fournis à toute communauté concernée par la sécurité, la protection et la promotion de la santé et du bien-être. On retrouve donc dans ce modèle :

- La coordination et la conception de soin : visites à domicile, proposition de programmes au sein de la communauté, l'inscription à la sécurité sociale et la souscription à des assurances adaptées.
- L'éducation à la santé et la prévention primaire : prévention sur la toxicomanie, les relations sexuelles, la prise de médicaments, la réduction du stress, la vaccination, la gestion des maladies chroniques...
- La prévention secondaire et le dépistage : vision, audition, évaluations physiques liées au développement (poids, taille, IMC), prises de sang...
- Les soins de prévention tertiaire : diagnostic, traitement et évaluation de la santé commune, préoccupations des maladies chroniques...

Le premier cercle du modèle concerne les personnes et les groupes de chaque communauté dont la préoccupation directe et partagée est le bien-

être. Les services principaux décrits au-dessus se retrouvent principalement dans ce cercle. On retrouve dans ce cercle l'identification des différentes communautés, l'évaluation communautaire des conduites et des soins donnés ainsi que l'éducation à la santé et la promotion de programmes et d'action visant l'amélioration du bien-être des individus au sein de leur communauté. En effet, au sein d'une communauté, il est possible d'évaluer les besoins des individus et de se servir de la communauté pour entreprendre des actions de promotion de la santé dans le but de répondre aux besoins des individus et de favoriser leur bien-être au sein de la communauté.

Le deuxième cercle inclut des groupes plus formellement structurés et organisés qui partagent des préoccupations pour la santé et l'éducation à la santé des personnes appartenant à une communauté. Cela est plus formel et fait appel à la loi et aux juridictions.

Le troisième cercle comprend l'état, les organisations régionales, nationales et internationales et s'intéresse au financement, à la politique et à la pratique en matière de santé. L'efficacité de ce qui a été mis en place dans le premier et le deuxième cercle sont évalués ici et c'est ce cercle qui détermine ce qui est réalisable ou non en matière de santé auprès des communautés. Il s'agit donc d'un modèle qui agit directement au sein d'une communauté et qui se sert de celle-ci pour effectuer des actions de promotion et de prévention de la santé. Agir au sein d'une communauté

favorise une efficacité des actions menées puisque plusieurs personnes sont concernées par un même problème.

Le modèle s'est fondé sur la base de valeurs essentielles dites transcendantes.

Le respect de la personne : Honorer la dignité et le fait de reconnaître que l'être humain est un être unique.

Prendre soin : compris comme l'essence même de la discipline infirmière. Il faut comprendre que l'on doit prendre soin de l'humain.

Un tout/un ensemble : Comprendre que Les personnes sont un ensemble et sont toujours connectées entre elles dans la famille et/ou la communauté.

Le modèle se base sur d'autres valeurs :

Accès : avoir une disponibilité constante des soins de santé, de manière compétente, acceptable pour la culture, respectueux, et des coûts raisonnables.

Essentialité : ce que les clients décrivent comme nécessaires pour leur bien-être.

Participation de la communauté : Décrit comme l'engagement actif des membres d'une communauté, comme étant à l'écoute des besoins de soins et répondant par des soins.

Empowerment : décrit comme la capacité du client à faire ses propres choix qui influencent sa santé et son bien-être.

Collaboration intersectorielle : Fait référence au fait de rechercher et d'honorer les différents organismes promouvant les soins, et ainsi à potentialiser les résultats des services essentiels au bien-être.

Il y a 4 thèmes essentiels dans ce modèle :

- NURSING = soins infirmiers

Le point principal des soins infirmiers reflète la philosophie du Florida Atlantic University's (FAU) Christine E. Lynn College of Nursing. Il se focalise sur nourrir l'ensemble de la personne et de son environnement à travers les soins. Dans cette perspective, les soins infirmiers sont pratiqués dans un contexte de situations de soins et sont compris comme l'expérience vécue entre le soignant et le soigné. Les soins infirmiers sont une synthèse des valeurs, de significations partagées et d'intégration des différentes façons de comprendre et de savoir. L'infirmière a un rôle d'entendre l'appel aux soins pour prendre soin des autres et ainsi créer une dynamique de réponse à la demande.

- PERSON = la personne

Le respect de la personne est présent dans toutes les situations de soins. La personne définit ce qu'elle a besoin pour son bien-être et détermine ses priorités, qui lui sont signifiantes.

Les personnes sont reconnues comme expertes dans la connaissance de leurs expériences de soin personnel. L'infirmière encourage la personne soignée à comprendre son choix, comment choisir et comment vivre avec son choix.

- COMMUNITY = la communauté

Pour le modèle, la communauté est définie par ses membres et caractérisée par des valeurs partagées, du respect des membres, et promeut un sens de sécurité personnelle. Un certain cadre est également respecté. L'intention de reconnaître l'autre comme un expert de ses soins, et l'écouter favorise la bonne relation au sein d'une communauté.

Connaitre les autres dans des relations de leur communauté offre l'opportunité de comprendre et participer plus pleinement avec eux.

- ENVIRONMENT = l'environnement

La notion d'environnement dans le modèle est le fait de comprendre le contexte de vie du patient et comment il considère sa relation avec sa santé, son milieu social, son environnement naturel (son rapport direct avec son environnement).

7.2 Liens avec notre sujet

Notre question de recherche est : « Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ? ». Elle s'intègre dans le premier cercle du

Community nursing practice model. En effet, notre recherche vise à évaluer auprès d'une communauté formée par les UDI atteints d'hépatite C, quels sont les freins à une bonne adhésion au traitement de l'hépatite C. Cela tient compte de la prévention qui existe auprès de cette population, primaire, secondaire et tertiaire et d'évaluer si ces préventions sont suffisantes ou non et si elles favorisent une efficacité du traitement. Le but sera de trouver ce qu'il est possible de faire en matière de santé, en plus de ce qui existe déjà, auprès de cette population, afin d'améliorer l'efficacité des traitements de l'hépatite C, ainsi que diminuer la transmission du virus de l'hépatite C au sein de cette communauté dans le but d'améliorer le bien-être. Pour cela, il faudra ensuite faire intervenir les deuxièmes et troisièmes cercles pour ce qui est plus formel comme des associations comme le Drop-In ainsi que l'état pour ce qui concerne le financement. Ce modèle permet d'évaluer les besoins d'une communauté et pour notre travail de reconnaître les barrières qui existent à la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI et comment dépasser ces barrières au sein de la communauté tout en s'aidant de celle-ci pour mettre en place de nouvelles actions de promotion et de prévention de la santé et du bien-être. Les 4 thèmes essentiels de ce modèle correspondent au métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005). De plus, les valeurs transcendantes et actualisées du Community nursing practice model sont des concepts centraux à la prise en charge du patient et à l'importance d'agir dans le sens de ces valeurs afin de dépasser les barrières que peuvent avoir les UDI à l'adhésion au traitement de l'hépatite C.

Chapitre 4 : Méthode

8. Méthode PICOT

Afin de délimiter notre question de recherche, nous allons utiliser la méthode dite PICOT (Melnik & Fineout-Overholt (2013 ; dans Schwander, 2015)) qui permettra d'identifier les mots-clés ressortant de cette question : « Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ? ».

- Le P correspond à la population ou au problème concerné dans cette recherche. Il s'agit donc des usagers de drogues injectables (UDI) atteints d'hépatite C comme étant la population concernée. Nous ne souhaitons pas choisir une tranche d'âge car les UDI peuvent être atteints d'hépatite C à tout âge. De plus, ces pathologies peuvent toucher autant les hommes que les femmes donc il n'est pas nécessaire de délimiter un genre. Nous choisissons les êtres humains dans le monde entier car limiter cette recherche à la population Suisse ne permettrait pas d'avoir assez de résultats sur le sujet dans les bases de données.

- Le I correspond à l'intervention ou l'intérêt de cette recherche. Il s'agit pour nous de la compliance des patients au traitement de l'hépatite C. Le terme observance du traitement peut aussi être rencontré comme équivalent. et correspond donc à différents concepts tels que la prévention de la transmission du virus de l'hépatite C luttant par exemple contre le

partage de seringue, le dépistage de la maladie ainsi que le concept de réduction des risques auprès des usagers de drogues injectables.

- Le C correspond à la comparaison et ne nous concerne pas dans cette question de recherche.
- Le O correspond aux résultats recherchés soit à l'issue clinique recherchée (outcomes), c'est-à-dire les barrières, les freins qui influencent ou freinent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI.
- Le T correspond au temps mais ne nous concerne pas car nous n'avons pas délimité spatio-temporellement cette question de recherche.

Récapitulatif de la question PICO :

| Critères PICO | Signification | Explication |
|---------------|--|---|
| P | UDI atteints d'hépatite C | Tout âge, hommes et femmes, de toutes origines |
| I | Compliance au traitement Observance au traitement | Identification des barrières au traitement chez les UDI |
| C | - | - |
| O | Outcome (évènement mesuré) | Barrières, freins |

9. Type de question

La question de recherche est : « **Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ?** ». Il s'agit d'une question de type étiologique car nous allons rechercher les causes qui vont influencer la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI. Puis elle est aussi de type intervention car notre but sera d'amener des propositions de solutions pour dépasser les barrières identifiées. Selon le centre Cochrane (2015), la question de type étiologique fait effectivement référence aux causes des maladies et le but est de trouver comment les identifier. Les questions de type étiologique sont effectivement des problèmes cliniques selon le centre Cochrane (2015).

10. Critères de sélection des articles

Les bases de données qui ont été exploitées sont Pubmed, Cinhal, Psycinfo et JBI. JBI ne nous a pas permis de trouver des articles correspondants à notre recherche mais ces trois autres bases de données, par l'intermédiaire de leurs descripteurs respectifs, nous ont permis de trouver un certain nombre d'articles sur notre sujet. De plus, pour sélectionner nos articles, nous avons ciblé la langue selon nos compétences linguistiques qui sont le français, l'anglais, l'allemand et éventuellement

l'italien. Puis nous voulions aussi des articles dont la version intégrale était disponible directement. Or, si un article paraissait vraiment intéressant mais n'était pas disponible directement en ligne, nous demandions de l'aide à la bibliothécaire de l'école qui a accès aux articles gratuitement.

11. Mots clés et descripteurs

Nous avons mis en avant les différents mots-clés en français de notre question de recherche en lien avec la méthode PICOT. Puis, à l'aide du grand dictionnaire terminologique, nous avons mis ces mots-clés en anglais. Nous avons mis ces mots clés en fonction de PICOT dans le tableau ci-dessous.

Identification des mots-clefs :

| | P | I | C | O |
|-----------------------|---|--|---|------------------|
| Mots clés en français | UDI : Usagers de drogues injectables Toxicomane Hépatite C | Compliance/ Observance Traitement | / | Barrières/freins |
| Mots clés en anglais | IDU : Injection drug user Injecting drug user Drug addiction Hepatitis C | Compliance (with treatment) Adherence | / | Barriers |

Suite à cela, il est important, dans la méthode et pour chaque base de données, de traduire ces mots-clés en descripteurs : les descripteurs MeSH pour la base de donnée Pubmed, les headings subheading pour Cinhal et enfin les descripteurs Terms pour Psycinfo et JBI. Nous avons élaboré un second tableau pour ces différents descripteurs. Pour les descripteurs, nous avons écrit notre mot clé en anglais, ce qui nous a permis de trouver plusieurs termes associés à ce mot. Ces différents termes correspondent à des descripteurs. Nous avons retenu les termes les plus appropriés pour notre question et ceux qui nous permettront de trouver le plus d'articles sur le sujet. Pour tous les mots clés, nous avons trouvé des descripteurs associés.

Identification des descripteurs :

| | Descripteurs MeSH | Heading Subheading | Terms |
|---------------------|---|---|---|
| Injection drug user | Drug users Drug abusers | Intravenous drug users | Intravenous injection Intravenous drug usage |
| Hepatitis C | Hepatitis C Hepacvirus | Hepatitis C Hepatitis C chronic | Liver disorder Hepatitis toxic |
| Barriers | Barriers | Barriers | Treatment barriers |
| Compliance | Patient compliance Compliance Patient adherence | Patient compliance Medication compliance | Treatment compliance Treatment barriers |
| Treatment | Therapeutics | Treatment refusal | / |

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| | | Patient compliance | |
|--|--|--------------------|--|

12. Sélection des articles

Suite à la formulation des différents descripteurs, nous avons essayé différentes combinaisons de ces derniers sur les bases de données auxquelles ils sont associés, afin de trouver la maximum d'articles correspondant à notre recherche et étant limité à nos critères. Nous avons aussi restreint les recherches en prenant des articles dont les années de publication sont de maximum 10 ans plus tôt afin d'avoir des données récentes sur le sujet.

Dans la base de données Pubmed, après plusieurs combinaisons de termes, nous avons eu de bons résultats en mettant : Drug users AND hepatitis C AND patient compliance AND therapeutics. Cela a permis de trouver 28 résultats en incluant les critères imposés précédemment (années de publication et articles disponibles intégralement). Pour la base de données Cinhal, après plusieurs combinaisons, nous avons mis : Hepatitis C AND patient compliance AND intravenous drug users, nous permettant de trouver 20 articles. Enfin, pour la base de données Psycinfo, après plusieurs essais c'est lorsque l'on a mis intravenous drug usage AND hepatitis C AND treatment barriers que nous avons eu 10 articles correspondants.

Afin de trier et choisir nos articles, nous avons déjà lu le titre qui parfois nous permettait d'en éliminer certains qui se concentraient plutôt sur le VIH et

non l'hépatite C. Après une première sélection selon le titre, nous avons lu et traduit les résumés des articles afin de voir les liens avec notre questionnement de recherche. S'ils paraissaient pertinents au travers de leurs résumés, nous avons ajouté un critère de sélection supplémentaire qui est l'impact factor. Il correspond au meilleur niveau de preuve possible (Melnyk, 2013). Nous voulions dans l'idéal un impact factor supérieur à 1.5. Il nous indique si le journal où se trouve la publication de l'article en question a été cité ces dernières années. Si l'impact factor est élevé, cela veut dire que l'article a été cité un certain nombre de fois et donc que le risque de trouver des articles biaisés est plus faible (Melnyk, 2013). Deux articles sur la base de données Pubmed n'ont pas pu être retenus à cause d'un impact factor trop faible.

Il est aussi important de citer le fait que ces recherches d'articles sur les bases de données ont été faites entre le 12 et le 17 décembre 2016 car si l'on refait la même recherche plusieurs mois après, il est possible que de nouveaux articles apparaissent.

Si l'impact factor est bon, que le titre et le résumé de l'article paraissent intéressants et que la date est aussi correcte, nous avons lu l'article en entier afin de confirmer ou non si l'on souhaitait le garder pour notre étude. Suite à cela, nous avons donc retenu 10 articles, 2 provenant de la base de données Cinhal, 3 de la base de données Psycinfo et 5 qui sont issus de Pubmed. Nous avons fait un tableau résumant les articles trouvés puis ceux retenus et un

second tableau avec l'impact factor de chacun et les années de publication des 10 articles retenus.

Articles retenus :

| | Descripteurs utilisés | Articles trouvés | Articles retenus |
|----------|---|------------------|------------------|
| Pubmed | Drug users / Patient compliance / hepatitis C / therapeutics | 28 | 5 |
| Cinhal | Hepatitis C / patient compliance / intravenous drug users | 20 | 2 |
| Psycinfo | Hepatitis C / intravenous drug usage / treatment barriers | 10 | 3 |

Articles choisis :

| Titre de l'article | Impact factor | Année de publication | Arguments |
|--|---------------|----------------------|---|
| Community based treatment for chronic hepatitis C in drug users: high rates of compliance with | 3.769 | 2008 | Il est question d'étudier les facteurs à la non compliance chez des UDI donc cela est directement en lien avec la |

| | | | |
|--|-------|------|--|
| therapy despite on-going drug use (HCV in drug users). | | | question de recherche. |
| Human rights and access to hepatitis C treatment for people who inject drugs | 2.913 | 2015 | Cet article traite d'études de différents pays du monde et particulièrement les pays développés et donne une vision globale du phénomène. |
| Barriers and facilitators of hepatitis C screening among people who inject drugs: a multi-city, mixed-methods study. | 2.635 | 2014 | Cet article traite des barrières et facteurs facilitants au dépistage de l'hépatite C chez les UDI et donc est un point de départ pour répondre à notre question de recherche. |
| Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors. | 2.635 | 2013 | Dans la revue exploratoire, l'importance des facteurs sociaux chez les UDI a été identifiée, c'est pourquoi cette étude traite de facteurs fondamentaux dans le traitement de l'hépatite C chez les UDI. |
| Knowledge and barriers associated with assessment and treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs. | 2.635 | 2012 | Le terme de barrières se retrouve ici et traite de l'aspect d'accès au traitement en lien avec les connaissances que peuvent avoir les UDI au sujet de l'hépatite C. |
| Clinical outcomes in a cohort of anti-hepatitis C virus-positive patients with | 2.019 | 2014 | Cet article prend en compte tous les UDI sans critère d'exclusion. |

| | | | |
|--|-------|------|---|
| significant barriers to treatment referred to a Norwegian outpatient clinic. | | | |
| Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. | 4.179 | 2008 | Cet article a été retenu car il s'agit d'une étude Suisse. |
| Addicts with chronic hepatitis C: Difficult to reach, manage or treat? | 2.787 | 2013 | Cet article prend en compte l'accès au traitement, le suivi du traitement et l'efficacité du traitement de l'hépatite C chez les UDI. |
| Factors associated with uptake of treatment for recent hepatitis C virus infection in a predominantly injecting drug user cohort: The ATAHC study. | 3.349 | 2009 | Il traite des facteurs qui influencent la prise du traitement du VHC particulièrement dans les cas d'infection récentes. |
| Concurrent group treatment for hepatitis C: Implementation and outcomes in a methadone maintenance treatment program. | 2.465 | 2012 | La thérapie de groupe est au centre de l'étude et les met en évidence les avantages de cette thérapie pour les UDI. |

13. Analyse des articles retenus

Pour analyser ces 10 articles, nous avons utilisé la grille de Fortin (2010) qui est une grille de lecture permettant une lecture critique ainsi que l'analyse d'articles scientifiques. *Appendice B.*

Chapitre 5 : Synthèse des résultats / Discussion

14. Synthèse des résultats des articles

Ces différents articles ont permis l'identification de différentes barrières au dépistage, à l'accès au traitement et la compliance à celui-ci. Il serait nécessaire de lever ces barrières afin de diminuer la prévalence du virus de l'hépatite C au sein de cette population d'UDI.

14.1 Caractéristiques individuelles

14.1.1 - Lieux de vie

Tout d'abord, selon Baroca et al. (2014), le fait de vivre dans des zones rurales ou d'être sans domicile fixe avec un accès moindre à la prévention primaire, comme le précisent Harris et Rhodes (2013), constituent une grande barrière au dépistage du VHC ainsi qu'au traitement. Harris et Rhodes (2013), et Wolfe et al. (2015), ajoutent la criminalité comme barrière car dans de nombreux pays, il y a très peu d'accès au traitement en milieu carcéral et la transmission du virus y est plus grande.

14.1.2 - La culture, le genre, l'âge

En plus du lieu de vie de la personne, la culture et le genre de la personne peuvent constituer une barrière. Selon Harris et Rhodes (2013), la culture et le genre peuvent être des barrières au traitement de l'hépatite C par exemple lorsque la personne ne parle pas la langue ou le fait que les hommes soient moins compliants au traitement que les femmes. Puis, être âgé de plus de 40 ans est aussi une barrière selon cette même étude, ainsi

que dans l'article de Zanini et al. (2013), où les principales caractéristiques de base susceptibles de diminuer la réponse à la thérapie antivirale chez les UDI traités sont l'âge de plus de 40 ans et le sexe masculin.

14.1.3 - La situation socio-économique

De plus, concernant la situation sociale, Toresen, Salte, Skrede, Nilsen et Leiva (2014), démontrent que le fait d'être au chômage ou de ne pas se rendre aux rendez-vous cliniques est une barrière pour ne pas commencer un traitement contre le VHC.

14.1.4 - Comorbidités

Dans l'étude de Harris et Rhodes (2013), des barrières individuelles ont été identifiées : il s'agit des comorbidités en plus du VHC comme la co-infection avec le VIH, la prise d'alcool ou encore les comorbidités psychiatriques qui nécessiteraient, en plus du traitement du VHC, un traitement antidépresseur. Selon Grebely et al. (2009), les facteurs qui retardent la prise du traitement sont les cas de dépressions où les cliniciens ne veulent pas prendre le risque d'ajouter d'autres problèmes psychiatriques avec les effets secondaires du traitement. De plus, selon Bruggmann et al. (2008), s'injecter des drogues durant la période de traitement du VHC n'est pas une barrière à la compliance. Enfin, Wilkinson et al. (2008) démontrent que le risque de réinfection reste minime suite au traitement.

14.2 Réseaux de soutien

14.2.1 - La réticence des soignants

Puis, la principale barrière qui est ressortie, dans un certain nombre de ces articles étudiés, est la réticence des soignants à traiter cette population selon Baroca et al. (2014). Harris et Rhodes (2013) ont aussi identifié qu'il existe une stigmatisation et une discrimination des soignants qui considèrent les UDI comme peu fiables pour respecter la prise du traitement et donc non compliant. De plus, les UDI ont peur de cette discrimination, d'être jugés ainsi qu'une peur de la violation de confidentialité (par exemple que les soignants ne respectent pas le secret professionnel sur la pathologie de la personne et son nom). Wolfe et al. (2015) déterminent la stigmatisation aussi comme une barrière au traitement de l'hépatite C chez les UDI par les fournisseurs de soins qui ont une réticence à traiter cette population dans de nombreux pays pour de nombreuses raisons telles que les difficultés de communication, la compliance au traitement qui est vue comme très faible, le fait d'être sans domicile fixe...

14.2.2 - Le système de soins

De plus, Harris et Rhodes (2013) affirment que le système de santé est aussi une barrière, en plus de la discrimination, car les UDI nécessitent une prise en charge complexe et parfois il y a un manque de temps à leur accorder et la communication peut-être difficile avec cette population. Or, selon Treloar, Hull, Dore et Grebely (2012), être évalué par des spécialistes ou des infirmières traduit une meilleure volonté d'être traité. Le soignant

joue donc un rôle important dans la volonté d'être traité et la compliance des UDI au traitement. Puis, Selon Zanini et al. (2013), ces patients peuvent être difficiles à atteindre, mais une fois la thérapie commencée, ils peuvent tout autant réussir leur traitement et être gérés de la même façon qu'une autre population. Les UDI peuvent donc être traités avec succès dans un cadre multidisciplinaire avec une bonne adhérence et une bonne sécurité. Bruggmann et al. (2008) démontrent que l'utilisation de drogues par voie intraveineuse n'est pas une barrière à l'efficacité du traitement et cela devrait être connu par les soignants afin d'assurer une prise en charge adaptée à cette population d'UDI.

14.3 Les connaissances

14.3.1 - Connaissances spécifiques sur la maladie

Treloar, Hull, Dore et Grebely (2012) ressortent que de meilleures connaissances sur le VHC entraînent une plus grande volonté de traitement et donc une meilleure compliance de celui-ci. A l'inverse, de moins bonnes connaissances sur le VHC est une barrière à la compliance au traitement car la personne ne sait pas quels sont les enjeux de la maladie. Ce manque de connaissance dans cette étude est lié à un faible niveau d'éducation et concerne plutôt les hommes que les femmes. Selon Baroca et al. (2014), certains ne voient pas l'intérêt d'être traités car souvent, la maladie est asymptomatique et ils ne connaissent pas les conséquences de la maladie

malgré qu'elle ne soit pas symptomatique sur le moment. Selon Grebely et al. (2009), les infections chroniques, où le patient vit depuis des années avec la maladie, constituent une barrière puisque la personne ne veut pas être traitée car elle a « l'habitude » de vivre avec sa maladie.

Enfin, les infections symptomatiques ou aiguës favorisent un dépistage précoce pour la personne atteinte et donc un meilleur engagement dans la prise du traitement que dans le cas de maladies asymptomatiques. Cela démontre l'importance des connaissances sur le dépistage, le VHC et le traitement afin d'être engagé dans le suivi et la prise en charge de la maladie. Un élément important selon Baroca et al. (2014) est le fait que les patients sont plus motivés et plus compliants à être traités par le VHC lorsqu'ils prennent un traitement de substitution aux opioïdes.

14.3.2 - Connaissances sur les complications potentielles

Toresen, Salte, Skrede, Nilsen & Leiva (2014) déterminent une barrière au traitement liée au manque de sensibilisation des complications potentielles de la maladie et donc à un manque de connaissances sur le sujet qui fait que des problèmes psychosociaux (par exemple être sans domicile fixe) peuvent être considérés comme plus urgents ou plus préoccupants à résoudre pour les UDI et donc ils ne tiennent pas compte de la maladie. Or, Grebely et al. (2009) démontrent que le fait d'être dépisté à un stade précoce de la maladie permet une meilleure prise et assimilation du traitement, moins d'effets secondaires et de comorbidités et un traitement de plus courte durée. De plus, les UDI qui ont un bon fonctionnement social et

qui sont dépistés tôt vont être plus engagés dans la prise du traitement et le fait de s'injecter des drogues ne freine pas cet engagement contrairement à ce que pensent certains soignants.

14.4 La nature du traitement

14.4.1 - Les effets secondaires potentiels du traitement

De plus, les UDI décrivent un stress concernant les effets potentiels du traitement sur leur bien-être physique, mental et social. Selon Bruggmann et al. (2008), en Suisse, la thérapie de maintenance à la méthadone et l'utilisation d'héroïne en parallèle du traitement ne conduit pas à une exclusion du patient du programme, ce qui diminue les barrières au traitement dans ce pays. Bruggmann et al. (2008) soulèvent que les patients qui ont reçu un antidépresseur ou qui sont atteints de troubles psychiatriques sont plus susceptibles de souffrir d'une certaine forme de trouble au niveau mental durant le traitement. Chez les UDI, les troubles mentaux sont une comorbidité fréquente. Les plus fréquents sont des troubles de la personnalité, affectifs et anxieux. Cependant, des troubles mentaux stables sous psychopharmacologie ne sont pas considérés comme une barrière à la thérapie chronique contre l'hépatite C. De plus, Wilkinson et al. (2008) soulèvent qu'une des barrières principale au traitement des consommateurs de drogues injectables est l'éventuel risque de réinfection du VHC nécessitant que le patient se fasse retraiter. Cette barrière est aussi

évoquée dans l'étude de Grebely et al. (2009), où la réinfection potentielle après avoir été traité est une barrière au traitement au sein de cette population à risque. Wilkinson et al. (2009) affirment que dans d'autres études, les taux de réinfection sont bas.

