

Hépatites C en Suisse, situation épidémiologique en 2015–2018

De 2015 à 2018, 41 cas d'hépatite C aiguë ont été déclarés en moyenne chaque année, correspondant à un taux de déclaration moyen annuel de 0,5 cas pour 100 000 habitants. Il s'agit du plus bas niveau enregistré depuis le début de cette surveillance en 1988. De plus, 1367 cas non aigus ont été déclarés en moyenne annuelle durant la même période, pour un taux de déclaration – en diminution – de 16,3/100 000. Les caractéristiques épidémiologiques actuelles des cas aigus et non aigus d'hépatite C, ainsi que leur évolution sont décrites et comparées.

DONNÉES DISPONIBLES

L'hépatite C fait en Suisse l'objet d'une surveillance ininterrompue depuis 1988, dans le cadre de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Toutefois, l'introduction de cette surveillance n'a été que très progressive et le nombre de cas enregistrés les trois premières années était faible, reflétant mal la situation épidémiologique réelle. C'est pourquoi les analyses et graphiques ci-dessous n'incluent que les déclarations effectuées à partir de 1991. Les laboratoires doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous leurs résultats positifs (anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC) confirmés par un autre test, PCR ou antigène). Si le cas correspondant n'a pas déjà été déclaré par le passé, le médecin cantonal demande ensuite au médecin traitant de remplir une déclaration de résultat d'analyse clinique, incluant notamment les manifestations cliniques, la source présumée d'infection et la nationalité. La définition de cas pour les cas aigus d'hépatite C est la suivante : présence d'un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite C et d'un ictère sans indications suggérant une infection chronique. Tout cas avec séroconversion documentée durant les deux années précédant la déclaration est aussi considéré comme aigu. Tous les autres cas d'hépatite C confirmés au laboratoire sont considérés comme non aigus, y compris ceux pour lesquels une déclaration du médecin n'est pas disponible. Cette catégorie inclut aussi les cas confirmés par détection d'anticorps anti-VHC qui sont guéris, que ce soit spontanément ou à la suite d'un traitement. L'année du cas correspond à l'année de sa première déclaration, la date d'infection étant généralement inconnue. Les patients vivant à l'étranger ont été exclus des analyses.

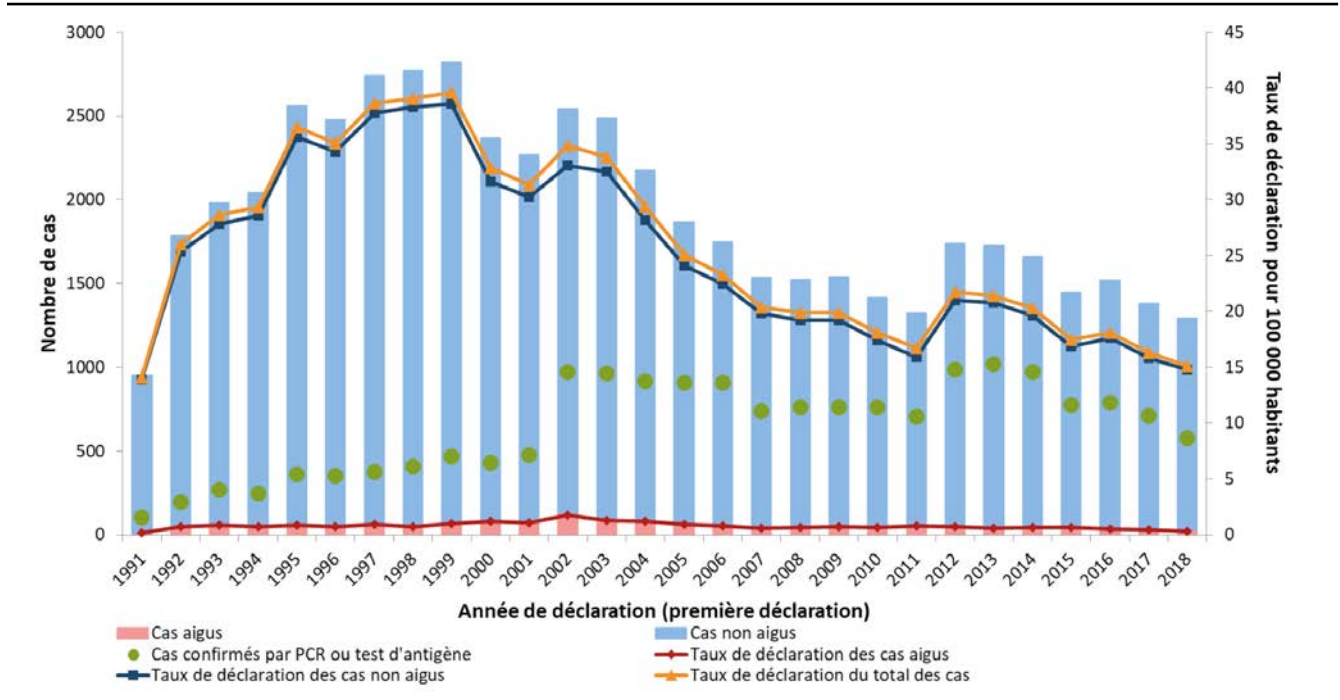
Afin d'estimer le fardeau de la maladie lié à l'hépatite C, nous avons exploité la statistique des décès par cause de l'Office fédéral de la statistique ainsi que la statistique des transplantations hépatiques attribuables à une hépatite C tenue par la Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes (Swisstransplant), en reprenant la méthodologie décrite ailleurs [1, 2]. En bref, la statistique des décès fournit jusqu'à fin 2017 le nombre de personnes décédées par année, pour lesquelles une mention d'hépatite C aiguë ou non aiguë a été mentionnée comme cause ou une des causes du décès en tant que maladie primaire, séquelle ou maladie concomitante. Le taux annuel de mortalité a été calculé après standardisation directe sur l'âge, avec la population suisse de 2016 stratifiée par tranche de cinq ans comme référence. L'indicateur retenu pour les transplantations est le nombre annuel de personnes avec anticorps anti-VHC nouvellement enregistrées de 2007 à 2018 sur la liste d'attente en vue d'une transplantation du foie (des informations sur la virémie de ces personnes ne sont pas systématiquement disponibles).