14.4.2 - Le coût des traitements

Enfin, selon Wolfe et al. (2015), le coût des traitements est une barrière importante à l'accès au traitement pour les UDI puisque ces traitements coûteux sont priorisés pour les autres personnes atteintes par le VHC et certains UDI sont exclus des thérapies par les pharmaciens ou n'ont pas d'assurance maladie et donc ce traitement ne leur est pas proposé. Selon ces auteurs, il y a 7 droits de l'homme qui sont violés dans le cas du traitement de l'hépatite C chez les UDI dans les pays développés du monde : d'abord le droit à la vie privée (dans certains pays, les UDI doivent se déclarer comme étant consommateurs de drogues et n'ont donc pas accès au traitement), le droit à la non-discrimination, le droit à la liberté, le droit au meilleur niveau de santé possible, la liberté d'expression et d'information, le droit d'être libre de toute torture et mauvais traitement et enfin le droit à un procès équitable. L'injection de drogues illicites ne devrait pas faire exclure les usagers de la citoyenneté et de la participation, l'accès aux soins et la réticence des soignants auprès de cette population ne devrait plus exister.

15. Développement des résultats en lien avec la question PICOT.

Il a été question dans ce chapitre d'analyser les résultats cités ci-dessus et de les mettre en lien avec la question PICOT : « Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ? » Les résultats permettent d'identifier plusieurs catégories de barrières à la compliance au traitement ainsi que des facteurs facilitants. Les facteurs ayant un impact sur la compliance au traitement chez les UDI sont les suivants : les caractéristiques individuelles, les connaissances, les réseaux de soutien et la nature du traitement.

15.1 Identification des barrières à la compliance au traitement de l'hépatite C pour les UDI

15.1.1 - Caractéristiques individuelles

Les barrières liées aux lieux de vie des UDI sont le fait de vivre dans des zones rurales ou d'être sans domicile fixe car cela limite l'accès à la prévention pour les personnes concernées (Harris & Rhodes, 2013). Le milieu carcéral est également une barrière en lien avec le lieu de vie car cela diminue l'accès au traitement.

L'âge, le genre et la culture sont également des barrières à la compliance au traitement. Les UDI de genre masculin de plus de 40 ans sont moins

susceptibles d'être dépistés et traités pour le VHC que les femmes et les individus plus jeunes (Zanini & al., 2013).

La situation sociale des UDI influe également sur leur compliance par le fait que certains ne se rendent pas aux rendez-vous cliniques du programme. Le fait d'être au chômage constitue aussi un frein à l'accès au traitement (Toresen, Salt, Skrede, Nilsen & Leiva, 2014).

Les comorbidités associées telles que la co-infection avec le VIH, le consommation d'alcool ou les troubles psychiatriques sont également susceptibles d'être des barrières au traitement (Harris & Rhodes, 2013).

15.1.2 - Les connaissances

Avoir de moins bonnes connaissances sur l'hépatite C, son dépistage et son traitement entraînent le fait d'être moins compliant au traitement de l'hépatite C chez les UDI. Le manque de connaissances sur le fait que la maladie peut être asymptomatique entraîne une réticence à être traité car il n'y pas de symptômes observables. De plus, se faire traiter n'est pas forcément une priorité pour eux car ils ont d'autres préoccupations plus urgentes (Baroca & al. 2014).

15.1.3 - Réseaux de soutien

Harris et Rhodes (2013) affirment que la principale barrière est la peur des UDI à être stigmatisés par les soignants qui éprouvent souvent une réticence à traiter ce type de population qu'ils considèrent « peu fiable » et non compliant. En effet, selon le rapport de l'OMS (2003), il est prouvé que

les soignants peuvent influencer grandement sur la compliance au traitement chez les patients. Une barrière identifiée est donc que certains soignants ne sont pas en capacité de traiter adéquatement les UDI par manque de connaissances, d'expériences et de temps envers cette population nécessitant des besoins spécifiques ainsi qu'une attitude et une communication adaptées.

15.1.4 - La nature du traitement contre le VHC

Selon Wolfe et al. (2015), une autre barrière en lien avec les traitements du VHC chez les UDI est son coût. Selon l'OFSP (2015), le Sovaldi, était au prix démesuré de CHF 685 la pastille. Devant être pris pendant 12 semaines, le coût final du traitement se monte à CHF 58'000. L'OFSP (2015) cite que « Ce prix indécent demandé par Gilead² avait amené l'OFSP à limiter son remboursement aux personnes souffrant d'une maladie du foie avancée ».

Les effets secondaires de ces traitements, notamment les troubles psychiatriques qui y sont associés, ainsi que le risque potentiel de réinfection après le traitement sont deux barrières significatives à la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI.

15.2 Comment dépasser ces barrières ?

15.2.1 - La thérapie de groupe

Afin de dépasser un certain nombre de ces barrières ci-dessus, l'étude de Stein et al. (2012) est pertinente. Les auteurs décrivent que les résultats de

la thérapie de groupe montrent que les UDI atteints d'hépatite C ont des taux élevés de compliance au traitement de l'hépatite C.

La thérapie de groupe offre aux UDI la possibilité de partager leurs préoccupations et de trouver des solutions avec les autres patients au même point de traitement qu'eux, ou encore avec des patients qui ont terminé leurs traitements.

Par rapport aux barrières liées à la nature des traitements, le soutien par les pairs peut servir à aborder et atténuer les craintes des patients contre les effets secondaires négatifs du traitement. Les patients observent des effets secondaires similaires chez leurs pairs dans le contexte du traitement du VHC et comprennent donc que c'est un processus normal et non pas une raison pour interrompre le traitement.

En lien avec les barrières du réseau de soin, la thérapie de groupe peut être particulièrement utile dans le traitement des UDI à haut risque d'instabilité psychosociale ou psychiatrique : il permet de fréquenter les patients régulièrement pendant le traitement par des réunions régulières, autant par les pairs que par l'équipe médicale. Cela facilite l'évaluation des problèmes biopsychosociaux par des professionnels, ce qui permet une intervention rapide si besoin. Stein et al. (2012) notent que les patients qui peuvent être socialement isolés, méfiants de la médecine et / ou ambivalents au sujet du traitement sont rassurés par la participation simultanée de leurs pairs.

15.2.2 - Promotion - Education thérapeutique

En lien avec les barrières des connaissances, des interventions éducatives pour le VHC ciblées à la fois pour les patients et le personnel peuvent favoriser une participation maximale et des résultats optimaux de traitement. Selon Stein et al. (2012), les UDI atteints d'hépatite C peuvent être réticents à commencer un traitement médicamenteux contre l'hépatite C par peur des nombreux effets secondaires de ceux-ci. Treloar, Hull, Dore et Grebely (2012) préconisent que les patients devraient pouvoir disposer d'un réseau de soutien et d'éducation thérapeutique de la part de professionnels par rapport aux effets secondaires avant de débiter un traitement.

Afin de dépasser ces barrières, il serait adéquat que les UDI aient accès à des connaissances de qualité apportées par des spécialistes (médecins, infirmiers,...) du domaine afin de diminuer leurs craintes face aux effets secondaires du traitement. De cette façon, les UDI seraient moins inquiets d'apercevoir certains effets secondaires et arrêteraient moins leur traitement de leur propre gré.

Il serait judicieux d'étendre ces actions de promotion et l'activité des centres pour les UDI à une échelle plus large, autant en milieu rural que urbain, afin de favoriser le traitement du VHC chez tous les UDI atteints, et ainsi diminuer la prévalence du virus. En effet, le fait d'avoir de bonnes connaissances sur le VHC favorise le dépistage précoce par la volonté de se faire traiter et donc un traitement peut être entrepris rapidement et ainsi

réduire la transmission du virus au sein de cette population à risque (Grebely & al. 2009).

15.2.3 - Prise en charge pluridisciplinaire

En lien avec les barrières du manque de connaissances, il serait primordial de former les soignants à la prise en charge spécifique de cette population afin de comprendre leur contexte de vie et ainsi de les suivre de manière adéquate sous un angle bio-psycho-social. Il serait donc intéressant de promouvoir également l'importance de la prise en charge des UDI et leurs besoins spécifiques auprès des équipes de soins afin de maximiser la bonne prise et la compliance au traitement et de diminuer la stigmatisation de cette population dans le traitement du VHC.

De plus, en lien avec les barrières de la nature du traitement, il semble pertinent que les soignants devraient être en mesure d'actualiser leurs connaissances par le biais de leur institution en lien avec l'évolution du traitement. Actuellement, selon l'OMS (2016), les prix des nouveaux traitements sont en baisse et les traitements seront pris en charge par l'assurance maladie en Suisse, sans stigmatiser les usagers de drogues injectables. Les soignants devraient être en mesure de communiquer ces informations de haute importance aux UDI lors de leur prise en charge afin d'augmenter leur volonté de se faire soigner.

En lien avec les barrières du réseau de soutien, Grebely et al. (2009) soulèvent que le suivi d'un traitement de substitution aux opioïdes durant le

traitement du VHC est un élément facilitant la compliance de part une prise en charge pluridisciplinaire mise en œuvre dans ces thérapies, autant au niveau physique que psychique. De plus, lorsque les UDI atteints d'hépatite C ont accès à un réseau de soutien (individuel ou en groupe) avant le début du traitement, cela a des effets positifs sur la compliance car la personne peut exprimer ses besoins et recevoir des informations nécessaires sur le déroulement de la thérapie.

16 Perspectives et propositions pour la pratique

Afin de proposer des perspectives et interventions pour la pratique et principalement la pratique infirmière, il est pertinent d'utiliser le modèle de soins décrit auparavant dans ce travail, « The Community nursing practice model » (Barry & Parker, 2005). Selon ce modèle, les infirmières seraient les premières à être sensibilisées afin de répondre à la demande de la communauté et de promouvoir cela auprès des autres intervenants. Dans cette recherche, il a été observé un certain nombre de barrières au traitement de l'hépatite C pour les UDI et il s'avère que lever ces barrières serait un besoin au sein de la communauté afin de valoriser le traitement de l'hépatite C pour les personnes atteintes et donc de favoriser le bien-être au sein de cette communauté en diminuant la prévalence du virus et les risques de transmission.

16.1 Le premier cercle du modèle

16.1.1 - Evaluation communautaire des conduites

Le premier cercle de ce modèle concerne d'abord l'évaluation communautaire des conduites qui est donc le travail fait au travers de l'analyse de différents articles qui démontrent que les UDI peuvent être compliantes au traitement de l'hépatite C malgré certaines barrières existantes. L'évaluation des conduites concernant la communauté d'UDI dans les différents articles étudiés a permis d'identifier des barrières à leur compliance au traitement de l'hépatite C. Pour aller plus loin dans la pratique, il serait pertinent de faire une évaluation de la compliance des UDI dans le canton de Neuchâtel, par exemple, afin de vérifier que les barrières identifiées dans ce travail sont bien présentes dans la région.

16.1.2 - Personnel qualifié et prise en charge pluridisciplinaire

Pour lever ces barrières, l'accent devrait être mis en priorité sur la réticence des soignants à traiter cette population difficile d'accès. Pour cela, les soignants devraient tenir compte de l'environnement de la personne et de sa situation afin de prodiguer des soins de qualité, sans discrimination et s'adapter aux besoins de la personne concernée. Ces études démontrent que la réticence des soignants n'est pas fondée s'ils utilisent les bonnes méthodes pour atteindre cette communauté. Tout d'abord, une prise en charge pluridisciplinaire reste indispensable pour cette population à risque. Il s'agirait de former du personnel (infirmières, psychologues, médecins) pour cette population ainsi que de valoriser une collaboration de ces soignants

avec les centres existants comme le Drop-In. Cela permettrait aux soignants de développer leurs connaissances sur les UDI et l'hépatite C, de travailler avec une communication adaptée à cette population et de valoriser la valeur professionnelle essentielle de « l'équité dans les soins ». De plus, cela permettrait de diminuer la stigmatisation des UDI par les soignants. Cette collaboration se fait déjà dans les centres à moyen seuil et à haut seuil mais cela devrait être encore plus valorisé par exemple en mettant en place un réseau de soutien pluridisciplinaire, avec un suivi psychiatrique, autour de la communauté et des individus avant de débiter un traitement contre le VHC. Cela consiste donc à investir des moyens financiers pour former du personnel de différents domaines (infirmiers, médecins...) pour une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée à la population. A long terme cet investissement deviendra un bénéfice puisque les coûts liés aux complications de l'hépatite C ou à la mortalité diminueront.

16.1.3 - Partage de connaissances entre les pairs

De nombreuses actions de promotion et de prévention existent déjà et il faudrait élargir la promotion de la santé ainsi que valoriser le partage des connaissances au sein de cette population d'UDI. Il s'agirait de se servir de la communauté pour entreprendre ces actions. Par exemple, ce qui commençait à être mis en place au Drop-In, concernant les pairs où un UDI à un pair qui serait comme un référent, un mentor étant lui aussi UDI ou ancien UDI et cela permettrait la transmission d'informations sur les risques au sein de cette population et sur l'importance du dépistage du VHC. Selon Baroca et al.

(2014), la détection précoce du VHC chez les UDI pourrait faciliter un accès précoce au traitement et éviter les comorbidités associées à la maladie comme les cirrhoses ou le cancer du foie. De plus, soigner les personnes atteintes permettrait de diminuer la transmission de ce virus. Il serait donc pertinent d'utiliser cette méthode communautaire pour informer les UDI sur le VHC, son dépistage, la maladie et les traitements. En effet, la connaissance sur cette pathologie étant une des principales barrières, celle-ci pourrait être levée si les apports d'informations se faisaient au travers de la communauté avec un partage entre les pairs et avec l'aide de spécialistes qui auraient été formés auparavant. De plus, il serait intéressant d'accentuer ces interventions auprès des hommes de plus de 40 ans principalement car ce sont les moins compliants au traitement ainsi que d'étendre le plus possible les actions de promotion et de prévention existantes en milieux ruraux qui ont un accès moindre à cela.

16.1.4 - Traitement

La compliance au traitement augmente si les UDI sont traités dans un milieu familial non hospitalier. Par exemple, dans les centres à bas seuil, moyen seuil ou haut seuil, il serait pertinent de ne pas considérer seulement l'addiction mais de traiter aussi l'hépatite C si la personne est atteinte afin de localiser la prise en charge au même endroit et dans un environnement connu. Avec les différents traitements à injections et les nombreux effets secondaires, cela pourrait être difficile car ils nécessitent du personnel et du matériel médical à disposition. Cependant, selon l'OMS (2016), de nouveaux

traitements (AAD) étant oraux et ayant moins d'effets secondaires permettraient donc une possibilité de traitement dans des milieux non hospitaliers ainsi qu'une meilleure compliance pour les UDI.

16.1.5 - La thérapie de groupe

La thérapie de groupe testée récemment, montre une grande efficacité pour cette population. Wilkinson et al. (2008) préconisent qu'un réseau de soutien doit être établi avant de commencer un traitement antiviral, correspondant au besoin de la personne traitée. Dans la pratique, il serait pertinent de valoriser des prises en charge en groupe où les différents UDI atteints d'hépatite C pourraient être traités ensemble dans le but de partager leurs expériences et de promouvoir au sein de la communauté leur bien-être. De plus, la communauté a un puissant impact sur la compliance au traitement car ils se sentent moins seuls dans la maladie et dans l'assimilation du traitement.

16.1.6 - Traitement de substitution aux opioïdes

Enfin, le fait de s'injecter des drogues n'est pas une barrière à la compliance au traitement de l'hépatite C mais il a été démontré que lors de traitement de substitution aux opioïdes, la compliance est quand même meilleure. Il s'agirait donc en plus du traitement de l'hépatite C, d'établir un suivi psychiatrique afin de promouvoir la possibilité d'un traitement de substitution pour les UDI. Cependant, s'injecter des drogues ne doit pas freiner la possibilité d'accès au traitement de l'hépatite C surtout avec les

nouveaux traitements oraux qui évitent des injections supplémentaires sur des réseaux veineux très sollicités.

16.2 Le deuxième cercle du modèle

Le deuxième cercle de ce modèle concerne principalement les lois et les droits existants. Par exemple, la non-discrimination et l'accès de manière égalitaire aux soins sont des droits de l'homme qui sont très importants dans le cas de cette communauté d'UDI. Puis en ce qui concerne les lois, l'assurance maladie rembourse désormais la totalité du traitement de l'hépatite C (OFSP, 2017). De plus, dans les actions de prévention existantes, les affiliations à l'assurance maladie dans cette population sont fortement valorisées à des coûts les plus abordables possibles.

16.2.1 Evolution du système de santé en Suisse.

Il est important d'informer, autant les soignants que les UDI, que de nouvelles recommandations du traitement de l'hépatite C ont été mises en place récemment. Selon l'OMS (2016), « Il est recommandé d'utiliser des schémas thérapeutiques composés d'antiviraux à action directe (AAD) pour traiter les personnes infectées par le virus de l'hépatite C plutôt que des schémas thérapeutiques incluant l'Interféron pégylé ou la Ribavirine ». En effet, plusieurs nouveaux médicaments (Simépruvir, Sofobusvir, Daclatsavir) destinés au traitement des infections à VHC ont été introduits. Ils permettent d'utiliser des schémas thérapeutiques oraux, plus courts (huit semaines

peuvent parfois suffire) et le taux de guérison est supérieur à 90 %. De plus, leurs effets indésirables sont moins fréquents que les schémas thérapeutiques de l'Interféron et la Ribavirine. De plus, il est décrit que ces traitements pourront être administrés en milieu clinique non spécialisé, par exemple dans des centres de soins primaires ce qui augmente l'accès au traitement. Etant donné que le traitement est moins contraignant (oral, peu de comprimés) et que les effets secondaires sont plus restreints, la compliance des patients peut être augmentée. Il serait donc primordial que les UDI atteints d'hépatite C soient au courant de ces nouveaux traitements et de leurs bénéfices par rapport aux anciens, afin d'augmenter leur volonté à se faire traiter et ainsi augmenter la compliance durant la période de thérapie.

Selon l'OMS (2016), les prix des nouveaux traitements sont en baisse dans un certain nombre de pays suite à des négociations avec les fabricants et grâce à l'introduction des génériques. En premier lieu, il semble primordial que les soignants soient mis au courant de cette diminution du prix du traitement de l'hépatite C et de son efficacité auprès de la population UDI afin de réduire cette réticence à les prendre en charge par ce traitement. En effet, il est souligné que dans les pays à revenu élevé, le traitement par Interféron et Ribavirine a un bon rapport coût-efficacité chez les UDI actifs, malgré le risque potentiel de réinfection, il peut même s'avérer meilleur que chez les populations qui présentent des risques plus faibles de

transmission (OMS, 2014). Bien que l'investissement financier et humain de la thérapie du VHC reste coûteux à court terme, cet investissement sera rentabilisé à plus long terme par la diminution de la transmission du virus et une diminution des coûts médicaux liés aux complications de la maladie. En Suisse, selon l'OFSP (2017), l'assurance maladie de base ne prenait pas en charge le traitement de l'hépatite C à moins que la personne soit atteinte d'une fibrose de stade 2 ou si elle présentait des symptômes extra hépatiques. Depuis le 1er mai 2017, l'assurance maladie a soulevé ses restrictions. Ainsi, les consommateurs de drogues injectables pourront également avoir accès à un traitement pris en charge par l'assurance. Cet élément est essentiel et joue un rôle sur l'accès au traitement et pourrait diminuer la réticence des soignants à traiter cette population et ainsi favoriser grandement la volonté et la compliance des UDI au traitement. Il semble primordial de promouvoir cette information à grande échelle, autant auprès des soignants que la population UDI, afin de supprimer l'idée que les UDI ont moins accès au traitement du VHC et que le coût du traitement est une barrière pour cette population en Suisse. Ceci est lié à l'importance d'apporter des connaissances adéquates aux UDI ainsi que le besoin des soignants d'être formés et d'actualiser leurs connaissances dans ce domaine.

16.3 Le troisième cercle

Enfin, le troisième cercle de ce modèle concerne les aspects plutôt financiers où ce sont les politiques et organisations régionales, nationales voir internationales qui déterminent si ces interventions sont réalisables ou non. Dans cette situation, nous reconnaissons la nécessité importante de moyens financiers et humains à mettre à disposition pour lever ces différentes barrières au traitement. Cependant, cela serait un investissement à court terme qui permettrait des bénéfices à long terme avec une diminution des coûts liés aux comorbidités de la maladie (cirrhose, cancer, mortalité) ainsi que la diminution de la prévalence du virus au sein de cette communauté d'UDI.

16.4 Synthèse

Certains de ces objectifs sont donc réalisables au sein de la communauté principalement dans des pays développés qui pourraient investir pour tendre vers cet idéal. Cependant, cela ne peut pas se faire rapidement malgré un problème de santé publique certain. En effet, la réticence des soignants envers cette population pourrait commencer à changer mais cela prendrait du temps car cette population reste généralement difficile d'accès et demande un investissement important de la part des soignants, ce qui les freine dans la prise en charge des UDI. Mettre en place des formations pour les soignants intéressés serait un bon moyen pour valoriser le traitement de

l'hépatite C chez les UDI. De plus, la collaboration et la pluridisciplinarité reste essentielle : par exemple créer un partenariat entre l'infectiologie à Pourtalès, le service des addictions de Préfargier et le Drop-In afin d'optimiser la prise en charge. Il pourrait s'agir d'une infirmière clinicienne qui ferait la liaison entre ces intervenants et qui pourrait travailler sur cette éventuelle collaboration centrée sur la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI. En premier lieu, cela nécessiterait des investissements économiques et humains afin de traiter les UDI atteints d'hépatite C , puis, dans un second temps, cela permettrait d'améliorer la compliance au traitement et donc de diminuer la transmission du VHC au sein de cette population ainsi que les comorbidités à la maladie telles que la cirrhose, le cancer du foie,... ce qui à plus long terme diminuerait les coûts liés à la prise en charge. Toutes ces propositions peuvent paraître utopiques et irréalisables à court terme mais il y a déjà, aujourd'hui, dans les pays développés, des progrès dans cette direction telle que l'apparition des nouveaux traitements ainsi que la promotion du contact entre les pairs au sein de la communauté d'UDI.

Chapitre 6 : Conclusion

17 Apports du Travail de Bachelor - Éléments facilitants et contraignants

Lorsque nous faisons le point sur notre travail de Bachelor, aboutissement concret de notre formation, nous en retirons une expérience positive ayant contribué à améliorer nos compétences spécifiques au domaine de la recherche notamment au niveau de nos compétences méthodiques dans la conduite de projet. Nous avons été amenées à mobiliser diverses compétences théoriques, organisationnelles ainsi qu'à collaborer tout au long du travail. Dans ce point, nous souhaitons soulever les éléments facilitants et contraignants que nous avons identifié lors de l'élaboration de notre travail de Bachelor.

Tout d'abord, nous avons eu la chance d'avoir une dynamique de groupe positive. En effet, bien que nous nous sommes retrouvées à deux au lieu de trois dans notre groupe lorsque nous avons déjà commencé à rédiger notre problématique, la dynamique est restée très productive et nous avons été assidues dans notre travail. Nous avons favorisé l'entraide et la collaboration tout au long de ce projet et avons respecté les délais que nous avons mis en place. Nous pensons que notre amitié a grandement favorisé cette bonne dynamique et a contribué à la réalisation de notre travail de Bachelor par l'absence de tensions ou d'éventuels conflits. Nous tenons à préciser que ce

point a été autant facilitant que contraignant. Le fait d'être deux dans un groupe a augmenté la charge de travail au niveau des recherches et de la rédaction. Cela a nécessité de faire preuve d'organisation et de tenir nos délais afin de ne pas se mettre en retard. De plus, les ressources au niveau de l'école ont également été un élément facilitant pour la rédaction de notre travail : en effet, nous avons eu à disposition les ressources informatiques et papiers nécessaires pour nos recherches et la rédaction de notre travail. Nous avons également identifié une facilité à planifier et organiser notre temps de travail personnel et en groupe en tenant compte des disponibilités de chacune (par exemple travail étudiant). Finalement, nous avons réalisé que le fait de comprendre l'anglais a été un atout pour la compréhension des articles lors de nos recherches ainsi que la réalisation des grilles du Fortin (2010).

En ce qui concerne les éléments contraignants, nous pensons que notre manque d'expérience en lien avec le domaine de la recherche n'a pas rendu la réalisation du travail facile notamment au niveau de la méthodologie. Cela a été un challenge pour nous, mais nous en retirons beaucoup d'apprentissages positifs. Un autre élément contraignant a été le fait que nous n'avions pas d'ordinateur portable. Nous avons donc été contraintes à nous rendre régulièrement à la salle d'informatique pour réaliser notre travail ce qui peut également contribuer à restreindre le temps au niveau de l'organisation. En lien direct avec nos recherches, la population à l'étude de

notre travail (usagers de drogues injectables) est une population souffrant d'une problématique qui reste tabou. Nous n'avons donc pas pu aller directement sur le terrain pour les questionner à ce sujet. En conclusion, notre travail a été une démarche intéressante à réaliser. Nous avons été amenées à mobiliser des ressources théoriques et pratiques ainsi qu'à gérer des imprévus et à collaborer en groupe, contribuant ainsi à mobiliser les différents rôles de la profession d'infirmière.

18 Limites

Suite à l'analyse des résultats de nos articles, nous avons été en mesure d'apporter des réponses à notre question PICOT « Quelles sont les barrières qui influencent la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? Et comment les dépasser ? » Par notre discussion, nous avons été en mesure d'identifier ces barrières et de trouver des pistes et des propositions pour les dépasser. Cependant, notre travail de Bachelor comprend certaines limites qu'il est important de prendre en compte afin d'interpréter nos propos de manière adéquate. Premièrement, étant donné que nous avons été que deux pour effectuer notre recherche, nous avons analysé 10 articles afin de pouvoir répondre à notre question. Nous pensons qu'il serait important d'analyser plus d'articles afin de pouvoir comparer les réponses d'un plus grand nombre de résultat, sur un plus grand nombre de personnes. Ainsi, nous pourrions être encore plus précises dans certains éléments qui ont

découlé de nos recherches et notre travail pourrait apporter un impact plus important. Deuxièmement, nous n'avons pas été en mesure de baser nos conclusions sur des études de patients traités avec le nouveau traitement du VHC. En effet, ces nouvelles molécules étant très récemment mises sur le marché, il n'existe actuellement pas d'articles probants à ce sujet permettant d'évaluer le degré de compliance par rapport à ce nouveau traitement. Par ce fait nous n'avons pas été en mesure d'analyser la compliance des UDI traité par le nouveau traitement anti-VHC contenant moins de barrières à la compliance que le traitement de base sous forme d'interféron pegylée et de ribavirine. Troisièmement, nous avons identifié une barrière supplémentaire en lien avec les articles choisis pour répondre à notre question PICOT : Bien que certains UDI soient en situation de précarité (sans emploi, sans domicile fixe...), toutes ces recherches ont été menées dans des pays à revenus élevés ayant des ressources économiques et socio-sanitaires plus aisées que d'autres pays à budget et conditions plus restreints. Nous n'avons donc pas pu investiguer certaines barrières existantes en lien avec le contexte environnemental et économique d'autres pays moins développés au niveau des moyens socio-sanitaire.

19 Perspectives pour la recherche

Suite à notre travail de Bachelor, il serait intéressant de mener différentes recherches afin d'illustrer les propos de la discussion et aller plus loin dans

les études. Tout d'abord, il serait pertinent de faire différentes études concernant la thérapie de groupe qui pourrait être une clé dans l'accomplissement du traitement de l'hépatite C au sein d'une communauté d'UDI atteints. En effet, cela permettrait de démontrer les bénéfices d'une prise en charge communautaire où les pairs peuvent discuter de leurs expériences et valoriser la compliance au traitement. De plus, des études devraient être faites prochainement concernant les nouveaux traitements (AAD) qui ne nécessitent plus d'injections, seulement des comprimés per os ce qui augmenterait l'accès au traitement pour les UDI ainsi que la compliance car cela est moins invasif pour eux. De plus, ces nouveaux traitements possèdent moins d'effets secondaires ce qui est favorable à la compliance au traitement pour les UDI. Puis, avec ce nouveau traitement, le coût sera diminué et donc il serait intéressant que de plus en plus d'études incluent les UDI dans le traitement de l'hépatite C puisque cela demande moins de moyens financiers. Les UDI étant souvent discriminé par les laboratoires pharmaceutiques ou par des soignants pour des études concernant les traitements de l'hépatite C, des recherches sur ce nouveau traitement sont nécessaires et devraient être plus accessibles aux UDI, pour avoir des informations sur la compliance des UDI que l'on imagine meilleure au vu des bénéfices des nouveaux traitements par rapport aux autres. Selon nous, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour rechercher et évaluer les besoins des UDI en matière de connaissances sur le VHC ainsi que de trouver et de tester différentes méthodes éducatives adaptées à la

population. Par exemple, une étude pourrait travailler sur le partage de connaissances sur la pathologie entre les pairs d'une même communauté et identifier si le fait d'avoir des connaissances, apportées par les pairs, permettrait une meilleure volonté d'être traité ainsi qu'une meilleure compliance au traitement. Il s'agirait aussi d'identifier comment les spécialistes peuvent apporter des connaissances par exemple lors d'entretiens individuels ou en groupe, avec des livres ou internet, sous forme de texte, d'images ou de vidéos... selon les besoins des UDI. Il serait aussi pertinent d'évaluer les bénéfices de l'interdisciplinarité sur la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI : par exemple, un groupe de patients pourrait être suivi par des spécialistes de l'hépatite C (centre d'infectiologie) ainsi que par des institutions ou centres (comme l'unité des addictions à Préfargier ou le Drop-in). Ce suivi en interdisciplinarité permettrait aux différents intervenants de se rencontrer et d'adapter leurs objectifs en fonction de ceux des autres professionnels ainsi qu'en fonction des besoins du patient. Cela permettrait de mettre en évidence l'importance de l'interdisciplinarité dans la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI.

Enfin, il serait nécessaire de mener des recherches exclusivement en Suisse afin d'avoir une idée plus précise de la situation actuelle dans ce pays voir même de cibler sur le canton de Neuchâtel ou sur la ville elle-même. Cela permettrait de mettre en évidence les besoins réels des UDI dans ces

régions. Le but final serait donc d'identifier les barrières au traitement de l'hépatite C pour les UDI en Suisse et il s'agirait, pour les dépasser, de favoriser l'échange et la collaboration entre les différentes institutions et centres c'est-à-dire entre les différents spécialistes et intervenants de l'infectiologie et de l'addiction afin de promouvoir le bien-être auprès de cette communauté d'UDI.

Chapitre 7 : Références

- Addiction Suisse. (2013). *Substances et addiction*. Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/>
- Barocas, J. A., Brennan, M. B., Hull, S. J., Stokes, S., Fangman, J. J., & Westergaard, R. P. (2014). Barriers and facilitators of hepatitis C screening among people who inject drugs: a multi-city, mixed-methods study. *Harm Reduction Journal*, 11(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-1>
- Blondeau, H., Frankar, A, Pirard, E., « *Le réseau, partenaire et ressource de la thérapie* », *Thérapie Familiale*, 4/2001 (Vol.22), p. 371-382.
- Bruggmann, P., Falcato, L., Dober, S., Helbling, B., Keiser, O., Negro, F., & Meili, D. (2008). Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. *Journal of Viral Hepatitis*, 15(10), 747–752. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2008.01010.x>
- Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science* 1(1), 13-23.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7eme). St-Louis: Mosby.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7eme). St-Louis: Mosby.
- Chossegros, P., Mélin, P., Hézode, C., Bourlière, M., Pol, S., Fhima, A., ... Gagnon, A. (2008). A French prospective observational study of the treatment of chronic hepatitis C in drug abusers. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 32(10), 850–857. Retrieved from <http://www.em-consulte.com/en/article/186632>
- Collège Romand de Médecine de l'Addiction. (2009). *Neurosciences de l'addiction*. Repéré à https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/neurosciences_fr.pdf
- Cominetti, F., Simonson, T., Dubois-Arber, F., Gervasoni, J.-P., IUMSP, Schaub M., ISGF, Monnat, M., SSP, (2014). *Analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogue en Suisse*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

- Compendium. (2016). Traitement de l'hépatite C. Repéré à <http://compendium.ch/home/fr?Platform=Desktop>
- Cournot, M., Glibert, A., Castel, F., Druart, F., Imani, K., Lauwers-Cances, V., & Morin, T. (2004). Management of hepatitis C in active drugs users: experience of an addiction care hepatology unit. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 28(6-7 Pt 1), 533-9. <http://doi.org/MDOI-GCB-6-2004-28-6-7-C1-0399-8320-101019-ART2> [pii]
- Creapharma. (2016). Hépatite C. Repéré à <https://www.creapharma.ch/hepatite-c.htm>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image--the journal of nursing scholarship*, 16(3), 84-89.
- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Grebely J., Dore G. J. (2013). *Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs?* Antiviral Res, 104: 62-72.
- Grebely, J., Petoumenos, K., Matthews, G. V., Haber, P., Marks, P., Lloyd, A. R., ... Hellard, M. (2010). Factors associated with uptake of treatment for recent hepatitis C virus infection in a predominantly injecting drug user cohort: The ATACH study. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 244-249. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.09.015>
- Grebely, J., Robaey, G., Bruggmann, P., Aghemo, A., Backmund, M., Bruneau, J., ... Dore, G. D., (2016). Recommandations pour la prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection. *International Journal of Drug Policy*, e1-e13. Doi : 10.1016/j.drugpo.2015.11.009.x
- Harris, M., & Rhodes, T. (2013). Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors. *Harm Reduction Journal*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-7>
- Info drogue. (2016). Héroïne. Repéré à <https://infordrogues.be/informations/produits/heroine/?id=144>
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2007). Rapport du conseil européen. Repéré à www.sfa-ispa.ch
- Lamoroux, A., Magnan, A., & Verveolt, D., (2005). *Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ?*. Elsevier, Revue des maladies respiratoires, volume 22, p. 31-34.

- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelères en situation de soins*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Monnier, J., Deschamps, J.P., (1980), *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbanne, Simep, p.14.
- Office des nations unies contre la drogue et le crime. (2016). *Rapport mondial sur les drogues*. Repéré à https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf
- Office fédéral de la Santé Publique. (2015). Analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogues en Suisse. Lausanne : Université de Lausanne. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/forschungsberichte/situationsanalyse-hcv-drogen.download/situationsanalyse-hcv-drogen-fr.pdf.situationsanalyse-hcv-drogen°>
- Olievenstein, C. (1983), *La drogue ou la vie*, Paris, Laffont.
- Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, 10e édition (cim-10), 1 vol., Paris, Masson, 1993.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Hépatite C. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>
- Parker, M., & Barry, C. (2015). *Community Practice Guided by a Nursing Model*.
- Provost, M.A., Alain, M., Levroux, Y., & Lussier, Y. (2010). *Normes de présentation d'un travail de recherche*. (4e éd.). Trois-Rivières : Les Editions SMG.
- Rémy A.J., Wenger H., Bouchkira H., (2014). *Traiter l'hépatite C chez des patients usagers de drogue et/ou précaires : éthique, efficace et utile*, 43(12), 1314-1316. doi: 10.1016/j.lpm.2014.08.007.x
- Roux, P., Fugon, L., Winnock, M., Salmon-Ceron, D., Lacombe, K., Sogni, P., ... Carrieri, M. P. (2012). *Positive impact of hepatitis C virus (HCV) treatment on antiretroviral treatment adherence in human immunodeficiency virus-HCV coinfecting patients: One more argument for expanded access to HCV treatment for injecting drug users*.

- Addiction*, 107(1), 152–159. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03608.x>
- Roy, Sr. C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Samfort, CT : Appleton & Lange.
- Stein, M. R., Soloway, I. J., Jefferson, K. S., Roose, R. J., Arnsten, J. H., & Litwin, A. H. (2012). Concurrent group treatment for hepatitis C: Implementation and outcomes in a methadone maintenance treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(4), 424–432. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.007>
- Swiss experts in viral hepatitis. (2012). Hepatite C. Repéré à <http://www.hepatitis-schweiz.ch/fr/>
- Toresen, K. H., Salte, I. M., Skrede, S., Nilsen, R. M., & Leiva, R. A. (2014). Clinical outcomes in a cohort of anti-hepatitis C virus-positive patients with significant barriers to treatment referred to a Norwegian outpatient clinic. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(4), 465–72. <https://doi.org/10.3109/00365521.2013.863965>
- Treloar, C., Hull, P., Dore, G. J., & Grebely, J. (2012). Knowledge and barriers associated with assessment and treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31(7), 918–924. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00468.x>
- Trésor de Médecine. (2011). Classification des psychotropes selon Delay et Deniker (1957). Repéré à <http://www.tresordemedecine.com/classifications-medecine-classimed/classification-selon-delay-deniker-1957-t392.html>
- Wilkinson, M., Crawford, V., Tippet, A., Jolly, F., Turton, J., Sims, E., ... Foster, G. R. (2008). Community based treatment for chronic hepatitis C in drug users: high rates of compliance with therapy despite on-going drug use (HCV in drug users). *Aliment Pharmacol Ther*. <https://doi.org/APT3834> [pii]10.1111/j.1365-2036.2008.03834.x
- Wolfe, D., Luhmann, N., Harris, M., Mogenghalibaf, A., Albers, E., Byrne, J., Swan, T., (2015). Human rights and access to hepatitis C treatment for people who inject drugs. *International journal of drug policy*, 26(3-4), 1072-1080. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.05.007>
- Zanini, B., Benini, F., Pigozzi, M. G., Furba, P., Giacò, E., Cinquegrana, A., ... Lanzini, A. (2013). Addicts with chronic hepatitis C: Difficult to reach, manage or treat? *World Journal of Gastroenterology*, 19(44), 8011–8019. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i44.8011>

Chapitre 8 : Appendices

Appendice A : The community nursing practice model

The Community Nursing Practice Model: Concentric Circles of Empathetic Concern



Appendice B – Grille de Fortin (2010).

| | |
|--------------------------|--|
| Éléments d'évaluations | Barriers and facilitators of hepatitis C screening among people who inject drugs: a multi-city, mixed-methods study |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> Le titre précise la population qui correspond à celle de notre question de recherche : les usagers de drogues injectables (UDI). Le terme de barrières se retrouve et concerne ici le dépistage de l'hépatite C au sein de cette population. |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement la recherche avec le problème qui est que malgré une proposition de dépistage et un traitement efficace, les UDI atteints du VHC ne sont pas toujours dépistés. Puis, la méthode qui est une analyse qualitative sous forme d'une enquête informatisée dans des centres auprès de 362 UDI dans 7 villes du Wisconsin. C'est une analyse qualitative concernant la perception des barrières et des facilitateurs au dépistage de l'hépatite C en posant des questions ouvertes concernant les expériences passées, les comportements à risque de transmission du virus et les traitements médicamenteux du VHC. Il y a aussi les résultats qui montrent que les facteurs qui permettent un meilleur dépistage du VHC sont l'accès aux soins médicaux, aux services de prévention, à une meilleure éducation et le fait de vivre dans une grande zone métropolitaine. Enfin la discussion suggère que vivre en zone urbaine, avoir peu accès à la prévention primaire ou avoir un faible niveau d'éducation sont des barrières au dépistage du VHC chez les UDI. |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Le problème est formulé comme étant que l'infection par le VHC est la raison la plus fréquente entraînant des complications du foie comme des cirrhoses ou des cancers du foie et entraînant le plus fréquemment des transplantations du foie aux États-Unis. 3 à 4 millions d'Américains sont infectés par le VHC et le plus souvent cela est due au partage de seringues non stériles chez les |

| | |
|----------------------|--|
| | <p>UDI et au non dépistage du virus chez cette population.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuellement, cela est toujours d'actualité car malgré la prévention primaire qui s'est largement améliorée et un accès au dépistage de ce virus plus accessible chez cette population, un grand nombre ne se fait pas dépister, ce que l'on a pu voir dans notre revue exploratoire. • Le problème a une signification par rapport à la discipline infirmière et dans les soins en général puisque le fait de ne pas être dépisté entraîne une aggravation de cette maladie chronique puisqu'elle n'est pas traitée assez tôt. Les hospitalisations sont plus fréquentes, les conséquences sur le foie plus importantes et donc la prise en charge soignante est plus complexe et nécessite plus d'interventions, de soins et de temps. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • Il y a une recension des écrits, les auteurs prennent en compte différentes études passées. • Cette recension permet de démontrer qu'aux Etats-Unis, selon les villes, le dépistage du VHC chez les UDI a augmenté avec la prévention primaire existante mais il reste faible par rapport aux personnes atteintes. Ce sont principalement les UDI de moins de 30 ans qui ne sont pas dépistés. De plus, les coûts concernant les soins médicaux pour les personnes atteintes du VHC commencent à monter car ils ne sont pas dépistés assez tôt et les soins demandés sont plus importants et nécessitent souvent des hospitalisations car les désordres au niveau du foie sont plus graves. De plus, depuis 2011, le traitement du VHC chronique à base d'inhibiteurs de protéase et d'interféron est très efficace et moins coûteux, or 50 à 75% des UDI atteints n'est pas diagnostiqué et donc ne peut bénéficier de ce traitement antiviral. • Cette recension est courte mais reste solide comme base de l'étude car elle concerne un grand échantillon de population aux Etats-Unis et concerne des études entre 2008 et 2012 ce qui est récent. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts ne sont pas définis selon un plan conceptuel. |

| | |
|-------------------------------|--|
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est clair et consiste à identifier les barrières perçues et les facteurs favorisant le dépistage du VHC chez les UDI dans le Wisconsin afin de guider la construction d'interventions visant à réduire ce problème d'infection non dépistée chez cette population. • Les auteurs vont identifier parmi l'échantillon leurs caractéristiques individuelles dont ceux qui auraient eu recours au programme d'échange de seringues libre et gratuit dans cette région des Etats-Unis. • Ces sont donc les perceptions et les expériences des UDI participant à l'étude qui sont analysées qualitativement. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est précisée : il s'agit des UDI qui ont utilisé le programme d'échange de seringue multi-site entre juin et août 2012 dans le Wisconsin. Pour recruter la population ils ont suivis les emplacements de ce centre dans différentes villes du Wisconsin ainsi que les fourgons qui desservent les zones rurales. Ils ont invité les individus qui parlent l'anglais, qui ont 18 ans et plus et qui s'injectent des drogues à participer en échange d'un consentement verbal et d'une rémunération de 10 dollars. Cette méthode est appropriée puisqu'elle a été approuvée par le comité de révision institutionnel de l'école de Médecine et de Santé Publique de l'Université du Wisconsin. |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Le consentement des participants n'est que verbal et non écrit ce qui ne sauvegarde pas adéquatement les droits des participants. • L'étude ne présente pas de risque pour les participants puisqu'ils répondent à un questionnaire informatisé ainsi qu'à des questions de manière anonyme. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but puisque c'est un devis quantitatif au départ permettant de former deux sous-ensembles de participants : ceux qui ont été dépistés au cours des 12 derniers mois et les autres. Puis qualitatif en fonction des caractéristiques individuelles de la personne, ses expériences et perceptions. Il permet que l'étude atteigne son but puisque chacun des participants est questionné par rapport aux barrières qu'il peut avoir à se faire dépister. De plus, les outils de collecte de données sont simples mais efficaces et la |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>méthode de recherche est conciliable avec ces outils.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses. • Le choix du devis respecte les critères scientifiques : Véracité : individuel et anonyme, le participant peut librement dire la vérité. Applicabilité : Sur tablette et directement à la rencontre des individus sur le terrain donc cela est applicable. Consistance : L'échantillon reste assez faible donc l'étude n'est pas très consistante. Neutralité : les enquêteurs sont formés et se sont rencontrés auparavant optimisant la neutralité dans l'étude. De plus cette étude a été validée par l'université du Wisconsin. • Toute l'étude se fait sur le terrain auprès des participants. |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont clairement décrits. • Les auteurs ont fait un questionnaire de 88 questions étant soit à choix multiples soit ouvertes nécessitant des réponses courtes lors d'un entretien. Elles portaient sur les caractéristiques démographiques, les comportements par rapport à l'usage de drogue (fréquence d'injection, partage des seringues...) et l'accès aux soins médicaux (hospitalisation, si la personne a un médecin de famille...). Les participants sont aussi questionnés sur le dépistage du VHC, la fréquence de celui-ci... L'entretien consiste surtout à questionner sur les barrières et les facteurs facilitants le dépistage du VHC avec par exemple « qu'est ce qui rend difficile pour vous d'être dépister pour le VHC ? ». • Le questionnaire a été créé pour l'enquête et c'est à l'aide d'une tablette, fournie par les enquêteurs, que les réponses des participants sont enregistrées. • La procédure expérimentale est cohérente avec ce qui est mesuré dans cette étude. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données se fait dans un premier temps par le participant qui répond aux questions à choix multiples sur la tablette, puis, l'enquêteur va écrire sur la tablette mot à mot les réponses du participant aux questions ouvertes. Il n'y a pas de temps défini et un numéro d'identification est attribué au participant afin de garder l'anonymat et de coupler le questionnaire et l'entretien. • Les enquêteurs sont compétents et se sont mis d'accord |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>sur la méthode de recueil des données afin de minimiser le biais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude ne comporte pas d'intervention. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont décrites avec les différents tests utilisés et l'utilisation de la version 11 de STATA, logiciel de statistique. Ils ont utilisés la régression logistique simple pour produire des ratios de chances et des intervalles de confiance de 95 %. Deux enquêteurs ont fait un plan de codage pour l'analyse des résultats de la partie qui se faisait en entretien. • Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats ne sont pas tous pris en compte ce qui détermine la fiabilité pour le codage des résultats de l'entretien à 81 %. • Le résumé des résultats est compréhensible mais complexe avec tous les tests utilisés ainsi que les explications concernant la valeur de p, l'intervalle de confiance... |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux : le premier démontre les caractéristiques de la population qui a reçu un dépistage dans les 12 mois précédents en comparaison aux caractéristiques de ceux qui n'ont pas été dépistés dans les 12 mois. Le deuxième tableau montre les facteurs associés au test de dépistage effectué durant les 12 derniers mois. Ces deux premiers tableaux représentent l'étude quantitative avec le questionnaire à choix multiple. Les barrières et facilitants au dépistage se retrouvent dans les tableaux 3 et 4 et correspondent à la partie interview avec les enquêteurs. • Les tableaux sont explicités de manière logique et décrivent bien le phénomène. • Les résultats sont résumés avec un texte narratif clair qui illustre très bien les tableaux et il y a même des exemples de phrases dites par les individus à l'étude pour illustrer l'interview et ce qu'il en est ressorti identifiant les barrières et facilitants au dépistage de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts : il n'y a pas d'information sur ce sujet. Mais ce sont les enquêteurs qui ont analysés les résultats et transcrits l'interview en résultats objectifs selon un |

| | |
|-------------------------------|---|
| | consensus entre eux. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et répond aux questions de recherche sur les barrières et facteurs facilitants le dépistage du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables dans le Wisconsin. Selon cette étude, les facteurs facilitants le dépistage du VHC chez les UDI sont de résider dans des zones urbaines, un haut niveau d'éducation, de connaître l'importance de ce dépistage et les conséquences de ce virus, de connaître les moyens de transmission de ce virus (sexuelle et sanguine), d'avoir un accès facile à la prévention primaire et de fréquenter des centres d'urgences pour les UDI, d'avoir un accès à la santé (médecin...). Les barrières au dépistage sont de vivre dans des zones rurales avec un moindre accès à la prévention primaire et à la santé, un faible niveau d'éducation, la peur de la stigmatisation pour les UDI (il prend des drogues : il a forcément l'hépatite C car il partage ses seringues infectés), la peur du résultat : certains UDI ont peur d'être infecté par le virus et donc ne veulent pas être dépisté et enfin le fait que cette maladie soit souvent asymptomatique au début à plus ou moins long terme, certains ne voient pas l'intérêt d'être dépisté puisqu'ils ne se sentent pas malades. • Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures et chaque fois correspondent à ces études. • L'interprétation est conforme aux résultats d'analyse. • Les auteurs décrivent les limites de leur étude et principalement le fait que cette étude ne peut être généralisée à toutes les régions et concerne seulement le Wisconsin. Il faudrait d'autres études dans d'autres régions avec un plus grand échantillon pour pouvoir généraliser. De plus l'échantillon est faible et concerne une communauté d'usagers de drogue mais ne concerne pas toutes les communautés d'UDI. Les autres limites concernent la population qui peut être influencée dans ses réponses lorsque les enquêteurs expliquent le but de l'étude. • Les conclusions découlent logiquement des résultats et insistent principalement sur l'accès à la prévention primaire comme étant le point clé d'un dépistage du VHC chez cette population. |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Les auteurs informent que ces résultats ne peuvent pas être généralisés mais pour ce qui est de l'accès à la prévention primaire comme facteur permettant le dépistage, cela peut être généralisée. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> Les conséquences des résultats de l'étude pour la pratique clinique sont que la détection précoce du VHC grâce au dépistage chez les UDI pourra faciliter un accès au traitement précoce de l'hépatite C et éviter les comorbidités associées à la maladie comme les cirrhoses ou cancers du foie. De plus, le dépistage permettra de soigner les personnes atteintes et donc de diminuer la transmission de ce virus. L'auteur fait des recommandations qui sont de trouver des stratégies afin que le dépistage du VHC chez les UDI devienne une routine dans la prévention primaire de ce virus et les bénéfices à long terme d'un dépistage précoce et donc d'un meilleur accès au traitement favoriseraient le bien-être et la santé au sein de cette communauté d'UDI. L'accès aux services médicaux et à la prévention primaire pour cette population à risque est un déterminant important au dépistage et au traitement de l'hépatite C. Pour aller plus loin, les auteurs pensent que pour les UDI ayant un accès au dépistage, il serait nécessaire de promouvoir auprès d'eux des programmes afin d'expandre le dépistage volontaire et que ce dépistage devienne une routine au sein de cette population à risque. Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions des auteurs mais il est difficile d'aller plus loin pour le moment, il faudrait des études complémentaires. |

| | |
|------------------------|--|
| Eléments d'évaluations | Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs : a review mapping the role of social factors |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> Le titre précise clairement les concepts clés du rôle des facteurs sociaux à l'accès et l'absorption du traitement de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues. |

| | |
|--------------------------|---|
| | |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : Problème : Le traitement du VHC chez les UDI n'est pas optimal et pourtant il est très important dans cette population. Il y a des facteurs sociaux qui sont des barrières au traitement. Méthode : Méta-analyse sur le traitement de l'hépatite C chez les UDI avec un focus sur les barrières à l'accès, l'absorption et la compliance au traitement. Les recherches proviennent de différentes bases de données (medline et scopus) et de la littérature soit 165 articles analysés. Résultats : Des barrières au traitement du VHC chez les UDI ont été identifiées mais aussi des facteurs facilitants au traitement. Conclusion : Les approches et interventions auprès des UDI doivent dépasser ces barrières et il faut principalement réduire la stigmatisation de ces patients. |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit : il s'agit d'étudier les facteurs sociaux influençant l'accès et la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI et comment ceux-ci fonctionnent comme étant des barrières ou des facilitants au traitement. Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles. Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas explicités dans l'introduction. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> Une recension a été entreprise. La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche : 170 millions de personnes dans le monde vivent avec une hépatite C et selon les pays, un grand pourcentage concerne les UDI. Le traitement le plus fréquent est l'interféron pégylé associé à de la ribavirine et des études montrent que l'accès au traitement chez les UDI permet de réduire la transmission de ce virus au sein de cette population. La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude principalement car elle se fait sur des études au niveau mondial. L'auteur présente l'état des connaissances sur le problème entre 2000 et 2011. La recension présente des sources primaires. |

| | |
|-------------------------------|---|
| | |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont mis en évidence : Le traitement de l'hépatite C et principalement l'accès à ce traitement et les facteurs sociaux en lien avec les risques liés au VHC, la prévention ou le traitement. • Les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence : Il lié au but de l'étude puisque ce sont les concepts qui composent la question de recherche. Les bases philosophiques et théoriques ne sont pas explicitées. La méthode sous-jacente est explicitée et appropriée à l'étude : il s'agit de deux approches dans deux types de littérature différentes : l'une spécifique au traitement de l'hépatite C chez les UDI avec des articles entre 2000 et 2011 sélectionnés lorsqu'ils relèvent les barrières et facilitateurs à cet accès au traitement. L'autre approche centrée sur l'hépatite C chez les UDI et les facteurs sociaux en liens avec les risques liés au VHC, la prévention de ce virus et le traitement. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : les auteurs veulent décrire les différents types de facteurs sociaux et décrire comment ils fonctionnent potentiellement en tant que barrières ou facteurs facilitateurs à l'accès et la prise du traitement. Cela se fera au travers d'une méta-analyse et donc de l'analyse de nombreuses études effectuées sur le sujet entre 2000 et 2011. • Une hypothèse est énoncé : les facteurs sociaux qui interviennent sont les mêmes existant dans le traitement du HIV (inégalités sociales et matérielles, criminalité...), la variable est l'accès au traitement ou pas selon des facteurs sociaux agissant en tant que barrières ou facilitateurs et la population à l'étude sont les usagers de drogues injectables (UDI). • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de l'étude. Elles traitent principalement de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ancrées chez cette population. • Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche. • La question « quel est le rôle des facteurs sociaux dans l'accès au traitement de l'hépatite C chez les UDI ? » s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente et |