TENDANCE GÉNÉRALE

Depuis le début de la surveillance de l'hépatite C, le nombre de cas aigus et le taux de déclaration montrent globalement une tendance à la hausse jusqu'au pic de 2002, suivie par une baisse marquée jusqu'en 2007, puis par un plateau jusqu'en 2015. Une nouvelle tendance à la baisse s'est amorcée en 2016 (figure 1). Les déclarations d'hépatite C non aiguë ont suivi une tendance similaire, mais avec un pic en 1999 déjà et une baisse presque continue par la suite.

Figure 1

Cas déclarés d'hépatite C aiguë et non aiguë avec taux de déclaration correspondants, par année, Suisse, 1991–2018



De 2015 à 2018, entre 29 et 53 cas aigus et entre 1262 et 1473 cas non aigus ont été déclarés chaque année. En 2018, 29 cas aigus ont été déclarés correspondant à un taux de déclaration de 0,3 cas pour 100 000 habitants, et 1262 cas non aigus (14,8/100 000). Dans les deux cas, il s'agit du minimum historique depuis que la surveillance de l'hépatite C a été bien mise en œuvre.

Comme la présence d'anticorps anti-VHC peut aussi bien dénoter une infection active qu'une ancienne infection guérie, une partie des cas étaient déjà guéris lors de leur déclaration. Cette partie est inconnue, mais vraisemblablement croissante avec la disponibilité dès 2014 d'un traitement antiviral très efficace. Les cas confirmés par PCR ou un test d'antigène au moment de la déclaration ou plus tard n'étaient quant à eux pas guéris au moment de la déclaration (figure 1, points verts). Ils fournissent une estimation minimale du nombre de cas avec une infection active lors de la déclaration, du moins depuis qu'à partir de 2002 ces tests diagnostiques sont fréquemment utilisés en complément de la recherche des anticorps. Ainsi, au moins 49 % des cas déclarés durant la période 2002–2014 avaient une infection active (876 cas en moyenne annuelle) et 51 % en 2015–2018 (713 cas).