| | |
|---------------------------|---|
| | sur le cadre conceptuel. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est définie précisément : il s'agit de personnes qui s'injectent des drogues et qui ont une hépatite C. C'est une étude de différentes études. L'échantillon est donc au total de 165 études concernant cette population. La méthode utilisée pour choisir des articles a été en deux plans : le premier consiste à chercher sur les bases de données Medline et Scopus les articles concernant cette population en lien avec les barrières et facilitateurs de l'accès au traitement de l'hépatite C. Ils ont délimités des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'avoir les recherches correspondantes. Le deuxième plan consiste à chercher dans ces mêmes bases de données cette population en lien avec les facteurs sociaux pouvant être des barrières au traitement. • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon en ajoutant dans les bases de données des critères d'inclusion en les liant avec AND ou OR dans les recherches sur les bases de données. La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'ajouter des renseignements significatifs sur la population concernée et d'atteindre les objectifs visés en ciblant sur les facteurs sociaux et les barrières et facilitateurs à l'accès au traitement de l'hépatite C chez les UDI. Elle est justifiée sur une base statistique et illustrée par des schémas représentatifs. • La taille de l'échantillon a été déterminée avec les articles retenus soit 165 études en anglais entre 2000 et 2011. |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Dans l'étude, les auteurs des différentes études retenues sont cités afin de respecter leurs travaux et d'éviter le plagiat. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis de recherche est quantitatif : les auteurs quantifient les articles selon diverses catégories. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte des données proposés et représente la |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>méta-analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit un moyen d'examiner les questions de recherches concernant le rôle des facteurs sociaux comme barrières ou facilitants à l'accès et la compliance au traitement de l'hépatite C chez les UDI. • Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques. La véracité : les études choisies répondent aux critères de sélection et celles qui ne sont pas dans ces critères sont exclues. L'applicabilité : les résultats peuvent être utilisés afin d'améliorer l'accès au traitement de l'hépatite C chez les UDI. La consistance : de par le grand nombre d'études étudiées. Enfin la neutralité : les auteurs n'ont pas été en contact avec les participants des 165 études retenues et ils ne sont pas les auteurs d'autres études qui ont été retenues pour cette méta-analyse. • La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé et permet une étude globale sur toutes les études effectuées dans le monde concernant ce problème. • Il n'y a pas d'information sur le temps passé à rechercher ces études et à les mettre en relation. |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables : les auteurs décrivent très bien la manière de faire et ce qu'ils ont utilisé pour trouver des études correspondant au problème. Ils décrivent aussi ce qui est exclu et pourquoi afin d'être le plus précis possible. De plus, ils décrivent très bien les deux approches qu'ils ont faites pour trouver les études. • Les questions de recherche ont été bien posées : quel est le rôle des facteurs sociaux dans l'accès au traitement de l'hépatite C chez les UDI et quelles sont les barrières et facilitateurs potentielles au traitement de l'hépatite C chez les UDI. • Ces différentes études n'ont pas été faites pour pouvoir faire une méta-analyse, elles ont été choisies, importées, sélectionnées. • La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données est décrit clairement avec par exemple ce qui a été inscrit dans les bases de données Medline et Scopus. |

| | |
|----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent : les auteurs sont des chercheurs et travaillent au centre de recherche sur les drogues et la santé à l'école d'hygiène et de médecine tropicale de Londres. Il y a toujours le biais de publication qui correspond aux études qui n'ont pas forcément été publiées mais qui correspondent au problème de la recherche. • L'étude ne décrit pas d'intervention. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont décrites : après avoir collecté les données des études retenues, les auteurs ont analysés ces données en faisant des catégories pour identifier les différentes études : tout d'abord les séparer en fonction de ce qu'elles sont par exemple questionnaires aux participants, observations au sein d'une communauté étudiée... Puis elles seront étudiées selon ce qui est traité par exemple lesquelles traitent des UDI sans abris, de la stigmatisation des UDI, de l'exclusion sociale, de la pauvreté, du genre... c'est à dire selon les facteurs sociaux représentatifs de cette population qui ressortent dans les différentes études. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses par exemple en limitant les années de publication mais il y a peu d'information sur ce sujet. • Le résumé des résultats n'est pas très précis, il met en avant ce qui ressort des différentes études mais il n'y a pas encore le lien avec la question de recherche dans cette partie méthode. • Les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données puisque on retrouve les différents facteurs sociaux qui jouent un rôle dans le traitement de l'hépatite C chez les UDI. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats ne sont pas présenté sous forme de tableaux ou graphique mais seulement avec du texte narratif séparé en deux points : le premier concernant les facteurs individuels (1ere approche dans la méthode) et le second les facteurs sociaux (2eme approche dans la méthode). • Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. Les divers facteurs qui |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>influencent l'accès et la compliance au traitement chez les UDI sont décrits et explicités de manière claire et en suivant un fil rouge. Les facteurs individuels identifiés sont les comorbidités (HIV par exemple), les effets secondaires du traitement, la compliance, les ré-infection potentielles. Les UDI décrivent un stress concernant l'effet sur le bien-être physique, psychologique et social du traitement de l'hépatite C. De plus, il y a une réticence de traiter les UDI : la compliance au traitement, les comorbidités psychiatriques (traitement peut avoir un impact psychiatrique comme des insomnies, une irritabilité, une dépression...), la prise d'alcool en plus des drogues, ou des individus co-infectés (HIV). Selon les auteurs, la réticence de traiter des UDI avec une comorbidité psychiatrique est compréhensible et il faut faire un traitement de prophylaxie antidépresseur avant de pouvoir débiter le traitement contre l'hépatite C. Puis des facteurs sociaux sont identifiés : il s'agit de la stigmatisation et la discrimination (barrières à l'accès et à la compliance au traitement), le domicile (sans domicile fixe est une barrière mais pas pour toutes les régions), l'accès géographique (milieux ruraux sans transports : barrières), criminalité (séjour en prison est une barrière car peu d'accès au test de dépistage, interruption des traitements dus à l'emprisonnement, transmission du virus en prison...), le système de santé est une barrière (les UDI atteints d'hépatite C nécessite une prise en charge complexe et du temps et la communication est parfois difficile avec ces patients. De plus, il y a une grande réticence surtout des infirmières pour traiter cette population), le genre (les femmes sont plus compliantes généralement au traitement) et enfin la culture (pour les migrants la langue est une barrière, et selon les pays la prévention sur l'hépatite C n'est pas la même).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont décrits pas du texte narratif seulement. • Les auteurs ont fait évaluer les données par des experts qui ont accepté et validé cette méta-analyse de 2012 en 2013. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et ils sont discutés en fonction de la question de recherche sur les facteurs sociaux étant des barrières à l'accès et l'assimilation du traitement de l'hépatite C chez les UDI. • Les résultats concordent avec les études antérieures |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>menées sur le même sujet et donc avec la recension des écrits. Ils sont discutés à la lumière d'études antérieures sur le traitement du HIV chez les UDI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses : la stigmatisation, le logement, la criminalité, et les systèmes de santé sont les facteurs sociaux qui agissent comme barrières à l'accès au traitement du VHC pour les UDI. • Les limites de l'étude sont qu'elle n'approfondit pas sur comment les différents facteurs sociaux jouent un rôle dans des situations particulières et quelles sont les interactions qui peuvent exister entre ces différents facteurs. • Les conclusions découlent logiquement des résultats et les liens sont cohérents. • La question du caractère transférable des conclusions n'est pas explicitée. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Des changements sociaux et structurels sont nécessaires pour augmenter l'accès au traitement du VHC pour les UDI. L'OMS de par la prévention et la réduction des risques, concerne surtout les interventions biomédicales et comportementales des usagers. Les auteurs pensent qu'il manque des actions sur les facteurs sociaux afin d'optimiser la diminution des personnes atteintes du VHC dans la communauté des UDI. Pour l'adhérence, la compliance au traitement, il faudrait mettre en place des actions visant à assister, aider les UDI dans leur traitement comme par exemple une attitude respectueuse dans les soins, des systèmes de rappel électronique, des soignants qui fournissent directement des injections d'interféron, des consultations dans des institutions spécialisées ou dans des centres à bas seuil, des enseignements thérapeutiques auprès des UDI... La combinaison d'interventions sociales et structurelles augmenterait l'accès et la compliance au traitement. • Il recommande de trouver comment faire des interventions visant la réduction de la stigmatisation et des changements dans les institutions de soins afin de dépasser ces barrières sociales pour les UDI et donc continuer à améliorer l'accès et l'assimilation du traitement de l'hépatite C pour les UDI. De plus, cela permettrait potentiellement de diminuer la morbidité, la mortalité et les dépenses du système de santé chez les UDI non traités ayant des complications type cirrhose ou cancer du foie nécessitant une hospitalisation et allant jusqu'au décès du |

| | |
|--|--|
| | <p>patient. Les UDI doivent avoir accès à tout traitement disponible comme toute autre personne. Pour cette communauté, les auteurs insistent sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'une attitude non discriminatoire de la part des soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions puisque c'est une méta-analyse de nombreuses études. |
|--|--|

| | |
|------------------------|--|
| Eléments d'évaluations | Knowledge and barriers associated with assessment and treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs. |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise clairement les concepts clés qui sont les connaissances et les barrières associées à l'évaluation et au traitement de l'hépatite C et la population à l'étude sont les personnes qui s'injectent des drogues. |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : le problème est que la prise du traitement de l'hépatite C chez les UDI est basse et les auteurs aimeraient comprendre la relation entre les connaissances sur l'infection et le traitement avec l'évaluation du traitement au sein de cette population. La méthode est une enquête trans-sélective au sein de 4 cliniques de thérapies de substitution aux opioïdes et dans un centre médical de supervision de l'injection à Sydney. Les résultats qui ressortent dans le résumé sont que sur 132 participants, les connaissances sur le VHC étaient mixtes et une haute connaissance se retrouve principalement chez les participants à haut niveau d'éducation, les femmes, ceux qui sont dans un programme de substitution par opioïdes et ceux qui sont plus âgés. Avoir eu une évaluation à un traitement par une infirmière ou un spécialiste est lié au jeune âge et à un haut niveau d'éducation. Enfin, la discussion qui décrit que la connaissance des facteurs influençant la progression de la maladie du VHC est basse ce qui indique le besoin d'un enseignement, d'une éducation auprès de cette population. |

| | |
|--------------------------|---|
| | |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit : Moins de 5 % des UDI atteints d'hépatite C ont pris un traitement contre le VHC : il existe un certain nombre de barrières au traitement. Les connaissances autour du VHC jouent un rôle important dans l'évaluation du traitement et la décision d'être traité pour les personnes atteintes d'hépatite C. Il s'agit d'étudier les facteurs associés à la connaissance concernant le VHC ainsi qu'à la volonté d'être traité et l'évaluation du traitement. • Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles. • Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée puisque évaluer les connaissances auprès des UDI pourraient aider les fournisseurs de soins dans ces cliniques et dans ce centre à apporter les besoins manquants auprès de cette population. Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas précisés. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • Une recension des écrits a été entreprise. • La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche : Des études passées ont démontrées que les barrières au traitement du VHC incluent le manque d'information à propos de cette infection et du traitement, l'absence de symptômes et les effets secondaires perçus du traitement. De plus, une récente étude a montré que les patients qui reçoivent de l'éducation thérapeutique (2h avec une infirmière), ont de meilleures connaissances et une meilleure compliance au traitement. • La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. L'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude puisqu'il cite des études récentes. • La recension présente des sources primaires. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont mis en évidence : le premier concept est la connaissance sur le HCV et l'évaluation du traitement et la volonté de traitement sont d'autres |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>concepts du problème. Ils ne sont pas définis sur le plan conceptuel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence. Les bases philosophiques et théoriques ne sont pas explicitées mais la méthode sous-jacente est explicitée et appropriée à l'étude : les auteurs vont évaluer l'état des connaissances sur le HCV auprès d'UDI et voir quels sont les facteurs qui influencent ces connaissances et s'il existe un lien avec l'évaluation et la volonté d'être traité. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : il s'agit d'évaluer les facteurs associés aux connaissances du VHC et de déterminer le lien entre ces connaissances et la volonté et l'accès au traitement de l'hépatite C chez des participants qui prennent un traitement de substitution aux opioïdes en clinique ou qui vont dans un centre de supervision de l'injection. Une hypothèse est formulée : il faut mieux comprendre la relation entre les connaissances sur le VHC et l'évaluation et le traitement de l'hépatite C afin que les interventions puissent améliorer les soins pour le VHC chez les UDI. Les variables clés sont le niveau de connaissance sur le VHC, la volonté d'être traité et l'évaluation du traitement pour les usagers de drogues injectables ou qui prennent un traitement de substitution par opioïdes ce qui représente la population à l'étude. L'hypothèse reflète le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de l'étude. Elle traite principalement de l'expérience des participants et des perceptions et croyances qu'ils peuvent avoir à l'égard du VHC. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche puisqu'il s'agit du niveau de connaissance sur le VHC et les différents facteurs qui qualifient les participants ainsi que la volonté d'être traité et l'évaluation du traitement. L'hypothèse s'appuie sur la méthode de recherche sous-jacente. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> La population visée est définie de façon précise : il s'agit de clients de 4 centres de traitement de substitution aux opioïdes et d'un centre médical de supervision de |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>l'injection. L'échantillon n'est pas décrit de façon suffisamment détaillée dans cette partie méthode mais l'est dans la partie résultats. La méthode utilisée pour recruter les participants est appropriée : les auteurs se sont rendus dans ces centres entre mai et août 2010 et tous les clients ont été invités à participer à l'étude (qu'ils soient atteints d'hépatite C ou non, UDI ou non). Un papier d'information leur a été donné et le fait de compléter le test était vu comme un consentement à la participation. Les auteurs ont offert aux participants un pack de promotion de la santé composé d'une brosse à dents, d'un dentifrice et de chewing-gum sans sucre pour leur remercier du temps accordé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur n'a pas envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'ajouter des renseignements significatifs sur les caractéristiques des participants et d'atteindre les objectifs visés. Elle est justifiée sur la base statistique selon le pack statistique PASW Statistics. • La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction des participants qui ont acceptés de faire l'étude les différents jours où les recruteurs se sont rendus dans les différents centres concernés. Elle est justifiée sur une base statistique. |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats : les réponses sont anonymes et leur consentement a été demandé, ils n'étaient pas obligés de faire l'étude. • L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants puisqu'ils répondent eux-mêmes aux questions, ils donnent leurs expériences et donc sont bien au cœur de l'étude. De plus, cela est individuel ce qui évite les risques de fausses réponses ou de réponses influencées. Enfin, le fait de faire cette étude dans des centres permet aux participants d'effectuer cela dans un endroit où ils se sentent bien, où ils connaissent l'environnement. L'étude a été approuvée par une université appropriée et par le comité institutionnel de révision des services de santé. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but qui est d'évaluer les connaissances des participants sur le VHC et les considérations du traitement. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>des données proposés : il s'agit de l'utilisation d'une tablette numérique afin d'avoir les réponses sur le moment. La personne répond directement sur la tablette, de manière anonyme et individuelle. Les recruteurs répondent seulement aux demandes d'aide concernant l'utilisation du matériel, ils assistent seulement les aspects techniques. Il y a plusieurs thèmes lors de cette étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses puisqu'il inclut les connaissances sur le VHC, l'évaluation au traitement, la volonté de traitement, la situation géographique et les habitudes d'injection. • Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques : La véracité puisque les informations proviennent des participants eux-mêmes et il n'y a pas d'intervention de la part des moniteurs. L'applicabilité se retrouve puisque cette étude est approuvée et qu'elle nécessite des moyens abordables pour sa réalisation. La consistance n'est pas vraiment respectée car l'échantillon n'est que de 132 participants mais cela reste significatif concernant les 4 centres d'étude. La neutralité : les moniteurs ne connaissent pas les participants et n'interviennent pas du tout dans leur réponse. • La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé puisqu'elle prend en compte toutes les variables recherchées. • Il y a suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants : Les moniteurs sont présents pour inviter les participants à faire l'étude et les assister d'un point de vue technique seulement. Il n'y a pas d'information sur le temps exact passé sur le terrain mais l'étude a été effectuée de mai à août 2010. |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables : il y a une échelle qui mesure les connaissances : un score de 0 -3 pour des connaissances faibles, 4-7 pour des connaissances moyennes et enfin 8-12 pour de bonnes connaissances sur le sujet. Il y a aussi une échelle pour la volonté de traitement et l'intention d'avoir un traitement : 1-3 étant groupé comme les désirants-neutres et 4-5 pour les non désirants. • Les observations du phénomène ont été bien ciblées. Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet. • L'auteur indique que les instruments ont été créés pour les |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>besoins de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés, elle est structurée et permet de prendre en compte tous les aspects de la recherche auprès des participants. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Le processus de collecte des données est décrit clairement : il s'agit d'un questionnaire d'abord de 12 questions mesurant les connaissances sur le dépistage de l'hépatite C, l'histoire naturel de ce virus et le traitement. Puis un choix de 1 à 5 pour mesurer la volonté de traitement est demandé aux participants ainsi que l'intention de prendre un traitement selon les périodes (de moins d'une année à jamais). Puis une dernière question pour savoir si les participants ont déjà rencontré une infirmière ou un spécialiste pour parler du traitement de l'hépatite C. Les participants répondent à tous cela sur une tablette. Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent puisque c'est un chercheur de cette étude qui s'est rendu sur le terrain et il n'est intervenu que dans le cas de problème avec le matériel mais pas au sujet des réponses des participants. L'étude comporte 3 variables indépendantes qui sont la connaissance sur le VHC, l'évaluation du traitement et la volonté de traitement. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> Les méthodes d'analyse sont décrites : des analyses bi variables sont conduites sur toutes les variables d'intérêt. Des analyses multivariées sont conduites pour les variables dépendantes des connaissances sur le HCV (régression ordinale) et l'évaluation du HCV (régression logistique). Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses : les patients récemment traités pour le VHC sont exclus de l'analyse. Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie méthode. Les thèmes ne font pas encore ressortir la signification des données. |

| RESULTATS | |
|-------------------------------|---|
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de cinq tableaux : le premier sur les caractéristiques des participants, puis la proportion des participants qui ont répondu correctement à chaque question de connaissances, les facteurs associés aux scores des connaissances, les facteurs associés à la volonté de traitement et enfin les facteurs associés à l'évaluation du traitement. • Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène : il y a d'abord les résultats concernant les connaissances sur le VHC puis la volonté de traitement et enfin l'évaluation du traitement : ces thèmes sont séparés afin de bien les identifier, de voir le phénomène et de répondre au problème posé. • Les résultats sont résumés par un texte narratif : 132 personnes ont participé, 117 avaient une histoire d'injection de drogues et 85 reportait une infection par le VHC. La moyenne à l'échelle de connaissances est de 6.5/12, la plupart savent qu'il existe un traitement pour le VHC mais peu identifient correctement les facteurs qui augmentent le risque de progression de la maladie du foie concernant le HCV. Les facteurs associés à de bonnes connaissances sont d'être une femme, d'avoir fait des études ou d'avoir un bon niveau d'éducation, de suivre une thérapie de substitution aux opioïdes ou encore d'être âgé. Dans l'analyse de la volonté d'être traité, seul les participants qui ont reportés une infection par le VHC sont inclus : une seule variable significative a été identifiée : les clients qui suivent un traitement de substitution aux opioïdes ont plus indiqués être motivés à prendre un traitement contre le VHC. Plus de la moitié des participants ont été évalués pour le traitement de l'hépatite C par un docteur et 72% par une infirmière. Deux variables sont associées à cette évaluation : les jeunes participants ainsi que ceux qui ont une haute éducation sont plus susceptibles d'être évalués pour le traitement de l'hépatite C par une infirmière ou un spécialiste. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts : il n'y a pas d'information sur ce sujet. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de |

| | |
|--|--|
| | <p>recherche et répond à la question de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent avec certaines études antérieures menées sur le même sujet. En effet, ils sont discutés à la lumière d'études antérieures menées sur une population plus large de personnes atteintes par le VHC en Australie. • L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses : les connaissances sur le VHC chez des personnes des cliniques de traitement par substitution aux opioïdes et du centre médical de surveillance de l'injection sont moyennes : il y a des connaissances très mauvaises en ce qui concerne les facteurs qui influencent la progression de la maladie au niveau du foie et des connaissances faibles sur le sens du dépistage, les chances de traitement et les symptômes du VHC mais il y a une connaissance plus élevée en ce qui concerne certains aspects du traitement du VHC ainsi que l'histoire naturelle du virus parmi ceux qui ont une infection par le VHC. La connaissance sur le VHC n'est pas significativement associée à la volonté de traitement ou l'évaluation du traitement. Malgré un haut niveau d'engagement dans l'évaluation (75% ont été évalués par un spécialiste ou une infirmière), les connaissances sont faibles. Le fait d'être un homme, d'être plus jeune et d'avoir peu d'éducation sont associés à des connaissances inférieures. De plus, faire partie d'une thérapie de substitution aux opioïdes a été associé à des connaissances supérieures sur le sujet et à une plus grande volonté d'être traité. De plus, une forte proportion a été évaluée par un spécialiste ou une infirmière et ce sont principalement un âge plus jeune et un niveau élevé d'éducation qui caractérisent cette proportion. • Les limites de l'étude ont été définies : d'abord, la taille de l'échantillon (85 personnes ont rapportés une infection par le VHC) est faible et l'auteur affirme qu'il est probable que l'étude soit sous-alimentée mais a permis tout de même d'identifier différents facteurs. Puis, les cliniques étudiées sont dans des zones qui, géographiquement, ont un meilleur accès à l'information et au traitement et les résultats plutôt faibles sur les connaissances est assez surprenant pour les auteurs. • Les conclusions découlent logiquement des résultats : En résumé, il y a des lacunes importantes en ce qui concerne la connaissance du VHC et cela est particulièrement lié à des stratégies d'autogestion pour ceux qui ne reçoivent pas de traitement. Des efforts doivent continuer en matière d'éducation pour que ceux qui vivent avec ce virus reste informé des développements et des opportunités de |
|--|--|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>traitement qui pourrait mieux leur convenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La question du caractère transférable des conclusions n'est pas vraiment soulevée mais les auteurs affirment que pour les UDI, il existe encore d'autres facteurs qui influencent leur volonté d'être traité ou non. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique sont qu'il est nécessaire de livrer en continu de l'information de manière pertinente et engageante pour les patients en particulier pour permettre à ceux qui ne sont pas intéressés par le traitement du VHC d'améliorer leurs résultats en matière de santé en ciblant les facteurs qui influent sur la progression de la maladie et sur des désagréments au foie comme l'alcool et le surpoids. • L'auteur fait des recommandations pour la pratique et les recherches futures et affirme qu'il faudrait en Australie et ailleurs faire des efforts supplémentaires pour engager aussi ceux qui ne reçoivent pas de traitement de substitution aux opioïdes à améliorer l'évaluation auprès de spécialistes ou infirmières pour le traitement de l'hépatite C. De plus, des recherches détaillées seraient encore nécessaires pour examiner les facteurs importants en fonction des différents groupes de population vivant avec l'hépatite C (par exemple les australiens indigènes ont comme facteurs influençant le traitement : les problèmes de honte). Ces découvertes traduisent un besoin d'une approche différente de la promotion des soins et traitements en fonction du groupe visé. • Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions que les auteurs font mais des études devraient être faites afin d'agrandir l'échantillon. |

| | |
|------------------------|---|
| Eléments d'évaluations | Factors associated with uptake of treatment for recent hepatitis C virus infection in a predominantly injecting drug user cohort: The ATAC Study |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise clairement les concepts clés qui sont les facteurs déterminants l'assimilation, l'absorption du traitement de l'hépatite C et la population à l'étude qui est les usagers de drogues injectables principalement. |

| | |
|--------------------------|--|
| | |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> Le résumé ne synthétise pas clairement le résumé de la recherche en séparant problème, méthode, résultats et discussion mais ce paragraphe présente le résumé de l'article avec quand même un fil rouge présent : les auteurs évaluent l'assimilation du traitement du VHC ainsi que les facteurs associés à ce traitement dans une population principalement composé d'UDI. Des analyses de régression logistiques sont utilisées pour identifier les facteurs à l'assimilation du traitement. L'étude se fait entre juin 2004 et février 2008 en Australie. Les résultats sont décrits de manière succincte et il est démontré que l'assimilation du traitement de l'hépatite C est plus haute dans le cas d'infection récente par le VHC. |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit : L'infection par le VHC chez les UDI est une comorbidité médicale significative et malgré la prise de conscience croissante de l'importance d'un meilleur accès au traitement du VHC pour les UDI, l'assimilation du traitement dans cette population reste bas : il y a des facteurs qui influencent l'assimilation, la prise du traitement chez les UDI principalement dans le cas d'une récente infection par le VHC. Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles. Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée : les soignants sont concernés dans le suivi du traitement de l'hépatite C chez des UDI atteints en lien avec la motivation du patient, la compliance au traitement, les problèmes psychosociaux, les comorbidités biologiques et psychiatriques, le risque de réinfection et le manque d'infrastructures pour assurer un suivi durant tout le traitement. Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas précisés. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> Une petite recension a été entreprise. La recension fournit une synthèse de l'état de la question: le plus attrayant pour les UDI est le traitement le plus simple et le plus court à base d'interféron pegylée de 12 à 24 semaines pour traiter l'infection au VHC. Ce traitement |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>est un avantage pour les patients qui ont des comorbidités psychiatriques car ce traitement a comme effet secondaires des troubles psychiatriques et le fait de prendre un traitement de courte durée évite ces effets supplémentaires chez ces patients. De plus, pour certains d'entre eux, le traitement représente une expérience significative sur des problèmes sociaux et cliniques (effets secondaires). Il y a donc des facteurs qui influencent l'assimilation du traitement mais il est nécessaire d'aller plus loin pour étudier cela.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits ne semble pas présenter une base solide pour l'étude car il y a peu d'informations. L'auteur présente peu l'état des connaissances actuelles sur le problème à l'étude : l'assimilation du traitement du VHC chez les UDI est basse. • La recension présente des sources primaires. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont mis en évidence : il s'agit des facteurs associés à l'assimilation du traitement de l'hépatite C mais ils ne sont pas définis sur le plan conceptuel. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet dans l'introduction. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : il s'agit d'évaluer, d'examiner l'assimilation du traitement de l'hépatite C, y compris l'identification des facteurs qui l'influencent. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude ne sont pas clairement énoncées : il est dit qu'il s'agit d'identifier les facteurs qui influencent l'assimilation du traitement chez les UDI en Australie : c'est une étude d'ATAHC qui concerne les hépatites C aiguës en Australie. • La question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but : il y a des facteurs qui influencent l'assimilation du traitement de l'hépatite C mais ils sont peu connus c'est pourquoi il faut les identifier. Cette question traite de l'expérience et des caractéristiques des participants ainsi que des perceptions. • Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>de recherche : il s'agit de la variable sur la prise ou non du traitement donc elle reflète le concept de traitement de l'hépatite C ainsi que des variables sur les caractéristiques de la population à l'étude et donc le concept de facteurs qui sera mis en lien avec la prise ou non du traitement. Il y a par exemple la variable du genre, de la culture, de la prise d'un traitement de substitution aux opiacés...</p> <ul style="list-style-type: none"> Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique : il n'y a pas d'information sur ce sujet. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> La population visée est définie de façon précise : ATAH C est une étude multicentrique sur le traitement d'une infection récente par le VHC : la population visée concerne les participants avec une récente infection au VHC et selon les critères suivants : premier anticorps anti-VHC positif dans les 6 mois qui suivent l'inscription et soit une infection aiguë de l'hépatite C, symptomatique au maximum 12 mois avant le premier anticorps anti HCV positif, soit une infection asymptomatique de l'hépatite C. L'échantillon est décrit de façon assez détaillée mais certains éléments sont présents seulement dans le tableau des résultats et pas dans le texte de la partie méthode. Il y a 146 participants à l'étude. Il y a un certain nombre de critères pour recruter les participants par exemple être âgé de 16 ans ou plus, ne pas être enceinte ou encore être habilité à écrire et à signer un consentement. La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants n'est pas explicitée dans le texte. Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur n'a pas envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés. Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet. La taille de l'échantillon a été déterminée par les critères d'inclusion et d'exclusion posés et cités précédemment. Est-elle justifiée sur une base statistique ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet. |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> Les moyens pris pour sauvegarder les droits des |

| | |
|--------------------|---|
| | <p>participants sont adéquats: il y a un consentement éclairé de la part des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants puisque elle permet un dépistage du VHC pour tous les participants ainsi que la possibilité d'accéder au traitement. Tous les facteurs sont pris en compte afin de minimiser les risques liés par exemple à l'usage de drogues injectables ou les cas de dépression. De plus, cette étude a été validée par le comité éthique de recherches humaines de l'hôpital Saint Vincent et cette étude a été menée conformément à la déclaration d'Helsinki. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte des données proposés : pour collecter les données, les auteurs proposent des tests que les participants font lors du dépistage afin de connaître les comportements d'injection, le fonctionnement social avec l'échelle du fonctionnement sociale et la dépression avec le MINI qui est le mini test international neuropsychiatrique. • Le devis fournit un moyen d'examiner la question de recherche sur l'assimilation, l'absorption du traitement du VHC et les facteurs qui l'influencent. • Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques : La véracité puisqu'il s'agit de tests validés scientifiquement et uniformisé, de plus un dépistage est réalisé il y a donc des données objectives caractérisant les participants. L'applicabilité : ce devis de recherche est applicable mais cependant nécessite des moyens afin de dépister tous les participants et de suivre pendant 24 mois le taux d'anticorps anti VHC ainsi que les comportements associés afin d'évaluer l'assimilation du traitement à base d'interféron pégylé pendant 24 semaines. La consistance soit 146 participants restent faibles cependant la neutralité est grandement présente et les résultats sont globalement objectifs et les auteurs n'interviennent pas dans la recherche auprès des participants. • La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé puisque c'est l'assimilation du traitement du VHC qui est évalué en fonction des facteurs qui gravitent autour du patient comme les injections de drogues et le développement d'anticorps anti VHC durant les jours de traitement. • Il y a suffisamment de temps passé sur le terrain et |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>auprès des participants puisqu'il y a un suivi régulier dans le cas de la prise d'un traitement anti VHC pendant 24 semaines.</p> |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables : il s'agit d'un dépistage du virus en dosant l'ARN du VHC ainsi que des tests cités précédemment concernant les comportements d'injections, les facteurs sociaux et l'état psychiatrique (ce dernier facteur surtout par rapport aux effets secondaires du traitement : il peut entraîner des symptômes de dépression. • Les observations du phénomène sont bien ciblées. Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet. • L'auteur indique que les instruments ont été importés. • La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données est décrit : on sait ce qui a été recherché, évalué, dosé chez les participants mais ce n'est pas décrit clairement, par exemple il n'y a pas en détail les différents tests utilisés, seul le nom des tests est cité. Puis, il n'y a pas d'information sur comment exactement les participants ont répondu aux tests (écrit ou oral par exemple). • Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent puisque l'équipe qui a mené l'étude est composée de personnes compétentes et qui connaissent la recherche scientifique. Les biais sont minimisés grâce à une étude utilisant des tests officiels et un examen qui est le dépistage ce qui prouve l'objectivité de l'étude cependant il y a peu d'informations permettant de juger si les biais sont vraiment minimisés. • Si l'étude ne comporte pas d'intervention. |

| | |
|----------------------------|---|
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont décrites : il s'agit d'une analyse de régression logistique pour identifier les prédictors de l'absorption, l'assimilation du traitement du VHC. Le pack statistique STATA a été utilisé. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet. • Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés : les prédictors de l'assimilation du traitement du VHC sont le sexe, l'âge, l'enseignement supérieur, l'emploi, l'hébergement, le fonctionnement social, un traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine, la dépression, l'origine ethnique, la consommation de drogues injectables, la présentation du VHC (symptomatique ou non, aigue...), le génotype du VHC et le dépistage de l'ARN du VHC. Ils seront mieux décrits dans la partie résultats. • Les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données. De nombreuses échelles ont permis d'identifier les données par exemple pour le fonctionnement social, il a été calculé à l'aide d'une échelle (Opiate treatment index) qui traite de l'emploi, de la stabilité résidentielle et du conflit interpersonnel. La dépression et le risque suicidaire avec le mini test international neuropsychiatrique. Ils ont aussi utilisé une approche par escalier pour déterminer les modèles multivariés pour les prédictors de l'assimilation du traitement. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide d'un grand tableau récapitulatif ainsi qu'un schéma. Le tableau est clair et précise les facteurs associés à la prise, l'absorption d'un traitement contre le VHC. Le schéma démontre l'échantillon (éligibles ou pas pour le traitement et ceux qui l'ont reçu ou pas). • Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. • Les résultats sont résumés par un texte narratif : sur la période de juin 2004 à février 2008, 163 participants se sont inscrits pour l'étude et 146 étaient positifs à l'ARN du VHC donc étaient infectés et éligibles à un traitement à base d'interféron pégylé pendant 24 semaines. La plus grande partie des participants sont des usagers de |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>drogues injectables : 113 participants ont déjà été usagers de drogues injectables et c'est probablement de là que provient l'infection par le VHC. La majorité étaient des hommes et n'avaient pas d'emploi à plein temps. Sur ces participants éligibles à recevoir un traitement, 111 l'ont reçu et 35 sont non traités pour différentes causes comme des contraindications médicales, une instabilité sociale, refus...</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a fait évaluer les données par des experts car les résultats avec l'analyse de régression logistique sont assez complexes à comprendre et à interpréter. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour la question de recherche qui était sur l'absorption du traitement du VHC chez des personnes récemment infectés par le VHC et principalement pour les UDI. • Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet mais le pourcentage d'UDI à avoir pris le traitement est plus élevé que dans la plupart des études car celle-ci s'est fait au niveau tertiaire avec des cliniciens qui connaissent la population des UDI et le fait que l'infection par le VHC soit récente et que le traitement soit court (24 semaines), les UDI sont plus motivés à accepter le traitement. Les résultats de l'étude sont discutés à la lumière d'études antérieures : souvent les traitements chez les UDI sont retardés pour diverses raisons par exemple les cas de dépression où les cliniciens ne veulent pas prendre le risque d'y ajouter les effets secondaires psychiatriques du traitement, ou dans les cas d'infection chronique où le patient vit depuis longtemps avec sa maladie et ne veut pas être traité alors que dans cet étude, l'infection est récente ce qui permet un traitement plus court et souvent plus efficace et cela est très motivant pour les participants. Donc le fait d'être dépisté le plus tôt possible permet une meilleure prise du traitement, de plus courte durée, avec moins d'effets secondaires et de comorbidités. • L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses : Les participants qui ont un score de fonctionnement sociale haut et qui sont dépistés tôt sont plus favorables à la prise du traitement. Le fait d'être usager de drogues injectables ne freine pas la prise du traitement contrairement à ce que peuvent penser certains soignants. De plus, la population qui présente une infection asymptomatique va avoir tendance à refuser le |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>traitement alors que les infections aiguës et symptomatiques sont plus significatives à l'engagement du patient dans la prise du traitement. Ne pas avoir de récente dépression favorise aussi l'absorption du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont été définies : D'abord les résultats ne peuvent pas être généralisables à d'autres populations qui auraient récemment été infectés par le VHC. Puis, cette étude a été conduite principalement dans des centres tertiaires c'est-à-dire que les participants sont déjà engagés dans le système de santé comparé à d'autres populations qui ne seraient pas dans des centres. Puis, cet engagement élevé des UDI est amplifié par le fait que les participants ont été testés, dépistés et recrutés à des moments opportuns. Enfin, les cliniciens qui ont pris en charge les participants ont l'habitude de travailler avec des UDI, ont plus d'expérience et sont plus adéquats dans l'administration du traitement. • Les conclusions découlent logiquement des résultats. • La question du caractère transférable des conclusions est expliquée dans les limites. Cependant, de nouvelles découvertes sur l'absorption du traitement du VHC chez les UDI ont vu le jour, il faudrait d'autres études pour aller plus loin et à d'autres types de cohorte d'UDI (pas seulement ceux dans les centres de soins tertiaires). |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique sont que cette étude a démontré que les UDI peuvent être efficacement recrutés pour mener des études mais aussi pour être dépistés et traités pour le VHC. De plus, si un traitement est mis à disposition, ils sont principalement preneur surtout lorsque l'infection a été faite récemment. Il y a une haute absorption du traitement chez les UDI et donc l'association entre des comportements d'injection et l'absorption du traitement n'est pas incompatible. • L'auteur fait des recommandations pour la pratique : Les personnes atteintes d'une infection précoce par le VHC et les cliniciens peuvent envisager une collaboration permettant de traiter les personnes atteintes d'hépatite C, UDI ou non, et cette collaboration serait très importante dans une bonne assimilation et efficacité du traitement. • Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions que font les auteurs mais il faudrait élargir le type de population à d'autres niveaux. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|------------------------|--|
| Eléments d'évaluations | Human rights and access to hepatitis C treatment for people who inject drugs |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude : il s'agit des droits de l'homme et l'accès au traitement de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues. |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : le problème : les personnes qui s'injectent des drogues ont une bonne compliance et de bons résultats au traitement de l'hépatite C et pourtant cette population est exclue des traitements : ce traitement est largement indisponible et inabordable pour la plupart des UDI. La méthode : il s'agit d'une analyse des droits de l'homme en lien avec l'interconnexion entre les sphères économiques, sociales et politiques. Il s'agit de discuter des obstacles au traitement et de les corrélés aux violations des droits de l'homme afin de trouver des solutions pour augmenter le traitement chez les UDI. Pour cela, les auteurs ont recherchés dans la littérature et dans les rapports de cas de communauté. Les résultats démontrent que le manque d'accès au traitement de l'hépatite C pour les UDI provient de facteurs structurels qui sont la stigmatisation dans les milieux de soins et le statut de consommateur de drogues comme étant un critère d'exclusion du traitement, l'incarcération, la détention dans des prisons ou centre de réadaptation sociale où le traitement n'est pas disponible. Il y a aussi le coût élevé du traitement qui est une barrière à l'accès de celui-ci. Ces barrières identifiées sont en corrélation avec des violations des droits de l'homme : la non-discrimination, la liberté d'information, le droit à la santé... Enfin, il y a la conclusion : Des réformes sont nécessaires pour décriminaliser les UDI, supprimer les protocoles de traitement discriminatoires (qui excluent les UDI), renforcer les liens entre les fournisseurs de soins de santé et les UDI afin d'accroître la participation des UDI dans leur traitement et enfin réduire les prix des traitements. |

| INTRODUCTION | |
|--------------------------|--|
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit : les UDI atteints d'hépatite C ont un très faible accès qu traitement pour diverses raisons. Il s'agit d'étudier ces obstacles au traitement de l'hépatite C chez cette population et de les mettre en corrélation avec les droits de l'homme et de citoyen existant. Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles : malgré les progrès en prévention auprès des UDI et les nouvelles déclarations existantes pour la santé de cette communauté, le déséquilibre de longue date entre les prestations de service de soins pour les UDI et les autres citoyens restent présent aujourd'hui. Les UDI sont souvent considérés comme des vecteurs de criminalité et de transmission du virus de l'hépatite plutôt que comme des citoyens ayant droit à la santé et à la participation sociale. De plus, près de 2/3 des infections par le VHC sont chez les UDI. Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée puisque les soignants jouent un rôle important dans cette prise en charge inadéquate des UDI atteints d'hépatite C : il existe une réticence des soignants à soigner cette population perçue comme vecteur de la transmission du virus et peu adhérente et compliant au traitement. Les postulats sous-jacents à l'étude sont ne sont pas précisés. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> Une recension a été entreprise : environ 10 millions d'UDI sont atteints d'hépatite C dans le monde et c'est au sein de cette population que la prévalence de cette infection est la plus élevée. De plus, cette infection est souvent corrélée au HIV au sein de cette communauté et le HIV accélère la progression du VHC lorsque ces deux infections sont couplées. Des études montrent quand même qu'il y a une bonne efficacité du traitement chez les UDI principalement à base de ribavirine et d'interféron pégylé. La réponse virologique durable dans certaines études sur cette population n'est que légèrement inférieur à toute autre population ayant bénéficié du traitement. La volonté des UDI dans les pays développés d'être traité pour le VHC est de 80 % et même pas 2 % en bénéficient. La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche : de nombreuses réticences existent à traiter cette population et le risque de réinfection est évalué comme étant trop important chez cette population dans le cas de partage de seringues |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>souillées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits me semble présenter une base solide pour l'étude. L'auteur présente l'état des connaissances actuelles sur le problème et illustre cela avec des chiffres et des données fiables. • La recension présente des sources primaires et est composée de données probantes. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont mis en évidence mais pas définis sur le plan conceptuel : les concepts clés sont les barrières au traitement de l'hépatite C ainsi que les droits de l'homme et ces deux concepts seront identifiés et mis en corrélation afin d'en discuter. • Les concepts clés ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence. Les bases philosophiques et principalement théoriques sont explicités lors de la recension des écrits et la méthode sous-jacente est explicitée et appropriée à l'étude puisqu'elle va permettre d'étudier le problème, cependant il s'agit d'une analyse des droits de l'homme : les auteurs ont fait une méta analyse des revues sur le sujet et étudié des rapports de cas de littérature et de communauté sur le traitement de l'hépatite C dans les différentes régions du monde : Est et Sud-Est de l'Asie, l'Europe de l'Est et de l'Ouest, Etats-Unis et Canada et les ont mis en corrélation avec les droits de l'homme existants. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise : il s'agit d'identifier les obstacles au traitement de l'hépatite C chez les UDI et de corréler ces obstacles aux violations des droits de l'homme afin de donner des exemples de points culminants pour la défense des intérêts pour les personnes atteintes d'hépatite C et les UDI en particulier. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude ne sont pas clairement énoncées. Les variables clés vont être les différentes barrières existantes et la population à l'étude correspond aux UDI. La question de recherche rejoint le but de l'étude mais n'est pas clairement formulée : cette question pourrait être « quelles sont les barrières au traitement de l'hépatite C chez les UDI et quels droits de l'homme sont mis en jeu dans les différentes barrières ? ». • La probable question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Elle |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>de l'expérience de la communauté des UDI, des croyances principalement des soignants et pharmaceutiques envers ces usagers ainsi que des perceptions de la population en général.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche : elles sont les différentes barrières qui peuvent exister. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? : il n'y a pas d'information sur ce sujet. Il est supposable que la question identifiée s'appuie sur des bases théoriques et philosophiques avec l'analyse des droits de l'homme et les différentes barrières seront regroupées selon différentes sphères : sociale, économique et politique. De plus, la question est large et le fait de rechercher dans de nombreuses régions du monde mais plutôt dans les pays développés permet d'identifier les barrières réelles existantes pour le traitement de l'hépatite C chez les UDI. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est définie de façon précise : il s'agit des UDI atteints d'hépatite C de nombreuses régions du monde citées auparavant. L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée : l'échantillon est en fait de nombreuses études et revues systématiques mais il n'est pas détaillé précisément. La méthode utilisée pour accéder aux études et recueillir des informations n'est pas explicitée : les auteurs ont fait des recherches sur le sujet et ont utilisés des études et données fiables et valables. • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon en prenant en compte des études des différents coins du monde mais cible principalement sur les pays développés. La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés puisque les données et résultats sont complets et traduisent l'état sur le sujet au niveau mondial dans les pays développés. Elle n'est cependant pas justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données mais les revues systématiques utilisées le sont, les auteurs utilisent des études validées et représentatives de la population concernée. • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Il n'a pas d'information sur le sujet. Elle n'est pas justifiée |

| | |
|-------------------------|---|
| | sur une base statistique. |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats : il y a toujours les sources des études utilisées dont les auteurs des différentes revues systématiques et rapports utilisés sont cités et le respect des droits d'auteurs est totalement présent. • L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices : en effet, l'étude est élargie, elle tient compte d'un grand nombre d'études scientifiques, rapports, sources primaires, revues de littérature... afin de donner les informations les plus bénéfiques et de minimiser les risques d'erreurs ou d'utilisation d'études non fiables. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte des données proposés mais la méthode est peu expliquée et ne représente pas une méthode statistique précise avec un devis de recherche explicité. • Le devis fournit un moyen d'examiner la question de recherche et cela de manière très large en tenant compte d'un grand nombre d'écrits qui existent sur le sujet. • Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques sur la véracité puisque les données sont primaires, les sources utilisées et mises en commun proviennent de revues scientifiques et de la littérature. L'applicabilité n'est pas vraiment présente puisque il s'agit plus d'un recueil de données sur les barrières au traitement de l'hépatite C chez les UDI puis une analyse des droits de l'homme en corrélation avec les barrières donc le critère d'applicabilité n'est pas présent. La consistance est présente au vu du grand nombre d'écrits utilisés et la neutralité aussi puisque les auteurs ont utilisés le maximum de sources possibles et fiables et n'ont pas privilégié certains auteurs plus que d'autres. • La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé : elle permet de répondre à la question mais est peu structurée d'un point de vue scientifique. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain ? : il n'y a pas d'information sur le sujet mais au vu du nombre d'écrits utilisés, il est possible que le temps passé sur cette analyse par les auteurs soit élevé. |

| | |
|-------------------------------|---|
| | |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure ne sont pas clairement décrits mais permettent de mesurer les variables et donc d'identifier les barrières réelles et représentatives au traitement de l'hépatite C chez les UDI. • Les questions de recherche n'ont pas été bien posées mais les observations du phénomène sont bien ciblées. • L'auteur n'indique pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés. • La procédure expérimentale n'est pas cohérente avec les outils mesurés : elle permet de répondre au problème posé et utilise un large éventail de rapports, de revues de littérature, d'écrits... mais la procédure n'est pas précise d'un point de vue expérimentale : les auteurs relèvent des informations en fonction des études passées et analysent cela en fonction des droits de l'homme existant afin de mener une discussion sur l'accès au traitement de l'hépatite C pour les UDI dans les pays développés du monde. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données n'est pas décrit clairement. • Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent : les auteurs qui sont au nombre de 7 appartiennent au domaine de la recherche scientifique au travers des différentes institutions auxquelles ils appartiennent par exemple l'institution internationale pour les personnes qui s'injectent des drogues, l'action de groupe pour le traitement, médecin du monde, l'école de l'hygiène et de la médecine tropicale... et proviennent de France, Etats-Unis, d'Angleterre ou d'Australie. • L'étude ne comporte pas d'intervention. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas pris en considération dans les analyses. • Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés : il existe un certain nombre de barrières au traitement de l'hépatite C chez les UDI principalement la discrimination de cette population et cela se traduit par un certain nombre de violations des droits de l'homme ce qui n'est pas tolérable dans des pays |

| | |
|----------------------------|--|
| | <p>développés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données puisque les auteurs ont séparés les résultats avec tout d'abord les barrières identifiées, puis les droits de l'homme existants et la corrélation entre eux. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide d'une figure pour les différentes barrières identifiées au traitement de l'hépatite C pour les UDI. Il y a aussi un tableau qui présente les violations des droits de l'homme dans en fonction des situations. Enfin, il y a un schéma présentant les buts de renforcement de l'activisme communautaire pour le traitement de l'hépatite C. Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène : le récit est structuré et les liens sont cohérents. Les résultats sont résumés par un texte narratif qui est la plus grande partie de l'article. Les barrières au traitement de l'hépatite C chez les UDI sont au niveau clinique : la stigmatisation par les fournisseurs de soins : des revues systématiques montrent qu'il existe une réticence à traiter les UDI dans de nombreux pays et les raisons citées sont l'effet de la consommation de drogue sur l'efficacité du traitement, les difficultés de communication entre les fournisseurs de soin et les UDI, un logement instable, des comorbidités psychiatriques. Les UDI sont jugés comme étant « instables », « non fiables » et les fournisseurs de soin souvent se disent qu'ils ne feront pas le traitement, ne seront pas compliants. Les UDI citent dans les études des expériences de discrimination, de violations de confidentialité et ont peur des complications liés au traitement ce qui les fait éviter le traitement. Seul l'Ecosse a mis en place un plan national en 2008 pour le traitement de l'hépatite C pour les UDI. Dans certains pays, les UDI doivent signaler aux autorités leur consommation de drogues ce qui entraine une exclusion des traitements ce qui est le cas en Russie par exemple. Des protocoles de traitement excluent parfois les UDI. La seconde barrière est la criminalité : dans de nombreux pays comme la Chine, les détenus n'ont pas accès au traitement de l'hépatite C. Puis la dernière barrière est le coût des traitements : en fonction des pays, les UDI ne vont pas être traités car ils ne peuvent pas payer le traitement ou les budgets de l'état priorise de traiter les autres et en dernier les UDI s'il reste encore des moyens. Pourtant, des |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>études existent et montrent l'efficacité du traitement chez cette population pratiquement égale à celle de la population en générale. Les normes des droits de l'homme déterminent des standards pour l'interaction sociale et la mise en œuvre des traitements. Le droit d'atteindre le meilleur niveau de santé et de profiter des progrès scientifiques se retrouvent dans la convention mondiale des droits de l'homme et dans des conventions nationales des pays développés ou en voie de développement. Il y a 7 droits de l'homme qui sont violés dans le cas du traitement de l'hépatite C chez les UDI dans les pays développés du monde : d'abord le droit à la vie privée (dans certains pays, les UDI doivent se déclarer comme étant consommateurs de drogues et n'ont donc pas accès au traitement), le droit à la non-discrimination, le droit à la liberté, le droit au meilleur niveau de santé possible, la liberté d'expression et d'information, le droit d'être libre de toute torture et mauvais traitement et enfin le droit à un procès équitable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs n'ont pas fait évaluer les données par les participants ou par des experts puisqu'il s'agit d'un recueil d'information et de résultats d'études antérieures et d'une analyse des droits de l'homme. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et répondent au problème posé. • Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet mais sont plus globales puisqu'ils ciblent de nombreux pays. Ils sont discutés à la lumière d'études antérieures dont l'une qui traite du long travail fait pour que les services apportent aux UDI ce dont ils ont besoin dans le cas du HIV, c'est donc le même état d'esprit qui est recherché pour l'hépatite C. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses : Les barrières au traitement de l'hépatite C chez les UDI sont le résultat de la stigmatisation dans les institutions de soins, la discrimination dans les protocoles pharmaceutiques, la criminalité et les coûts trop élevés de la médecine. Les discussions de solutions en santé publique se focalisent sur la formation clinique, le travail social de proximité et l'adhérence avec des traitements adaptés et flexibles pour les UDI. Cette étude suggère le besoin d'un meilleur engagement du gouvernement dans le traitement de l'hépatite C. Les pays ne doivent pas seulement prévenir |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>les violations des droits de l'homme mais aussi promouvoir leur application. De nombreux changements pourraient être effectués avec les UDI : La participation (ne pas faire pour les UDI mais faire avec eux), la non-discrimination, la transparence et la responsabilité sont 4 principes fondamentaux à l'image de l'activisme communautaire et c'est dans ce sens que les états devraient agir afin de favoriser la prise en charge adéquat et le traitement adapté au sein de la population des usagers de drogues injectables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude n'ont pas été définies. • Les conclusions découlent logiquement des résultats et les auteurs vont plus loin dans l'explicitation : Il faudrait faire des réformes pour le traitement de l'hépatite C chez les UDI au niveau gouvernemental de la plupart des pays afin de promouvoir un droit fondamental qui serait : l'injection de drogues illicites ne devrait pas faire exclure les usagers de la citoyenneté et de la participation, l'accès aux soins. • La question du caractère transférable des conclusions n'est pas soulevée, cependant, de par le grand nombre de rapports et d'études pris en compte et des nombreux pays traités, cette conclusion reste transférable partout à différents niveaux selon l'état actuel du pays et les lois qui y sont imposées. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique seraient que les fournisseurs de soin participeraient à la prise en charge du traitement de l'hépatite C chez les UDI au même titre que tout autre patient qui serait atteint de cette infection. Les soignants n'auraient plus de réticence envers cette population et ne les verraient plus comme des personnes non fiables mais comme tout être humain, citoyen nécessitant des actions de santé. L'auteur n'a pas précisé les conséquences des résultats. • L'auteur fait des recommandations pour la pratique en valorisant ces 4 principes des droits de l'homme cités auparavant afin de lever les barrières qui empêchent les UDI d'être traité comme tous les autres citoyens. De plus, les pays devraient s'inspirer de l'Ecosse qui a fait un programme national sur le sujet. • Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions puisqu'il y a un grand panel d'études, rapports, revues, informations de nombreux pays développés ou en voie de développement du monde |

| | |
|--|---------|
| | entier. |
|--|---------|

| | |
|--|--|
| Éléments d'évaluations | Clinical outcomes in a cohort of anti-hepatitis C virus-positive patients with significant barriers to treatment referred to a Norwegian outpatient clinic |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> Oui, le titre de l'article « Clinical outcomes in a cohort of anti-hepatitis C virus-positive patients with significant barriers to treatment referred to a Norwegian outpatient clinic » cite la population de l'étude et le lieu de l'étude (Patient atteint d'hépatite C chronique ayant des barrières au traitement, dans une clinique ambulatoire de Norvège). Le titre ne donne cependant pas d'informations précises sur les buts de l'étude (précise uniquement que ce sont des résultats cliniques). |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> Le résumé est structuré. Le résumé précise la période de l'étude, le lieu et l'échantillon de population. Dans cette étude, tous les patients positifs au VHC référés à l'hôpital universitaire de Haukeland à Bergen en Norvège, traité contre l'hépatite C de 2007 à 2010, ont été pris en compte. Les objectifs de l'étude sont également précisés (caractériser les patients atteints de VHC dans grand hôpital universitaire en Norvège, identifier les barrières du traitement ainsi que d'examiner la période de prise de traitement et les résultats du traitement) Les résultats et la conclusion sont précis et vont à l'essentiel. Le résumé donne une idée très globale et concise de ce qui est entrepris dans cette étude. |
| <ul style="list-style-type: none"> INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Il s'agit de caractériser les patients atteints de VHC (hépatite C chronique) dans grand hôpital universitaire en Norvège, d'identifier les barrières du traitement ainsi que d'examiner la période de prise de traitement et les résultats du traitement, selon les dossiers de suivi électronique de |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>l'institution.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude se penche sur une problématique de santé actuelle, notamment dans les pays occidentaux. Il est précisé que la prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique (CHC) dans les cliniques ambulatoires norvégiennes n'est pas encore bien étudiée : cette étude apporte donc des éléments importants à expliciter dans ce domaine encore peu examiné sur cette échantillon de population, malgré que les maladies du foie chez les UDI de plus de 50 ans en Norvège soient le facteur de mortalité le plus élevé. • L'étude soulève que la consommation de drogue sous forme d'injection intraveineuse est le principal facteur de transmission du VHC. Il est donc primordial d'apporter des éléments supplémentaires pour la recherche et examiner cette population à risque. Le postulat sous-jacent ressortant dans cette introduction est le fait qu'il existe une réelle réticence à traiter les UDI atteints d'hépatite C en lien avec le risque de réinfection, le manque de compliance et le manque de sécurité. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs se réfèrent à des articles d'études antérieures et des données probantes qu'ils ont mis en référence. • Les informations données dans l'introduction nous donnent une idée de la prévalence du HCV en Norvège (0.2-0.5%). Il est précisé que l'injection de drogues par voie intraveineuse est le risque majeur de transmission de l'injection. Et que leur traitement est controversé à cause du risque de réinjection de la conformité de la prise du traitement et de la sécurité. De plus il est expliqué que le traitement de base du VHC (Interféron) a de nombreux effets secondaires ce qui est un risque sévère pour le patient et qu'il est important d'étudier l'efficacité du traitement antiviral. • Oui, ils se basent sur différentes études afin d'avoir des données probantes de la situation actuelle. Bien que l'introduction soit courte, certains éléments ressortant d'études antérieures apportent des connaissances sur le problème à l'étude. Les auteurs ne rentrent par contre que très peu dans les détails dans cette introduction. Il est rapporté que la prévalence de l'hépatite C chronique est de 0.2-0.5 % en Norvège, et que le moyen de transmission le risque le plus élevé d'attraper ce virus est l'usage de drogue par injection. Il est également expliqué qu'il existe une réticence à |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>traité cette population à cause du risque de réinfection, du manque de compliance et du manque de sécurité. Cependant, des recommandations ont récemment été mise en place afin d'augmenter le taux de traitement dans cette population. Il est également précisé que, dans la population UDI porteurs du virus ayant atteint un âge supérieur à 50 ans, les maladies du foie sont la cause de mortalité la plus élevée. Il est également rapporté que le traitement de base de l'hépatite C, l'Interféron, provoque de sévères effets secondaires au patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs se réfèrent à des sources primaires. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont précisés et explicités. Il est expliqué qu'il existe une réticence à traité cette population contre le VHC à cause du risque de réinfection, du manque de compliance et du manque de sécurité. Pourtant, il est démontré que les UDI sont la population la plus à risque de contracter le virus et que les maladies du foie sont la cause de décès la plus élevé dans cette population. Cependant, les informations à ce sujet restent très peu argumentées au niveau de l'introduction. Les concepts sont cités des sources misent en référence mais peu explicitées. Elles donnent une idée de l'état des lieux mais sans une grande argumentation de la problématique actuelle. • Le background n'est pas explicité dans cette étude. Le cadre de référence n'est pas cité et l'étude ne se réfère pas à une base philosophique ou théorique précise. Il n'est pas inscrit que les auteurs ont fait antérieurement une méta analyse d'articles portant sur le sujet. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit de caractériser les patients atteints de VHC (hépatite C chronique) dans un hôpital universitaire en Norvège, d'identifier les barrières du traitement ainsi que d'examiner la période de prise de traitement et les résultats du traitement. • Dans le résumé, il est décrit que la sélection et la prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique dans les cliniques ambulatoires norvégiennes n'est pas encore bien étudiée. Le but de l'étude est de caractériser les patients atteints du VHC référés dans un grand hôpital universitaire en Norvège, d'identifier les barrières au traitement, ainsi que d'étudier la prise et les résultats du traitement. Dans cette étude, tous les patients positifs au VHC (population à l'étude) référés à |

| | |
|---|---|
| | <p>l'hôpital universitaire de Haukeland à Bergen en Norvège, traité contre l'hépatite C de 2007 à 2010, ont été pris en compte. Cependant, ces éléments ne sont inscrits que dans le résumé et non pas dans l'introduction. Il n'y avait pas plus de variables spécifiées à ce niveau de l'étude. Les variables plus précises seront démontrées plus loin dans l'étude lors de l'analyse des données (lorsqu'il sera question de caractériser les patients traité pour l'hépatite C de clinique ambulatoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de l'étude s'appuie sur le fait qu'il existe des réticences au traitement de l'hépatite C chez les UDI (liens avec le risque de réinfection, le manque de compliance et de sécurité de la population UDI). Il est donc important pour les auteurs de pouvoir caractériser les patients atteints du VHC et d'identifier les barrières au traitement ainsi que d'examiner la prise et les résultats de traitement, afin de mieux comprendre la réticence à la prise en charge malgré des recommandations de traitement de cette population instaurées récemment. • Le but de l'étude est de caractériser les patients atteint d'hépatite C en traitement dans un hôpital de Norvège de 2007 à 2010, d'identifier les barrières au traitement ainsi que d'examiner la prise et les résultats du traitement. Les variables de l'étude correspondent à ces objectifs. • Les questions de recherches sont en lien avec le fait qu'il existe une réticence à traiter les UDI atteints d'hépatite C, bien qu'en Norvège, les causes de mortalité les plus élevées chez les UDI de plus de 50 ans sont les maladies du foie. Cependant, la population norvégienne d'UDI en traitement d'hépatite C dans les cliniques ambulatoires n'est pas encore bien étudiée. Cette étude permettra d'apporter plus d'informations au niveau des caractéristiques de cette population prise en charge dans une clinique ambulatoire de Norvège, de mettre en évidence les barrières réelles au traitement et d'apporter des éléments concernant la prise et les résultats du traitement. |
| <ul style="list-style-type: none"> • METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • Etant donné que l'objectif de l'étude est de caractériser une population, la description de l'échantillon reste peu détaillée à ce niveau de la démarche. Cette étude a été effectuée à l'Hôpital Universitaire de Haukeland, à Bergen, en Norvège. • Une sélection de tous les patients inscrit au Registre des Maladie infectieuses du service ambulatoire, |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p>traité contre l'hépatite C sur une période de novembre 2007 à avril 2010 a été établi. L'abstinence d'injection de drogue a été exigée par l'institution. Pendant la période de l'étude, la clinique suivait le protocole Suédois de thérapie contre l'hépatite C, 2008.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La clinique avait comme protocole de proposer 2 rendez-vous médicaux aux patients avant l'initiation du traitement, pour pouvoir évaluer l'infection, les comorbidités, la motivation pour la poursuite de la thérapie. Les patients que ne se sont pas présentés aux rendez-vous ont reçu la possibilité de faire 3 nouveaux rendez-vous, avant que la clinique abandonne la procédure. Un total de 256 patients a été retenu pour l'échantillon (sous auto sélection). Cependant, l'abstinence d'injection de drogues a été demandée, mais les patients ayant eu des injections dans le mois avant le traitement n'ont pas été exclus de l'étude, ainsi que les patients sous traitement de substitution aux opiacés. • La taille de l'échantillon est de 256 patients, traité contre le virus de l'hépatite C dans le service ambulatoire de l'hôpital d'Haukeland en Norvège de novembre 2007 à avril 2010. Les variables caractérisant les patients sont le fait qu'ils soient traité pour cette maladie en ambulatoire. Il n'y a pas plus d'éléments en lien avec l'échantillon (pas de statistiques). |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Oui, l'étude a été approuvée par la protection des données de Bergen (Helse Bergen HF). Toutes les données personnelles ont été traitées conformément aux instructions données (réf. 00745 / 2011). • Oui. Les patients ont été suivis avant, pendant et après la thérapie par une clinique de professionnels. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis est de type quantitatif. Les auteurs ont procédé à une collecte des données informatiques répertoriées pour chaque patients, afin d'en faire une statistique. • Les tableaux répondent aux questions de recherche. • Les critères scientifiques sont respectés. • C'est une analyse de donnée permettant de faire ressortir des chiffres afin de démontrer des statistiques en lien avec la problématique. • L'étude s'est déroulée sur 3 ans (novembre 2007 à avril 2010). |
| Modes de collectes de | <ul style="list-style-type: none"> • Il est expliqué qu'une revue des dossiers médicaux |

| | |
|--------------------------|--|
| données | <p>électroniques de chaque patient a été réalisée en janvier et février 2012. Les données ont été obtenues à partir d'informations électroniques des dossiers de patients, y compris le suivi et la prise en charge interne et externe à l'institution. Un rapport des données biologiques, biochimiques et histologiques a été entrepris pour chaque patient, afin d'en faire un tableau de statistiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions ont été posées de manières claires et la recherche permet d'apporter des données en lien avec ce questionnaire • Il n'est pas indiqué que des instruments de recherches ont été créés pour cette étude. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant le PASW Statistics, version 18.0. • Oui, elle se présente sous forme de collecte de données informatiques et d'analyses des résultats selon un logiciel spécifique. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est peu explicite. Il est expliqué qu'une revue des dossiers médicaux électroniques des patients a été réalisée par les auteurs. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant le PASW Statistics, version 18.0. (calcul des données informatiques, selon le logiciel spécialisé). • Les auteurs de l'étude ont effectué eux-mêmes la collecte de donnée et les analyses. • Rien de spécifié en lien avec une variable indépendante. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des statistiques a été effectuée en utilisant le PASW Statistics, version 18.0. PASW Statistics es un pack d'outils d'analyses statistiques qui inclut des outils pour l'accès et la gestion de données, il permet l'édition et le calcul de résultats. Cependant, il y a très peu d'informations supplémentaires à ce sujet (logiciel pas explicité dans l'étude). Les tableaux explicitent les résultats de ce logiciel. • Pour identifier des facteurs indépendamment associés à la prise du traitement, une cote a été évaluée avec des intervalles de fiabilité de 95 % lors de l'analyse. • Le résumé des résultats est clair et précis. Il explicite clairement les résultats de recherche sous forme de tableaux ou encore d'une figure. Un texte argumentatif explicite également les résultats de manière détaillée. La figure explicite clairement le cheminement de l'étude. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes sont en lien avec les données récoltées. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> Oui, chaque tableau est clair et les résultats sont facilement compréhensibles. Une figure a également été créée par les auteurs pour faciliter la lecture du cheminement de la méthode utilisée. Tableau 1 : Caractéristiques fondamentales de la population visée (N = 256). Tableau 2 : Taux de traitement pour les 192 patients qui ont été suivi au moins une fois pour l'évaluation du traitement de l'hépatite C Tableau 3 : Caractéristiques des patients ayant achevé le traitement. (prise de 80% des doses) Figure 1 : Récapitule le suivi total du traitement avec les caractéristiques des patients et le taux de réussite du traitement. Oui, les tableaux sont organisés et argumentés dans une suite logique, on comprend le déroulement de l'étude qui mène à répondre aux questions de bases. (Mise en évidence des caractéristiques, barrières au traitement, taux de réussite et suivi du traitement). Une explication des résultats pour chaque tableau ainsi que le schéma sont présents. L'évaluation par les auteurs grâce au logiciel PASW Statistics. Pas d'intervenants professionnels externes pour l'évaluation des données. |
| <ul style="list-style-type: none"> DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> Chaque résultats obtenus est explicité et mis en lien avec des hypothèses des auteurs et des études antérieures. Les résultats répondent aux hypothèses des auteurs et correspondent au questionnement de la recherche. Les auteurs argumentent cela dans la discussion par des textes en faisant des liens avec leurs hypothèses et études antérieures. Les conclusions sont en adéquation avec les résultats de l'étude. Les auteurs comparent leurs résultats avec d'autres études portant sur le sujet du traitement de l'hépatite C. Contrairement à ces études, celle entreprise par les auteurs a contenu une grande proportion d'ancien ou actuel toxicomanes (85 %), ce qui est bien plus haut que dans d'autres études norvégiennes (67-68 % d'UDI). On pourrait expliquer que ce facteur a encouragé un plus grand nombre de causes |

| | |
|--|---|
| | <p>inconnues d'infection dans ces études de 27-30 %, comparé à 9 % dans cette étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En parallèle, moins de patients se sont désistés pour suivre le traitement comparé à d'autres études, ce qui démontre que le fait d'être UDI actifs ou récent ou sous traitement de méthadone n'est pas forcément une barrière à la compliance. Certains des patients non traités n'ont pas réellement stoppé le suivi, mais ont simplement été transférés dans d'autres hôpitaux primaires ou ont éradiqué l'ARN du VHC spontanément. • Nos résultats suggèrent que, dans une large mesure, certains facteurs liés aux patients ont déterminé si les patients pouvaient recevoir un traitement ou non. Le taux de traitement était généralement élevé par rapport à des études similaires. En effet, seulement 3 patients de la cohorte avaient une contre-indication absolue au traitement selon les directives à l'époque, et 14 autres ont été exclus de l'étude en raison de la consommation de drogues actives et / ou d'une maladie psychiatrique grave incompatible avec le traitement de VHC. • Les auteurs en savent peu à propos des causes directes de choix de patients de ne pas suivre la thérapie. Seulement un petit groupe a refusé l'enquête ou le traitement, mais considérablement moins que dans d'autres études. Il est possible que cela soit lié au manque de sensibilisation des complications potentielles de la maladie, ou encore à des problèmes psychosociaux plus urgents ou plus préoccupants. • Les faiblesses de cette étude sont la relativement petite population et un degré variant de données manquantes. Seulement 67 patients ont achevé le traitement, (80 % ± de traitement) et les taux de réponse virologique de traitement devraient être interprétés en prenant cet élément en compte. • Aussi, la récolte des données s'est fait sous forme de rapports, ce qui rend difficile d'obtention des informations différenciées sur quelques paramètres, comme des comorbidités psychiatriques et la consommation d'alcool. • La clinique offrait un traitement aux patients démontrant la capacité d'assister régulièrement à des rendez-vous, même en cas d'IVDU récente, de consommation d'alcool ou comorbidités psychiatriques. Les auteurs ont trouvé que le taux d'achèvement de ce groupe a été similaire voire supérieur à d'autres patients. |
|--|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Le Taux d'achèvement observé chez les patients ayant récemment été traité en milieu psychiatrique pourrait refléter les effets positifs des soins interdisciplinaires et du traitement antidépresseur, et que cela favoriserait la compliance au traitement. Il semble que ce genre de d'auto sélection lors de l'évaluation ambulatoire initiale maintient un bon taux d'achèvement. Le traitement aboutit à la clinique étaient encourageant, avec un taux de SVR de 44 % dans le génotype 1 (avec la IFN + ribavirin) et 75 % dans le génotype 2/3 des infections. • L'âge moyen relativement bas et le score de fibrose indiquent que les patients ont été gérés dans une première phase de l'infection, qui pourrait être avantageuse à long terme. • Dans cette clinique, une comparaison multivariée des personnes Traitées contre non traitées a démontré que le fait d'être au chômage, ne pas se rendre aux rendez-vous cliniques et l'infection par les génotypes 1 ou 4 étaient les prédicteurs les plus forts pour ne pas initier traitement. Un âge de 50 ans ou et l'absence de biopsie du foie ont également été significatifs. Les auteurs ne savent pas pourquoi l'absence de biopsie diminue le fait de vouloir se traiter mais cela coïncide avec une autre étude allemande. Les auteurs émettent l'hypothèse que cela est en lien avec l'auto motivation du patient, car le fait de faire une biopsie démontre de l'engagement à se faire dépister. • Le taux d'achèvement global du traitement était conforme aux études précédentes et une telle stratégie est soutenue par des recommandations récentes. • Les auteurs précisent que cette étude se limite à cette clinique et qu'elle est purement observatoire. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • En lien avec la pratique clinique, les auteurs mettent en avant les recommandations de traitement plus récentes qui deviendront disponibles dans quelques années démontrent de très bons taux de réussites dans tous les génotypes, avec une durée plus courte de traitement et des effets secondaires probablement moins sévères. Cela pourrait être avantageux afin de baisser des barrières au traitement et dans l'avenir, augmenter le nombre de patients traités. • Les auteurs ont soulevé que les patients qui ne participaient pas au traitement étaient cependant suivis par des médecins généralistes. Il pourrait |

| | |
|--|--|
| | <p>s'avérer utile que les médecins puissent introduire la notion de traitement et donner des informations sur le dépistage du VHC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs précisent que cette étude est observatoire ce qui n'apporte pas une preuve suffisamment riche (c'est-à-dire basé sur un registre) |
|--|--|

| | |
|--------------------------|--|
| Eléments d'évaluations | <p>Community-based treatment for chronic hepatitis C in drug</p> <p>users: high rates of compliance with therapy despite ongoing drug use</p> |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> • Le titre est le suivant : « Traitement communautaire de l'hépatite C chronique chez les usagers de drogues: taux élevés de compliance à la thérapie malgré l'usage de drogues. » Les concepts clés du traitement, de l'hépatite C, des usagers de drogues et de la compliance ressortent dans le titre. |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé est séparé de manière claire en plusieurs sous titres : Contexte, Objectif, Méthodes, Résultats et Conclusion. Des explications pour chaque sous titres résumant la recherche, ce qui permet au lecteur d'avoir un aperçu global de son contenu. |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le problème est clair et précis et en lien avec la situation actuelle mise en lumière par la recension des écrits décrits ci-dessous. Dans cette étude, il est question d'étudier les facteurs associés à la non compliance à la thérapie antivirale. En d'autres termes, d'identifier les barrières à la compliance au traitement antiviral du HCV chez les usagers de drogues. • Le problème est directement en lien avec la réticence des professionnels de la santé à traiter la population d'UDI actifs. Les nouvelles préconisations ne sont pas encore bien appliquées. Le sujet est actuellement en cours d'étude et de nombreuses recherches portent à ce sujet (recension des écrits) |

| | |
|----------------------|--|
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • Une recension de plusieurs études a été effectuée par les auteurs afin d'en retirer les informations citée ci-dessous sur la situation actuelle. • Les problèmes sont argumentés par une recension des écrits et se basent sur les faits et les connaissances actuelles. • L'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) est commune chez ceux qui s'injectent des drogues. Sans traitement, une proportion de ceux qui sont infectés va développer une maladie du foie et certains vont mourir d'insuffisance hépatique ou du cancer. • Il est décrit qu'il existe une réticence à traiter les usagers de drogues injectables atteint d'hépatite C lorsque ceux-ci continuent à s'injecter des drogues pendant le traitement. Le risque de réinfection émet des réticences de traiter les UDI actifs. Le traitement conduit à une réponse virologique soutenue dans plus de 50% chez les patients qui respectent les prises du traitement durant 24 à 48 semaines. Une mauvaise conformité conduit à une réduction de la réponse taux virologique. Comme la thérapie est associée à plusieurs effets indésirables, une motivation considérable du patient est nécessaire pour maximiser la réussite du traitement. La thérapie coûte chère, bien que rentable à moyen terme. • Cependant, les préconisations en lien avec la thérapie des injecteurs ont évolué et de nombreuses autorités (y compris l'Institut national du Royaume-Uni Pour l'excellence clinique) ont suggéré que les consommateurs de drogues injectables actifs devraient également recevoir un traitement. • Des études récentes ont montré que dans des conditions contrôlées, certains injecteurs actifs peuvent compléter le traitement antiviral, par exemple, les toxicomanes en thérapies une désintoxication. Cependant dans ces études, certains patients ont été exclus de l'étude en lien avec des facteurs diminuant la compliance au traitement (comme le fait d'être sans domicile fixe). Il reste actuellement peu clair de savoir quels profils de patient sont susceptibles de bénéficier de la thérapie antivirale. Dans cette étude, il s'agit d'identifier les facteurs associés à la non-conformité à la thérapie antivirale. Pour ce faire, les auteurs ont établi un service de traitement dans l'unité spécialisé en toxicomanie de London-Est, où tous les usagers de drogues injectables ayant exprimé |
|----------------------|--|

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>leur intérêt pour la thérapie ont été traités (sans critères d'exclusions).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente des sources primaires. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés de l'étude sont le traitement de l'hépatite C, les usagers de drogues injectables, la réticence à traiter les UDI, et la compliance (à la thérapie antivirale). Les concepts sont mis en lien par le fait qu'une compliance au traitement de l'hépatite C est nécessaire afin d'obtenir un taux de SVR durable. Il existe une réticence à traiter les usagers de drogues injectables atteints d'hépatite C en lien avec le risque de réinfection et certaines barrières provoquant un manque de compliance et donc un faible taux de réussite du traitement antiviral. Cependant de nouvelles préconisations ont récemment été mise en place. En effet, des études démontrent que le taux de réussite du traitement est également favorable pour cette population, même chez les UDI actifs. Il est donc question d'identifier les facteurs associés à la non-conformité (provoquant une non-compliance) afin de comprendre si ces facteurs amoindrissent la réussite de la thérapie antivirale. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est d'examiner l'hypothèse selon laquelle les utilisateurs de drogues actifs seraient conformes à la thérapie anti virale si le traitement a été administré de manière adéquate. Dans cette étude, il s'agit d'identifier les facteurs associés à la non-conformité (non-compliance) à la thérapie antivirale chez les UDI, UDI actifs compris. • Il est question d'examiner l'hypothèse selon laquelle les UDI actifs seraient conformes à la thérapie anti virale tout autant que le reste de la population atteint de HCV, malgré différents facteurs associé à la non-conformité au traitement antiviral. • La question de recherche reflète les croyances en lien avec la réticence de traiter les UDI actifs, car ils auraient moins de chance de réussir le traitement antiviral que d'autres patients atteints d'HCV. Les résultats de l'étude permet de mettre en lumière les facteurs associés à la non-conformité (non compliance) à la thérapie antivirale et de confirmer ou infirmer l'hypothèse. • Les variables utilisées reflètent les caractéristiques des patients de l'étude en incluant leur type de consommation, afin de comprendre s'il y a des facteurs associés à la non-conformité au traitement. • En lien avec des articles et études. |

| METHODE | |
|---------------------------|--|
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • L'étude manque toute de même de précision à ce sujet au niveau de la méthode. Les auteurs ont pris en compte Tout les usagers de drogues injectables sans abris désireux de se faire traiter contre le virus de l'hépatite C fréquentant l'un des 9 services d'addiction de l'est de Londres et de la ville. • L'échantillonnage a été effectué comme suit : En 2004, tous les patients testés positif pour le VHC ont reçu une demande de convocation à l'Unité locale spécialisé du foie. A cause du faible taux de présence, les auteurs ont établi en 2005, une clinique de sensibilisation dans l'unité centrale de toxicomanie ou les patients pouvaient avoir une consultation avec un hépatologue et une infirmière. Ils ont examiné les clients qui ont exprimé leur intérêt pour la thérapie antivirale. Tous les patients ont été gérés selon le protocole local mis en œuvre. Les patients atteints de cirrhose ont reçu la possibilité de suivre la thérapie. Les patients sans cirrhose évidente et une brève histoire d'injection (<10 ans) sans abus d'alcool, ont été jugés présumé comme ayant une maladie de stade légère. Les avantages et inconvénients de les traiter ont été discutés. Ceux qui souhaitaient subir une thérapie ont été traités. Chez les patients dont gravité de la maladie du foie n'était pas claire, une biopsie du foie a été recommandée pour exclure la cirrhose. Après discussion, le patient a décidé de subir ou non une thérapie. Les patients Qui ont refusé de subir la biopsie ont été traités également s'ils le souhaitaient. • Pas d'informations à ce sujet au stade de la méthode. Peu d'autres informations que la méthode d'échantillonnage. |
| Considérations éthiques | L'étude a été approuvé par le local Comité d'éthique de la recherche et analyse statistique, effectué à l'aide de la version 14 du SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • L'étude atteint son but. Les patients ont été suivi tout au long tu traitement (40 kD d'interféron pégylé Alpha-2a (180 Ig / semaine) et ribavirine (1000- 1200 mg pour les patients atteints d'une infection par le génotype 1 et 800 mg pour les patients atteints du génotype 2 ou 3). Les patients avec le génotype 1 ont été traités pendant 48 semaines et le traitement a été interrompu si la charge virale n'avait pas diminuée de 2 Ig après 12 semaines de traitement. Les |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>patients avec le génotype 2 ou 3 ont reçu 24 semaines de traitement, mais ceux atteints de cirrhose ont été conseillés de recevoir la thérapie sur 48 semaines, car les observations de notre unité suggèrent que cela peut être avantageux</p> <p>Au cours de la dernière année du programme, les patients qui n'ont eu aucun virus détectable après 4 semaines de thérapie déjà ont été conseillés de réduire leur durée de traitement de 50%.</p> <p>La conformité avec le médicament a été évaluée par un interrogatoire direct, un examen des boîtes de dosage et un examen du sang (anémie, leucopénie et thrombocytopénie) qui indiquait la conformité au traitement.</p> <p>Les patients atteints de troubles psychiatriques sous-jacents étaient examinés avant le traitement, ils ont été surveillés par un psychiatre pendant la thérapie. La thérapie antivirale a été donnée par une infirmière nommée dans le cadre de la clinique et les patients ont été examinés selon leurs besoins avec une recommandation qu'ils soient vus chaque semaine pour les 4 premières semaines, puis mensuellement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui le devis permet de mettre en évidence les caractéristiques des patients ce qui permet d'étudier les facteurs associés à la non compliance à la thérapie antivirale. Il n'y a cependant pas d'informations en lien avec le mode de collecte et le triage des données. • La méthode permet d'évaluer quel type de patient a eu le désir de se faire traiter (caractéristiques), le déroulement de la thérapie, la compliance et le taux de réponse virologique durable. Il permet donc de voir si les patients usagers de drogues ayant la volonté de suivre une thérapie contre le VHC ont plus, moins ou autant de chance que les autres patients à réussir leur traitement. • La durée d'étude est de 2 ans. (fin en mars 2007) |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils ne sont pas clairement décrits par les auteurs. • Pas d'instrument créé pour l'étude • Cela correspond. Elle permet l'évaluation des données. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données n'est pas expliqué au niveau de la méthode. Donne uniquement l'information que la conformité avec le médicament a été évaluée par un interrogatoire direct, un examen des boîtes de dosage et un examen du sang (anémie, leucopénie et |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>thrombocytopénie).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été récoltées par une infirmière du service. La thérapie antivirale a été donnée par une infirmière nommée dans le cadre de la clinique et les patients ont été examinés selon leurs besoins avec une recommandation qu'ils soient vu chaque semaine pour les 4 premières semaines, puis mensuellement. • Pas de variable indépendante. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Cette partie n'est pas explicitée par les auteurs dans la méthode. • Aucuns facteurs susceptibles d'influer ne sont pris en compte. • Pas de résumé des résultats • Pas d'informations en lien avec la signification des données |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs tableaux et une figure résument les résultats. Le tableau 1 décrit les caractéristiques des patients qui ont montré de l'intérêt à la thérapie virale et que se sont présentés à la clinique. La figure 1 démontre les résultats pour les patients for patients qui ont entrepris le traitement dans la clinique. Le tableau 2 montre les résultats de l'analyse univariée et les facteurs associés avec la compliance (+80% de prise des doses et respecté 80% minimum du temps d'étude) • Ils découlent dans un ordre chronologique et sont argumentés. • Chaque résultats sont résumés par un texte narratif complet et structuré, qui permet une bonne compréhension. En résumé, sur les 441 patients connus pour être atteints du virus de l'hépatite C, fréquentant les services de toxicomanie du East London pendant la période de cette étude, 83 patients ont été pris en charge par une thérapie. 20 patients n'ont pas suivi de traitement: 14 ont refusé et 6 ont eu des problèmes médicaux qui l'en ont empêché. 58 patients ont complété le traitement (=60 épisodes de traitement), la compliance était à plus de 80%. Le fait d'être sans domicile fixe, de s'injecter des drogues activement pendant la thérapie et les traitements antidépresseurs n'ont |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>pas été associé avec la non compliance. Dans 25 des 49 épisodes de traitement évalués 6 mois après l'arrêt du traitement, une réponse virologique soutenue a été observée. (51%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de précisions en lien avec l'intervention d'experts. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <p>les résultats sont en lien avec chacune des questions que les auteurs visent à répondre en début de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats en lien avec la compliance au traitement sont identiques que dans des études antérieures portant sur des patients qui ne s'injectent pas de drogues. En tant que limite, les auteurs décrivent que la population ayant participé au programme de thérapie était en majorité plus âgée, ce qui n'est pas forcément représentatif du reste de la population UDI. Les auteurs expliquent que cela est peut-être en lien avec le fait que la plus part des patients qui n'ont pas souhaité donner d'informations personnelle notamment sur leur âge étaient/semblaient souvent plus jeunes. <p>Le traitement des consommateurs de drogues injectables soulève des inquiétudes concernant une éventuelle ré-infection avec le VHC, ce qui nécessiterait que les patients se refassent traiter. Dans d'autres études, le traitement des injecteurs n'ont pas été associés à des taux élevés de réinfection, mais il est possible que cela ne s'applique pas à la population « chaotique » de cette étude. À ce jour, un patient a été réinfecté après une réponse virologique soutenue, bien que la période suivi est une observation relativement courte une étude prolongée de cette cohorte serai nécessaire pour déterminer le vrai taux de réinfection.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. Tout est en lien et en adéquation avec les résultats de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ne soulèvent pas le caractère transférable des conclusions |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique <p>Un haut niveau de compliance a été observé dans</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>chaque groupe. Cela devrait encourager à relâcher les aprioris sur les critères de thérapie des UDI soit disant difficiles à traiter.</p> <p>Ainsi, un réseau de soutien doit être établi Avant de commencer un traitement antiviral, correspondant au besoin de la personne traitée. Les chiffres indiquent qu'une proportion des injecteurs est prête et capables d'accepter la thérapie, si elle leur est proposée. Les auteurs relèvent que dans un groupe chaotique d'injecteurs actifs, une thérapie antivirale efficace est possible. Cependant, la réussite de la thérapie nécessite un soutien important et ils suggèrent que la prestation de thérapie se passe dans un environnement familial non hospitalier. Un soutien infirmier de haute qualité par des infirmières multi-qualifiées qui connaissent bien la population de patients et qui ont la capacité à faire des prise de sang sur un réseau veineux en mauvais état est également favorable L'accès à un soutien psychiatrique expérimenté est requis.</p> <p>Des études visant à déterminer les meilleures manières d'élargir le nombre d'injecteurs qui ont accès aux services de traitement sont nécessaires. Il est important d'identifier et gérer les facteurs qui peuvent être associés à une réinfection, afin que les services soient sûrs et rentables pour les patients atteints de multiples problèmes psychosociaux. Les patients devraient également recevoir d'avantage d'informations sur les avantages de la réussite d'une thérapie antivirale. Seule une minorité Des injecteurs actifs accepteront de subir un traitement, Mais il faut espérer que, en tant que communauté de drogues utilisant Reconnaît que la thérapie antivirale est disponible Et efficace, une plus grande proportion d'injecteurs Se prévaloir de l'option de traitement.</p> |
|--|---|

| | |
|------------------------|--|
| Éléments d'évaluations | Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> Le titre de l'article « L'utilisation active de drogues intraveineuses pendant le traitement chronique contre l'hépatite C ne réduit pas les taux de |

| | |
|--------------------------|---|
| | réponse virologique soutenus chez les patients compliants » décrit clairement les concepts et la population à l'étude. Le titre est la conclusion des auteurs en lien avec leur étude. |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé est bref mais résume le problème, la méthode, les résultats et la discussion de cette étude. • |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs décrivent clairement le problème à l'étude. Il s'agit ici d'étudier si l'utilisation active de drogues injectables durant le traitement du HCV chez les usagers de drogues a effectivement un effet sur le taux de réponse virologique durable (réussite du traitement). Les auteurs décrivent qu'il existe donc des critères d'exclusion de traiter les UDI, malgré qu'ils constituent le plus grand groupe à risque du HCV. • Les auteurs rapportent la problématique que les utilisateurs de drogues intraveineuses constituent le plus grand groupe à risque du HCV avec une prévalence élevée du virus chez les UDI. • Les lignes directrices actuelles (2008) contiennent des recommandations restrictives pour le traitement de l'hépatite C chez les injecteurs de drogues actifs. En pratique, ces patients sont habituellement exclus de la thérapie, malgré que les statistiques démontrent un taux de réussite similaire entre cette population et les personnes ne s'injectant pas de drogues. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • Les utilisateurs de drogues intraveineuses constituent le plus grand groupe à risque parmi les patients atteints d'hépatite C chronique. • La Prévalence des anticorps anti-virus de l'hépatite C (HCV) parmi les UDI en Europe de l'Ouest varient entre 33% et 98%. Les UDI sont destinés à être l'un des plus grands groupes de patients avec une maladie du foie en phase terminale dans le futur, contribuant donc un nombre important de candidats à la greffe de foie. • Toutefois, les lignes directrices actuelles contiennent des recommandations restrictives pour le traitement de l'hépatite C chez les patients s'injectant activement des drogues. En pratique, ces patients sont habituellement exclus de la thérapie. Cependant, des études démontrent qu'ils pourraient avoir le même taux de réussite au traitement que d'autres patients atteint du HCV. |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente des sources primaires. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont mis en évidence mais tous ne sont pas définis en profondeur. • Un cadre de référence actuel est mis en lien par les auteurs. Ils se réfèrent aux directives actuelles (2008) qui sont restrictives par rapport au traitement du HCV chez les UDI actifs. |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit ici d'étudier si l'utilisation active de drogues injectables durant le traitement du HCV chez les usagers de drogues a effectivement un impact sur le taux de réponse virologique durable (réussite du traitement) si ceux-ci sont compliant. • Sur la base de leur expérience personnelle, les auteurs ont émis l'hypothèse que les UDI recevant une thérapie pour l'hépatite C chronique pourraient avoir un résultat comparable aux patients sans consommation de drogues actives. Ils ont supposé que les UDI actifs pouvaient réussir la thérapie si le cadre/l'environnement est adapté. • Les auteurs ont donc voulu analyser l'influence des critères d'exclusion des UDI actifs sur une réponse virologique soutenue (SVR). • Les variables sont citées dans les tableaux et sont en lien avec le cadre de recherche. Elles permettent de mettre en évidence les caractéristiques des UDI de cette étude. • Les auteurs se demandent et émettent l'hypothèse que les UDI actifs peuvent réussir le traitement contre le VHC. En effet, il y a une réticence exprimée au sujet du traitement de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues intraveineuses actifs. Les lignes directrices internationales ne préconisent pas de traitement pour ce type de population. Cependant, la littérature médicale ne fournit aucune preuve justifiant le fait de ne pas traiter cette population. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon est décrit dans un paragraphe de la méthode. • Les patients sont suivis par le Centre d'étude suisse de Pour être pris en compte dans cette étude, les patients devaient Remplir les critères suivants : 1. Suivre un traitement chronique de l'hépatite C basé sur la combinaison De l'interféron-a (IFN-a) et de la Ribavirine |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>(RBV).</p> <p>2. L'analyse de l'ARN du VHC atteint 6 mois après la fin du traitement;</p> <p>3. Au moins une visite de suivi dans les 6 mois précédant le début du traitement du VHC et 6 mois après la fin de Traitement contre le VHC;</p> <p>4. Une déclaration sur la consommation de drogues IV pendant ou proche de la période de l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un minimum de 80% de prise de traitement antiviral a été et un respect d'au moins 80% de la thérapie a été exigé pour faire partie de l'étude (compliance à la thérapie) • Les chercheurs ont collectés des données afin de pouvoir séparer les patients s'injectant des drogues de ceux qui ne s'en injectaient pas afin de pouvoir comparer les deux groupes (caractéristiques) |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Rien de précisé en lien avec la sauvegarde des droits. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs décrivent la démarche et les outils qu'ils ont utilisés pour leur démarche afin de comparer les deux cohortes. • Les caractéristiques sociodémographiques, les résultats de leur thérapie contre le HCV (taux de réponse virologique durable), ainsi que les différents facteurs pouvant potentiellement influencé le taux SVR ont été répertorié. • Dans une seconde étape, ils ont comparés les résultats des UDI et des personnes ne s'injectant pas de drogues in dans une analyse bi-variée en additionnant le type de génotype. • Pour finir, ils ont calculé le taux SVR en tant que variable indépendante. Il y ont inclus la consommation de drogues intraveineuses pendant la thérapie contre le VHC, le traitement de substitution aux opioïdes, le génotype du VHC, l'âge, le sexe, le type de médicament et la consommation d'alcool pendant le traitement pour prédire les résultats de la thérapie du VHC. Pour évaluer l'influence simultanée de ces variables sur le résultat, le ratio pour chaque paramètre a été calculé afin de voir s'il était significatif. • Il est clairement explicité, étape par étape (nommé ci-dessus) • Le respect des critères scientifiques n'est pas évoqué. • La méthode de recherche proposée prend en compte les éléments nécessaires afin que les |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>résultats qui en découlent puissent apporter réponses aux questions et aux hypothèses. Elle permet de mettre en lumière s'il y a effectivement des facteurs péjorant la réussite du traitement chez les UDI plutôt que l'autre cohorte ne s'injectant pas de drogues.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 ans de 2000 à 2006. |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont cités et par les auteurs étape par étape mais pas explicités en détail. • L'étude nous permet d'être au clair avec ce que l'on recherche grâce aux explications des auteurs dans la démarche. Dans la démarche, les auteurs expliquent ce qu'ils étudient/calculent. • Les instruments n'ont pas été créés pour l'étude. • La procédure expérimentale est cohérente. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est décrit de manière claire, comme explicité dans le devis de recherche. • Les données ont été recueillies par les auteurs. • Le taux SVR est une variable indépendant dans l'étude. Elle permet de comparé le taux de réussite du traitement et de le mettre en lien avec les caractéristiques de la cohorte, afin de répondre à la question. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Le type de logiciel est cité. Toutes les transformations de données Et des analyses ont été réalisées avec la version SPSSx 12 pour Windows. • Pas de facteurs influant le résultat cité par les auteurs. • Le résumé des résultats ne se trouve pas à ce niveau de l'article. • Les thèmes font ressortir la signification des données. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les tableaux et les figures illustrent chacun des paragraphes en lien avec ce que les auteurs recherchent. • Les thèmes ou les modèles sont clairs et chronologiques ce qui permet au lecteur de bien comprendre le déroulement de l'étude. • Chacun des résultats sont expliqué par un texte narratif. Ils sont séparés comme suit : Caractéristiques sociodémographiques, Type de médication anti-HCV médication (dosage et durée de la thérapie), résultats de la thérapie, autre |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>élément peuvent potentiellement affecter le taux de SVR, analyse de régression logistique multiple (démontrant que le génotype et l'âge influencent le résultat du traitement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous ne savons pas si les résultats ont été évalués par des experts. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont en adéquations et permettent de répondre à la question qui visait à étudier si l'utilisation active de drogues injectables durant le traitement du HCV chez les usagers de drogues a effectivement un effet sur le taux de réponse virologique durable (réussite du traitement). • Les résultats démontrent que l'utilisation de drogues IV n'a pas d'influence négative directe sur l'efficacité du traitement antiviral, du moment que les patients sont compliant. • C'est-à-dire, chez les IDU recevant une dose suffisante de traitement sur un temps de contrôle suffisant. Selon l'analyse multivariée, le fait de s'injecter des drogues n'a pas d'influence sur le taux de réponse virologique durable. Lorsque l'on rajoute le type de génotype (Fig. 2), le taux SVR était similaire dans les deux groupes, indépendamment du type de génotype. • Les résultats globaux du SVR de cette étude étaient comparables aux résultats d'études cliniques majeures utilisant l'interféron pegylée. • D'autres études ont rapportée des taux SVR plus bas pour les usagers de drogues actifs. Ces études ont été conduites avec de l'Interféron recombinée, tandis que dans la nôtre, les patients ont reçu de l'Interféron pegylée. • Les patients qui ont reçu un antidépresseur ou atteints de troubles psychiatriques sont plus susceptibles de souffrir d'une certaine forme de troubles mentaux durant le traitement. Il n'est pas surprenant de trouver ce type de troubles plus fréquent chez les UDI, car les troubles mentaux sont une Comorbidité fréquente, les plus fréquent sont des troubles de personnalité, affectifs et anxieux. Cependant, des troubles mentaux stables sous psychopharmacologie Le traitement n'est pas considéré comme un Contre-indication à la thérapie chronique contre l'hépatite C • En résumé, les auteurs ont conclu que l'utilisation de drogues intraveineuses en soi N'affecte pas le |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>résultat du traitement ou la qualité du traitement chez les patients adhérents.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs relèvent qu'une comparaison directe avec d'autres études n'est pas justifiables, car leurs données, contrairement aux autres études, n'ont pas été complétées avec une analyse classique « intention to treat, c'est-à-dire que le critère de sélection se base sur la volonté même du patient à être traité » En effet, les auteurs ont inclus uniquement les patients compliants afin de mesurer les effets directs de l'usage actif de drogues injectable sur la réussite de la thérapie. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • En Suisse, la thérapie de maintenance à la méthadone et l'utilisation d'héroïne en parallèle du traitement ne conduit pas à une exclusion du patient du programme. C'est pourquoi il est possible de traiter les UDI actives pour l'hépatite C dans un tel programme. Les auteurs reprennent que la thérapie d'entretien aux opioïdes offre un cadre favorable pour un traitement efficace du VHC. • Les auteurs précisent que d'autres études avec un projet prospectif et une différenciation des UDI est nécessaire pour confirmer les données. |

| Eléments d'évaluations | Addicts with chronic hepatitis C: Difficult to reach, manage or treat? |
|------------------------|--|
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> • Le titre « Addicts with chronic hepatitis C: Difficult to reach, manage or treat? » précise la problématique d'atteindre, de gérer et de traiter les patients souffrant d'addiction et l'hépatite C chronique. Elle est formulée sous forme de question que les auteurs se posent afin de réaliser leur étude. |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé est complet et construit avec les sous-titres suivants : Objectif, méthode, résultats, conclusion. |
| INTRODUCTION | |

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>Problème de la recherche</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ont réalisé une étude clinique prospective conçue pour maximiser l'accès des UDI au traitement de l'infection par le VHC en impliquant à la fois les médecins directement engagés dans gestion de la dépendance et des hépatologues spécialisés. Dans cette étude les critères d'exclusion pour la thérapie antivirale des UDI actives ont été évité. Les principaux objectifs De l'étude visaient à évaluer spécifiquement le taux de Accès aux soins cliniques; l'acceptation, la sécurité et l'efficacité du traitement antiviral pour CHC; et les facteurs favorisant les réponses à la thérapie antivirale standard dans une cohorte d'UDI. Il est ici question d'éclairer si les UDI sont réellement un échantillon de population difficile à atteindre, à gérer et à traiter par rapport à une autre population. • Le problème est actuel dans le contexte des connaissances actuelles. Les auteurs se basent sur différents articles à ce sujet. Le problème ressort dans le fait qu'actuellement, diverses recommandations préconisent le traitement de l'hépatite C chronique chez les UDI. Ces recommandations mettent en lumière l'importance de faire des études cliniques sur les UDI infectées chroniquement par l'hépatite C pour évaluer le traitement le plus sûr et le plus efficace, les facteurs favorisant la conformité, le risque de rechute, les effets secondaires du traitement d'entretien à la méthadone. Malgré les recommandations internationales, plusieurs obstacles persistent en lien avec le traitement des UDI non seulement chez les professionnels de la santé, mais aussi parmi les UDI. Les préoccupations des soignants comprennent principalement le mode de vie chaotique des UDI; des préoccupations concernant la thérapie antivirale pour CHC sont également présentes chez les UDI: leur conception de la maladie et la mort sont souvent différente, pour des raisons culturelles ou des croyances. Le rapport avec la maladie peut donc être différent. Les facteurs comme des conditions de travail précaires, pas de domicile fixe, sans-papiers, le statut de migrant et l'isolement social peuvent affecter l'accès aux soins et aux traitements contre les maladies du foie, et des efforts spécifiques sont nécessaires pour atteindre les UDI dans leur société. En résumé, les UDI sont perçus comme des patients qui Sont difficiles à atteindre pour des raisons sociales et difficiles à Gérer à cause du |
|---------------------------------|--|

| | |
|----------------------|---|
| | <p>mode de vie. Pour réussir à les contacter, gérer et traiter ces patients, une approche multidisciplinaire est obligatoire. Cette approche devrait impliquer les professionnels de la santé, engagé dans la gestion de la dépendance et que les hépatologues se soucient d'une approche hautement adaptée au patient</p> |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • Une recension a été faite sur plusieurs articles. Les auteurs ont fait une recension riche qu'ils explicitent dans l'introduction ce qui donne un bon aperçu de l'état actuel de la situation. • La recension est argumentée par des chiffres et des statistiques. Les auteurs font ressortir par leurs sources que l'hépatite C chronique infecte plus de 180 million de personne dans le monde, environ 4 millions en Europe. L'hépatite C chronique est en lien directe avec la fibrose hépatique, développant des cirrhoses. • Le taux de mortalité lié au HCV est prévu d'augmenté avec un pique en 2030 et 2035. Les principales raisons de ces prévisions négatives sont les faibles taux de dépistage HCV et traitement du virus. L'Organisation mondiale de la santé a défini que le VHC est un problème de santé publique d'importance primordiale. Pendant une réunion de consensus en mai 2010, toutes les autorités sanitaires ont été invitées à renforcer leur prévention, l'identification du virus et de traiter rapidement l'infection. • Dans les pays développés, le HCV est couramment transmis par les injections de drogue, les UDI sont considérés comme étant le plus grand groupe atteint de VHC. Selon un modèle d'estimation chaque UDI infecté du VHC est susceptible d'infecter environ 20 autres personnes dont la moitié sera infectée dans les 2 ans suivant l'infection initiale. • Les sources sont primaires. |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts d'atteindre, de gérer et de traiter les patients souffrant d'addiction et l'hépatite C chronique sont mis en évidence. Il y a beaucoup d'informations/de chiffres en lien avec la contraction du virus du VHC, des UDI, et des réticences en liens avec les barrières à traiter cette cohorte de patient. • Les concepts clés Ne sont pas décrits selon un cadre conceptuel. Les auteurs donnent des |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>informations et des statistiques sur la situation actuelle en lien avec le VHC ainsi que la réticence à traiter les UDI malgré les préconisations mise en place en 2010.</p> |
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le but est d'évaluer l'acceptation, la sécurité et l'efficacité des soins et du traitement de l'hépatite C chronique (CHC) chez les addictifs aux drogues (UDI), afin de savoir si les UDI sont réellement une population difficile à atteindre à gérer et à traiter. • Les variables sont détaillées ainsi que les caractéristiques de la cohorte à l'étude. • La recension des écrits donne une idée de la situation actuelle en lien avec l'épidémiologie de l'hépatite C ainsi que la réticence à traiter les patients UDI / ainsi que la réticence des UDI à se traiter malgré de nouvelles recommandations mise en œuvre depuis 2010 par l'OMS. La question de recherche vise donc à mettre en lumière si les UDI sont effectivement des patients ayant un plus faible taux d'acceptation, de sécurité et d'efficacité au traitement de l'hépatite C chronique que le reste de la population. • Les variables sont en lien avec les concepts clefs cités ci-dessus. • Il n'y a pas de bases philosophiques citées par les auteurs. Les auteurs se basent sur des résultats d'études antérieures pour mettre en lumière la problématique. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • Un paragraphe de la méthode est dédié uniquement à la précision des caractéristiques de l'échantillon de population. • Les auteurs ont effectué une étude prospective d'une cohorte. La cohorte était composée de d'utilisateurs de drogues illicites, ayant visité un service de dépendance territoriale (SerT) dans le district de Brescia et étant porteur d'anticorps contre l'hépatite C (HCVAb). Les UDI actifs, les consommateurs d'alcool, ou en thérapie de substitution, contrairement à ceux d'autres études, ont été pris en compte dans l'échantillonnage afin de mettre en lumière si ces facteurs soient réellement un frein au traitement du HCV. Les critères d'inclusion à l'étude sont cités dans la question ci-dessous. • Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants: âge de +18ans, l'ARN du VHC détecté et |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>confirmé pendant l'échantillonnage, l'absence de contre-indications majeure à la thérapie antivirale, la volonté d'éviter une grossesse pendant toute la période de traitement et pendant les 6 mois après la dernière dose de Ribavirine, la capacité à lire et à signer le formulaire de consentement éclairé et la volonté d'adhérer au protocole d'étude pour le traitement. Les patients ne supportant pas l'interféron ou la Ribavirine ont été exclus.</p> |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Un paragraphe concerne ce sujet. L'ensemble de l'étude a été évaluée par le comité éthique De Spedali Civili de Brescia en Italie et entièrement approuvé le 31 juillet 2007. L'étude a été enregistrée chez EudraCT. • Durant toute l'étude, les patients ont été suivis régulièrement par des professionnels du domaine. (entretiens médicaux, examens sanguins, ...) |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ont effectué une étude prospective d'une cohorte spécifique. La cohorte était composée d'utilisateurs de drogues illicites, ayant visité un service de dépendance territoriale (SerT) dans le district de Brescia (IT), et étant porteur d'anticorps contre l'hépatite C (HCVAb). Parmi ces patients, les patients atteints d'hépatite C chronique ont été dépistés dans l'unité de gastroentérologie. Durant l'étude les patients ont suivi un traitement composé d'Interféron pegylée 1x par semaine ainsi que de Ribavirine par prise quotidienne. Les réponses virologiques ont été calculées aux semaines 4 et 12 du traitement, à la fin du traitement et 24 semaines après la fin du traitement. Ces résultats étaient les principales mesures d'efficacité. L'adhérence a été estimée selon les critères « 80/80/80 ». • Le devis prend en compte les éléments significatifs permettant de répondre à la question et à confirmer/infirmar les hypothèses de départ. • Le choix du devis permet de respecter tous les éléments. • L'étude a été assurée par une étroite collaboration avec les Services de dépendances territoriales (SerT) de l'Autorité sanitaire locale du District de Brescia (ASL) et une unité de gastroentérologie (GU, Spedali Civili et Université de Brescia). Les médecins Des SerT étaient responsables de l'identification des patients atteints d'anticorps de l'hépatite C (HCVAb). Les patients utilisant activement des drogues illicites et / ou de l'alcool |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>ou en programme de traitement de substitution ont été inclus dans l'étude. Les médecins SerT étaient également Responsable de la collecte de données démographiques, sociales, psychologiques ainsi que collecter les données en lien avec la dépendance des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients sélectionnés par les médecins SerT ont dû prendre un rendez-vous pour une évaluation en hépatologie, une visite médicale, des tests de laboratoire et une évaluation par ultrasons. Les objectifs de l'évaluation en hépatologie consistaient à confirmer l'hépatite chronique liée au VHC. Les patients avec CHC confirmé et répondant aux critères standard pour la thérapie du VHC ont reçu un traitement antiviral avec de l'interféron pégylé et Ribavirine, selon le protocole d'étude pour le traitement, et ont été invités à signer un formulaire de consentement éclairé. Afin d'améliorer l'adhérence, un numéro de téléphone mobile a été activé pour tous les patients sous traitement antiviral, avec un médecin disponible tous les jours de 8h à 1h. • La durée de l'étude est de novembre 2007 à décembre 2009 |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont clairement décrits. L'accès aux soins a été calculé en fonction de la proportion des UDI participant à la première visite en hépatologie et effectuant la procédure de diagnostic. L'accès au traitement a été évalué en fonction de la proportion Des patients commençant la thérapie antivirale. La principale mesure de résultat de l'efficacité du traitement était réponse virologique soutenue (SVR). • Les mesures secondaires d'efficacité ont été la réalisation d'une réponse virologique précoce et une fin de réponse au traitement. • L'adhésion a été estimée selon les critères 80/80/80. • Pas d'instrument créé. • La procédure expérimentale permet d'avoir des résultats cohérents, clairs, précis, explicité sous formes de tableaux et figures statistiques. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte ne m'est pas décrit clairement. Selon les outils de mesure, mais pas de précision en lien avec la collecte et le triage. • Les données ont été recueillies par les auteurs et en collaboration avec les médecins du SERT. • Pas de variables indépendantes citées. |

| | |
|----------------------------|--|
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse décrit l'efficacité du traitement a été mesurée selon les critères « d'intention to treat (ITT). Pour les analyses statistiques, un test t non apparié et un Fisher exact Test ont été utilisés lorsque cela était approprié en utilisant GraphPad Prism, Version 5.0 (Graph Pad Software, Inc., San Diego, CA, États Unis). • Une analyse de régression logistique a été réalisée pour évaluer l'effet des caractéristiques de base sur l'efficacité et a été complété à l'aide du logiciel Stata (version 7, StataCorp LP, College Station, TX, États-Unis). Une valeur de $P < 0,05$ A été acceptée pour l'hypothèse nulle. • Les facteurs susceptibles n'influent pas. • Le résumé des résultats est précis mais ce trouve au début de l'article, dans la partie résumé (pas dans la méthode). • Les thèmes sont en adéquation. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont sous forme de présentation complète et détaillée par 5 tableaux et 3 figures. • Les tableaux sont organisés et argumentés dans une suite logique, on comprend le déroulement de l'étude qui mène à répondre aux questions de bases. • Le résumé fait ressortir l'essentiel des résultats : De novembre 2007 à décembre 2009, 162 HCVA b (porteurs d'anticorps du VHC) + IDUs ont été identifiés. Soixante-sept patients (41% de la cohorte initiale) ont complété la procédure de diagnostic et l'hépatite C chronique a été diagnostiquée chez 54 patients (33% du total). Quarante-neuf patients ont reçu une thérapie et 39 ont accepté la thérapie (80% du taux d'acceptation). Le génotype 1 du VHC était le plus répandu. Cinq patients ont abandonné, deux en raison d'événements indésirables sévères (SAE) et trois sans besoin médical. Vingt-trois sont arrivés au bout du traitement (ETRs, 59%) et 14 ont développé une réponse virologiques durables (SVRs; 36%). 31 patients étaient entièrement conformes avec le protocole d'étude (80% d'adhésion). Les principales caractéristiques de base susceptibles d'affecter la réponse à la thérapie antivirale chez les utilisateurs de drogues illicites traitées sont les suivants: l'âge de plus de 40 ans (54%), sexe masculin (85%), le surpoids (36%), un |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>traitement antiviral antérieur infructueux (21%), un contact antérieur avec le VHB (40%) la stéatose et la fibrose du foie (44% et 17%, respectivement). Seule la consommation d'alcool était liée à un taux de SVR plus faible, et cette constatation confirme le rôle de la consommation d'alcool dans la détérioration des antiviraux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'informations au sujet de l'évaluation des données. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque question et hypothèses ont été prises en compte et explicitée par un texte narratif en lien avec les résultats. • Les auteurs mettent en lien les résultats avec des études antérieures. Ils en ressortent que les résultats sont encourageants. Les auteurs ont examiné trois aspects principaux de la question de départ, à savoir si ces patients sont, comme ils sont généralement perçus, difficiles à atteindre, à gérer ou à traiter. Ils ont conclu que ces patients peuvent être difficile à atteindre, mais que une fois la thérapie commencée, ils peuvent tout autant réussir leur traitement et être gérés de la même façon qu'une autre population. Seule la consommation d'alcool était liée à un taux de SVR plus faible, et cette constatation confirme le rôle de la consommation d'alcool dans la détérioration des antiviraux. • Les conclusions sont donc clairement en lien avec les résultats des tableaux et figures illustrés au-dessus. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • En conclusion, les auteurs soulèvent que les UDI avec CHC liés au VHC, utilisant activement des drogues ou sous substitution aux opioïdes peuvent être traités avec succès dans un cadre multidisciplinaire avec une combinaison antivirale standard de ribavirine et d'interféron pégylé, avec une bonne adhérence et une bonne sécurité. Les caractéristiques mises en lien avec les UDI actifs qui sont «difficile à atteindre, à gérer et à traiter» ne doivent pas être utilisées pour contre-indiquer les thérapies antivirales. Un cadre multidisciplinaire approprié est un facteur clé pour surmonter les caractéristiques "difficiles" de ces patients, dans le but stratégique de réduire le VHC chez les UDI qui sont la population la plus à risque du VHC. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • l'étude comprend un défi éthique en lien avec les réticences à traiter les UDI contre le VHC. Cette étude indique la possibilité d'un traitement contre le VHC pour certains toxicomanes si les patients peuvent recevoir assez de soutien de la part des soignants. Cette étude peut donner un fort impact aux lecteurs afin de se remettre en question par rapport à la réticence au traitement. Il est important de traiter les UDI qui sont le plus grand réservoir du virus de l'hépatite C. • Les auteurs sont en mesures, d'argumenter leur discussion de manière riche. |
|--|--|

| | |
|--------------------------|--|
| Eléments d'évaluations | Concurrent group treatment for hepatitis C: Implementation and outcomes in a methadone maintenance treatment program |
| Titre | <ul style="list-style-type: none"> • Le titre de l'article « Traitement de groupe simultané pour l'hépatite C: mise en œuvre et résultats dans un programme de traitement à la méthadone » met en évidence certains concepts mais pas tous ceux étudiés dans cet article. (ne parle pas du concept de compliance au traitement par exemple). |
| Résumé | <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé est bref et ne contient pas de sous-titres. Cependant, il donne un aperçu au lecteur de ce dont il est question dans cette recherche. |
| INTRODUCTION | |
| Problème de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs mettent en lumière que les UDI sont le plus grand groupe atteints de VHC. C'est une problématique au niveau mondial. Ils mettent en avant la minorité d'UDI traité contre le VHC en lien avec les réticences des UDI et des soignants. Les auteurs rapportent que les études antérieures ont montré des résultats du traitement du VHC sont plus élevés lorsqu'ils sont combinés avec un traitement contre la toxicomanie et / ou intégré à un programme de soutien par des pairs (traitement de groupe avec d'autres UDI). Les auteurs mettent en évidence une recension des écrits en lien avec les avantages des thérapies de groupe par rapport à la réussite du traitement (notamment grâce à l'entraide/la force du groupe) Cependant, on ne connaît actuellement pas de chiffres en lien avec l'évaluation du traitement collectif du VHC. Dans |

| | |
|----------------------|--|
| | <p>cette étude, les auteurs décrivent la mise en œuvre et les premiers résultats d'un programme de traitement de groupe concurrent (CGT) de l'infection chronique par le VHC dans programme de maintenance à la méthadone.</p> <ul style="list-style-type: none"> • On ne connaît actuellement pas de chiffres en lien avec l'évaluation du traitement collectif du VHC. C'est pourquoi les auteurs souhaite s'appuyer sur ce modèle (The Concurrent Group Treatment Program) de traitement afin d'analyser les avantages de cette prise en charge chez des UDI en traitement dans un centre de traitement à la méthadone. • L'étude permettrait de mettre en lumière les avantages de ce type de thérapie de groupe. Les auteurs décrivent qu'il reste actuellement trop de patient UDI non traité en lien avec des réticences et que, malgré les avantages des thérapies de groupe, il n'y a pas de résultats démontrant le taux de réussite/les avantages du traitement collectif du VHC. |
| Recension des écrits | <ul style="list-style-type: none"> • La recension est claire et structurée. • Les éléments importants relevés dans la recension des écrits sont les suivants : <p>Plus de 4 millions de personnes aux États-Unis sont infectées par le Virus de l'hépatite C (VHC) La morbidité et la mortalité liée au HCV devraient continuer à augmenter au cours de la prochaine décennie.</p> <p>Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les patients sous traitement agoniste des opiacés ont des taux élevés d'infection par le VHC.</p> <p>Malheureusement, seulement quelques UDI reçoivent un traitement contre le VHC malgré leur intérêt pour le traitement et des lignes directrices encourageant leur évaluation et traitement.</p> <p>La faible absorption du traitement contre le VHC chez les consommateurs de drogues est associée à de nombreux facteurs, y compris la méfiance des patients dans le système médical, les idées fausses concernant la maladie et le traitement du VHC, les peurs des effets indésirables des médicaments, la maladie mentale, le fait d'être sans domicile fixe et le manque de soutien psychosocial.</p> <p>Les médecins refusent souvent le traitement en raison de l'anticipation d'une mauvaise compliance; ou a causes des comorbidités médicales, psychiques et sociales ou encore à cause d'une éventuelle rechute et le risque de réinfection.</p> <p>Il a été démontré que, afin d'augmenter la chance de réussir leur traitement, les UDI doivent s'engager personnellement dans leur traitement et fréquenter des</p> |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>environnements multidisciplinaires où le traitement médicamenteux, les soins médicaux et le soutien psychosocial sont tous inclus.</p> <p>Il est important de mettre l'accent sur des groupes de soutien à toutes les étapes de l'évaluation et du traitement, avec des soins médicaux individualisés, en groupe et individuel.</p> <p>La prévalence élevée du VHC chez les utilisateurs de drogue, leurs faibles taux d'absorption du traitement du VHC suggèrent que de nouveaux modèles de traitement contre le VHC sont encore nécessaires.</p> <p>Le traitement du VHC et de la dépendance sous forme de groupe sont des alliés naturels, car les deux les groupes dirigés par les pairs et les fournisseurs sont familiers, bien reçus et Efficace dans le cadre de l'abus de substances</p> <p>Des visites médicales en groupe ont été utilisées depuis les années 1990 comme un outil dans Gestion de la maladie chronique. Les visites médicales collectives combinent l'éducation en groupe et l'interaction entre les pairs ainsi que des visites individuelles.</p> <p>Ces groupes mettent l'accent sur le pouvoir de la communauté basée sur l'entraide et le soutien.</p> <p>Les avantages principaux du traitement de groupe sont le soutien mutuel de pairs ayant une expérience similaire. À mesure que se forment des relations entre les membres du groupe, ils développent un sens des responsabilités envers le groupe ce qui conduit à l'envie de « bien faire » et de voir leur pairs réussir la thérapie.</p> <p>En outre, le partenariat du patient et des soignants dans les thérapies de groupe ajoute une composante éducative continue. Bien que les études antérieures aient montré des résultats améliorés du VHC lorsque Le traitement contre le VHC est localisé avec un traitement anti-toxicomanie et / ou intégré à un soutien par les pairs. On ne connaît actuellement aucune publication en lien avec l'évaluation du traitement collectif du VHC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits est décrite de manière claire et précise car la recension des écrits est riche. • Les sources sont primaires |
| Cadre de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • . Les concepts de traitement sont décrits et détaillé dans l'introduction. Le concept principal de la thérapie de groupe et explicité clairement et en lien avec la problématique du VHC et les UDI. • Rien de précisé au sujet du cadre de référence. |

| | |
|-------------------------------|---|
| Buts et question de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Dans cette étude, le but est d'évaluer la mise en œuvre et les premiers résultats d'un programme de traitement de groupe concurrent (CGT) de l'infection chronique par le VHC dans programme de maintenance à la méthadone. • Les auteurs se questionnent car, malgré que des recommandations de traité et des modèles de thérapie soient mis en place, il existe toujours une réticence à traiter les UDI et ainsi une grande part de ce groupe à risque n'est pas traitée. Les auteurs mettent donc en évidence le besoin d'étudier plus en profondeur les résultats des thérapies de groupe afin de mettre en lumière des résultats effectifs. Cependant, une hypothèse de la part des auteurs n'est pas décrite. • les variables décrites dans le tableau sont en lien. • Les questions s'appuient sur des recherches sous-jacentes. |
| METHODE | |
| Population et échantillon | <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs décrivent clairement le lieu mais pas l'échantillon de population. (Le nombre, les caractéristiques se trouvent uniquement dans les tableaux mais pas dans le texte narratif.) Nous savons que ce sont des patients atteints d'hépatite C dans un centre de traitement à la méthadone dans le Bronx à New York, ou le Concurrent Group Treatment Program (CGT) a été introduit en mars 2009. Les patients reçoivent via ce centre une pharmacothérapie et différents services médicaux. Dans ce centre accueillant environ 1000 personnes, toutes sont dépendantes aux opiacés. 65% de ces patients sont positifs aux anticorps de l'anti-HCV, et 75% de ceux-ci souffrent d'une infection chronique de l'hépatite C. En aout 2011, le CGT a été également mis en place dans un second site qui s'occupe de 1000 autres patients également atteints d'une dépendance aux opiacés. Les deux centres offrent des soins médicaux et psychiatriques. • Le CGT programmes s'est déroulés dans deux centres de traitement contre le HCV dans le Bronx à NY. Une équipe médicale de ces deux centres ont été chargé d'identifier les personnes appropriée pour le traitement HCV lors de leur admission dans le centre, durant une visite médicale annuelle ou une visite médicale de routine. Un minimum de 4 patients a été exigé avec de commencer un groupe de programme CGT. L'équipe a répertoriée les caractéristiques des patients afin de maximiser la |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>cohésion de groupe. Une évaluation de pré traitement a été effectuée par les participants (incluant des tests de laboratoire, des récoltes de données en lien avec les comorbidités, une évaluation psychiatrique, et une évaluation psychosociale complète. (voir checklist de prétraitement, figure 1). L'équipe a proposé aux patients de se faire traiter également en groupe, et les patients intéressés ont été invité à une orientation de traitement. Ceux qui n'ont pas voulu se faire traiter en groupe ont eu la possibilité de faire des traitements individuels. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Non. Peu d'informations</p> |
| Considérations éthiques | <ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a été approuvée par le comité de médecine du Collège Albert Einstein. De plus chaque patients ont été informés plusieurs fois de l'importance de la confidentialité. Les patients ont également signé un contrat de traitement de groupe. • Chaque patients ont suivi une évaluation approfondie avant, pendant et après l'étude. (autant sur le problème de dépendances que les comorbidités) Les patients ont également eu un suivi prenant en compte leur sphère psycho sociale. Les patients ont participé à un suivi de pré-traitement, avec des informations de l'équipe médicale. |
| Devis de recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Le devis d'étude utilisés a été fait selon le Concurrent Group Treatment Model (CGT). Le CGT s'est déroulée comme suit pour cette étude : Suite à la présélection de l'équipe médicale, les patients potentiels de la CGT ont participé à deux rencontres d'orientation. La première leur a offert l'opportunité de se connaître, se rencontrer de manière interactives. Les patients se sont présentés et ont échangé sur le sujet du HCV (maladie et traitement). L'équipe soignante ont présente brièvement le HCV et son impact sur les usagers de drogues, les risques et les bénéfices du traitement et les résultats de traitement visés. Le CHT a été explicités en détail, incluant les attentes des confidentialités, le programme médication et le plan de traitement. Dans la seconde rencontre d'orientation, le protocole du CGT et la confidentialité. Et un contrat de traitement de groupe (figure 2) a été rempli et signé par les |

| | |
|--|---|
| | <p>patients. Les effets secondaires du traitement et la planification générale du suivi ont également été repris. Les groupes ont été formés en 1 heure. Dans discussions ont été entreprises dans chaque groupe, pendant que les patients ont rempli un formulaire en lien avec les effets secondaires (figure 3). Une visite individuelle a également été entreprise pendant au même moment pour chaque patient, afin de prendre les signes vitaux et que chaque patient soient briefed sur l'importance de la compliance au traitement. Durant cette visite, des injections d'interféron ont été administrées, et des prescriptions ont été fournies aux patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le groupe a commencé par échanger des expériences et ont parlé des effets secondaires du traitement. Les membres se sont apporté de l'aide mutuelle, ainsi que des suggestions pour la gestion des symptômes liés au traitement. Les patients ayant fini ou qui avaient déjà pris le traitement depuis longtemps ont partagé des expériences et des conseils. Le groupe a été conclu par 5-10 de méditation. Les patients ont été encouragé à faire participer leur famille et leurs amis au groupe pour apporter de l'éducation en lien avec le HCV. En plus de cela le groupe était ouvert à des visiteurs externes (patient ou professionnels de la santé) afin d'apporter une opportunité aux membres de groupes de partager leurs expériences et de prendre un rôle de mentor et de formateur. • Traitement : pendant toute la durée du programme, les patients ont reçu un traitement combiné de Ribavirine et d'injection d'Interféron Pegylée. Pour les patients traités sans les antiviraux à action directe, le traitement était de 48 semaines pour les patients atteints de HIV et atteints du génotype 1, et 24 semaines pour les patients atteints de génotypes 2 ou 3. Les patients devaient arrêter le traitement si une réponse virale n'a pas été détectée à 12 semaines (EVR). Les injections d'Interféron ont été faites pendant les groupes par l'équipe médicale, tandis que la Ribavirine pouvait être prise par auto-médication ou sous contrôle du service. <u>En mai 2011, la FDA a approuvé que deux inhibiteurs de la protéase, Telaprevir et Boceprevir, puissent être utilisés en combinaison de l'interféron et la Rivavirine pour le traitement du génotype 1.</u> Les deux inhibiteurs de la protéase ont ajouté de la complexité à la médication : ils devaient être pris 3x par jour, ont augmenté le nombre de pilules (18) et devaient être prise avec de la nourriture |
|--|---|

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>(notamment des graisses). De plus, ils apportaient de nouveaux effets secondaires majeurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Initialement, la CGT a été prévue pour les 12 premières semaines de traitement mais les patients souhaitaient y participer jusqu'à la fin. Les groupes de traitement ont été partagé entre les soignants de la clinique. Vu que le programme a continué, deux personnes ont été assignées à la CGT. • Le devis permet d'évaluer si le fait de se faire traiter en groupe est favorable pour la réussite du traitement chez des patients suivant un traitement contre l'hépatite C dans un centre de traitement à la méthadone. • Le choix du devis permet de respecter les critères. • La méthode de recherche permet de suivre les patients tout au long de leur thérapie (selon le modèle CGT). Elle permet d'évaluer la réussite du traitement de la cohorte. • L'étude dure entre le 9 mars 2009 et le 15 octobre. 2010. |
| Modes de collectes de données | <ul style="list-style-type: none"> • Les collectes de données se sont faites selon des questionnaires à remplir ou des entretiens de l'équipe médicale. (voire figures) Les auteurs précises uniquement qu'ils ont procédé à une rétrospective des tableaux médicaux à l'aide d'un instrument de révision de la carte standardisée pour les 27 premiers patients. Ils ont examiné tous les graphiques de tous les 15 patients infectés par le génotype 1 qui ont été mené à prendre les inhibiteurs de la protéase. Pas plus d'informations au sujet des outils. • Les auteurs ont voulu si le fait de suivre une thérapie de groupe selon le modèle CGT influait sur les résultats des thérapies contre le VHC. • Pas d'instruments créés • La procédure expérimentale est en lien avec les outils. |
| Conduite de la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques des patients ont été recueillie lors de visites médicales / lors de l'admission par l'équipe soignante. Les collectes de données se sont faites selon des questionnaires à remplir ou des entretiens de l'équipe médicale. (voire figures) Les auteurs précises uniquement qu'ils ont procédé à une rétrospective des tableaux médicaux à l'aide d'un instrument de révision de la carte standardisée pour les 27 premiers patients. Ils ont examiné les graphiques de tous les 15 patients infectés par le génotype 1. Pas plus d'informations au sujet des |

| | |
|-------------------------------|--|
| | outils. <ul style="list-style-type: none"> • Pas de personnel compétent dans l'intervention de la récolte des données. • Pas de variable indépendante. |
| Analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> • . La méthode décrit le modèle mais pas clairement l'analyse des données récoltées durant l'étude. • Non. Il y a d'ailleurs très peu d'informations au sujet de l'analyse des données. • Il n'y a pas de résumé des résultats au niveau de la méthode dans cette recherche. • Les tableaux sont en lien avec les thèmes. |
| RESULTATS | |
| Présentation des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont adéquatement présentés par des tableaux et des figures clairs et précis. Des textes narratifs sont en lien et correspondent. • Cela nous permet de comprendre les résultats de manière logique. • Les caractéristiques des 42 patients sont résumées dans le tableau 1, ainsi que par un texte narratif. • Les données de réponses virologiques finales ont été obtenues sur les 27 premiers patients qui ont initié la CGT (tableau 2). • Des données virologiques préliminaires ont été obtenues pour les 15 patients atteints du génotype 1, qui ont initié un traitement avec de l'interféron pégylé, de la ribavirine, ainsi l'inhibiteur de la protéase (tableau 3). Les caractéristiques de ces 15 patients sont également résumées dans le tableau 1. Tous ont obtenu une réponse virale soutenue. • Les données n'ont pas été évaluées par des experts. |
| DISCUSSION | |
| Interprétations des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont adéquation avec la question de recherche. Les textes narratifs permettent de faire un bilan des résultats des deux groupes de l'étude (27 patients traités par Interféron et Ribavirine, et 15 patients traités également par inhibiteurs de la protéase, Telaprevir et Boceprevir, dans le cadre du modèle CGT. • Comme observé dans d'autres enquêtes, le soutien par les pairs peut servir à aborder et atténuer les craintes des patients contre les effets secondaires négatifs de traitement. • Le taux faible d'arrêt du traitement correspond |

| | |
|--|--|
| | <p>favorablement à d'autres études traitant d'anciens utilisateurs de drogues dans des milieux qui ont utilisé des groupes de soutien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y avait plusieurs limites à l'étude. La taille de l'échantillon était petit et manqué d'un groupe témoin. Par conséquent, les résultats obtenus devraient être vérifiés avec une plus grande étude randomisées qui incluent des groupes de contrôle pertinents. En lien avec l'augmentation de la complexité du traitement de la triple thérapie pour les 15 patients du génotype 1, le modèle CGT peut nécessiter un raffinement supplémentaire. • Les auteurs décrivent que les résultats sont encourageants, montrant que les patients avaient des taux élevés de compliance dans le groupe et de faibles taux d'interruption du traitement dans cette étude. • C'est le premier programme à utiliser le modèle de traitement de groupe concurrent (CGT) pour le VHC, dans lequel les patients se lancent et complètent le traitement contre le VHC simultanément en groupe. • En plus du soutien par les pairs, la CGT comprend une occasion de formation permanente qui permet de résoudre des problèmes grâce au leadership du groupe. Le CGT offre aux patients la possibilité de partager leurs préoccupations et à trouver des solutions avec les autres patients au même point de traitement qu'eux, ou encore avec des patients qui ont terminé leurs traitements. • Les auteurs ont mis en lumière des éléments importants concernant la mise en œuvre de CGT parmi ceux recevant des inhibiteurs de la protéase (Telaprevir ou Boceprevir) par rapport à ceux qui ne l'ont pas reçu. Le groupe semblait être encore plus important <u>pour atténuer l'anxiété et les craintes</u> en lien avec de nouveaux effets secondaires des traitements. Les pairs officiellement formés n'avaient pas d'expérience avec les nouveaux médicaments, de sorte que l'expérience collective du groupe est devenue encore plus importante. • Comme observé dans d'autres enquêtes, le soutien par les pairs peut servir à aborder et atténuer les craintes des patients contre les effets secondaires négatifs de traitement. En facilitant la discussion, les effets secondaires des individus sont généralisés et utilisés comme éléments d'enseignement pour une gestion efficace des effets secondaires. Les patients discutent de leurs expériences de traitement avec le groupe, reçoivent un soutien |
|--|--|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>pratique et émotionnel, et servent de modèles pour faire face efficacement aux problèmes liés au traitement. Les patients observent des effets secondaires similaires chez leurs pairs dans le contexte du traitement du VHC comprennent donc que c'est processus normal et non pas une raison pour interrompre le traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La CGT peut améliorer la motivation et fournir un soutien social positif ce qui peut entraîner une plus grande compliance du traitement. • Le taux faible d'arrêt du traitement correspond favorablement à d'autres études traitant d'anciens utilisateurs de drogues dans des milieux qui ont utilisé des groupes de soutien. Le soutien social est intégré dans le modèle de traitement à partir des séances d'orientation : les patients qui peuvent être socialement isolés, méfiant de la médecine et / ou ambivalent au sujet du traitement sont rassurés par la participation simultanée de leurs pairs. Le groupe de traitement intègre l'aide mutuelle, permettant aux patients de donner ainsi que de recevoir. Ainsi, les patients prennent un double rôle de patient et de modèle, menant à de la motivation pour réussir le traitement. • Le modèle CGT peut être particulièrement utile dans le traitement des UDI à haut risque d'instabilité psychosociale ou psychiatrique car il permet de fréquenter les patients pendant le traitement autant par les pairs que par l'équipe médicale. Cela facilite l'évaluation des problèmes d'humeur, psychosociaux et d'addictions ce qui permet une intervention rapide si besoin. De nombreux patients ont continué à utiliser des drogues pendant le traitement du VHC. Il a été rapporté par l'équipe médicale que les patients qui s'injectaient activement des drogues pouvaient être traités avec succès. Il a été souligné que le VHC et l'abus ou la dépendance à la drogue pourraient être adressée simultanément. Il a également été discuté du fait que seule une minorité d'utilisateurs de drogues a été réinfectée. Il est ressorti par les leaders des groupes que la clé d'un traitement • Le caractère transférable des données n'est pas évoqué. |
| Conséquences et recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • L'étude démontre qu'un nouveau programme de groupe concurrent (CGT) de traitement contre le VHC peut être intégré et efficace dans le contexte d'un Centre multidisciplinaire de traitement de la toxicomanie. Le modèle CGT permet de maximiser |

| | |
|--|---|
| | <p>les possibilités d'éducation et d'entraide dans un centre de traitement aux dépendances au opioïdes avec un taux élevé de maladies mentales, de consommation continue ou ayant un réseau social restreint.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les idées fausses concernant la maladie et le traitement de l'hépatite C ont été des obstacles majeurs pour les UDI. Des interventions éducatives pour le VHC ciblées à la fois pour les patients le personnel peuvent favoriser une participation maximale et des résultats optimaux de traitement. • Le traitement de groupe offre des opportunités favorables pour l'éducation. Des discussions hebdomadaires animées par le personnel médical au cours des séances de traitement en groupe fournissent des informations de base sur le VHC pour les participants et visiteurs. • Dans la décennie à venir, ces programmes pourraient être intégrer avec succès chez une population de toxicomanes sous traitement du VHC et maximiser la prise du traitement et la compliance • De plus, de nouveaux médicaments antiviraux ayant un potentiel de résistance seront ajoutés au régime standard d'interféron et de ribavirine. Le traitement médical du VHC peut aider à réaliser l'amélioration des résultats pour les patients et réduire le taux de la maladie pour la société. Compte tenu des nombreux défis rencontrés dans le traitement du VHC une étude plus approfondie du modèle CGT dans divers contextes serait utile. • Les futures études devraient étudier plus intensément l'efficacité de l'effet de groupe sur l'adhésion, l'achèvement du traitement, la résistance et réponse virologique soutenue. Enfin, des études futures devraient également enquêter sur les coûts et la rentabilité du traitement de groupe. • Les auteurs tirent des conclusions, mais préconisent des études supplémentaires pour approfondir le sujet de la thérapie de groupe chez les UDI atteints d'hépatite C. |
|--|---|