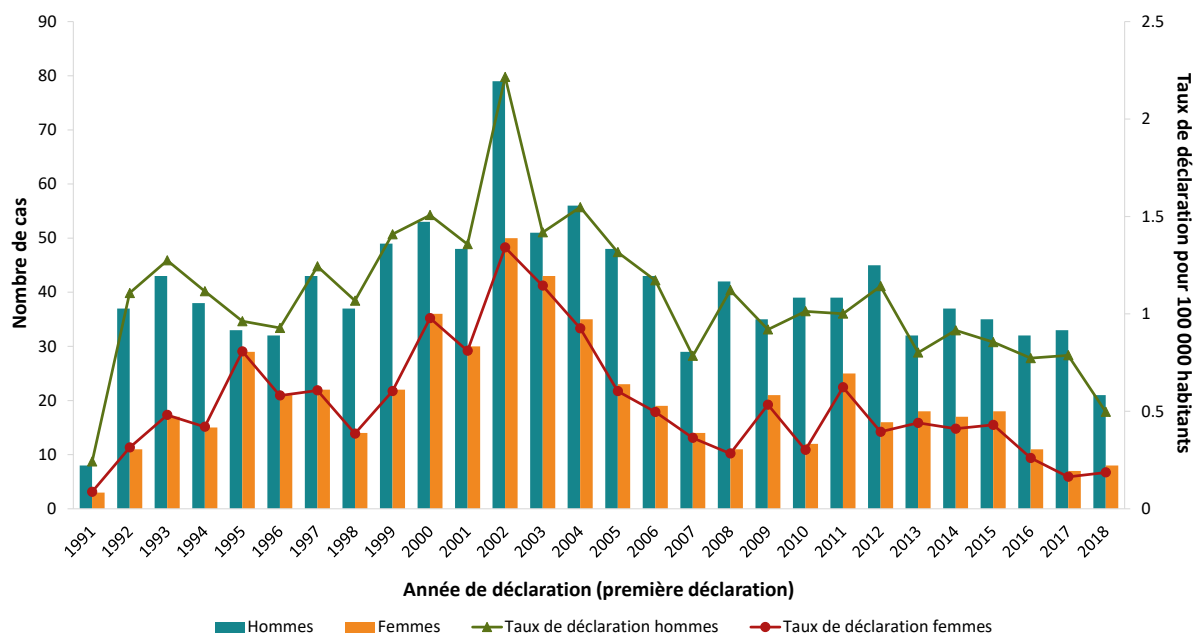
SEXE

Depuis 1991, le nombre de cas et le taux de déclaration étaient toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes, aussi bien pour l'hépatite C aiguë que non aiguë (figure 2). L'évolution de ces indicateurs était largement parallèle pour les deux sexes. Pour la période 2015–2018, les hommes constituaient 73 % des cas aigus et 61 % des cas non aigus (sex-ratio de respectivement 2,8 et 1,6). Le taux de déclaration des cas aigus était alors de 0,7 cas pour 100 000 habitants chez les hommes et de 0,3/100 000 chez les femmes. Ces valeurs étaient de respectivement 20 et 12,5 cas pour 100 000 habitants pour l'hépatite C non aiguë.

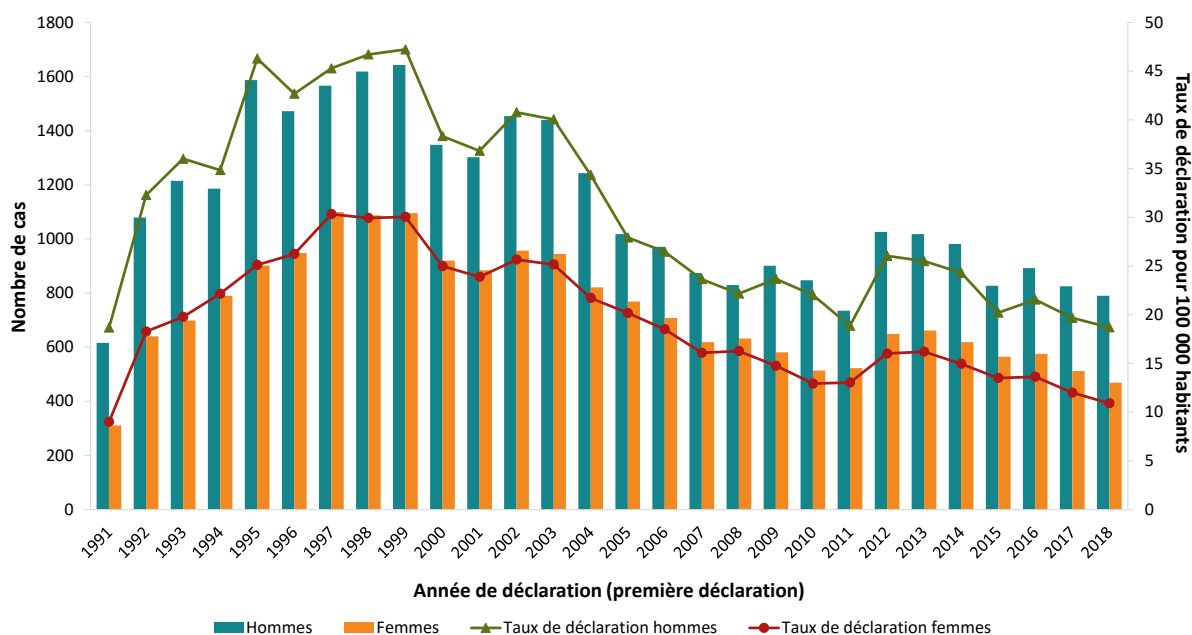
Figure 2

Cas déclarés d'hépatite C avec taux de déclaration correspondants, par sexe et année, Suisse, 1991–2018

Cas aigus



Cas non aigus



ÂGE

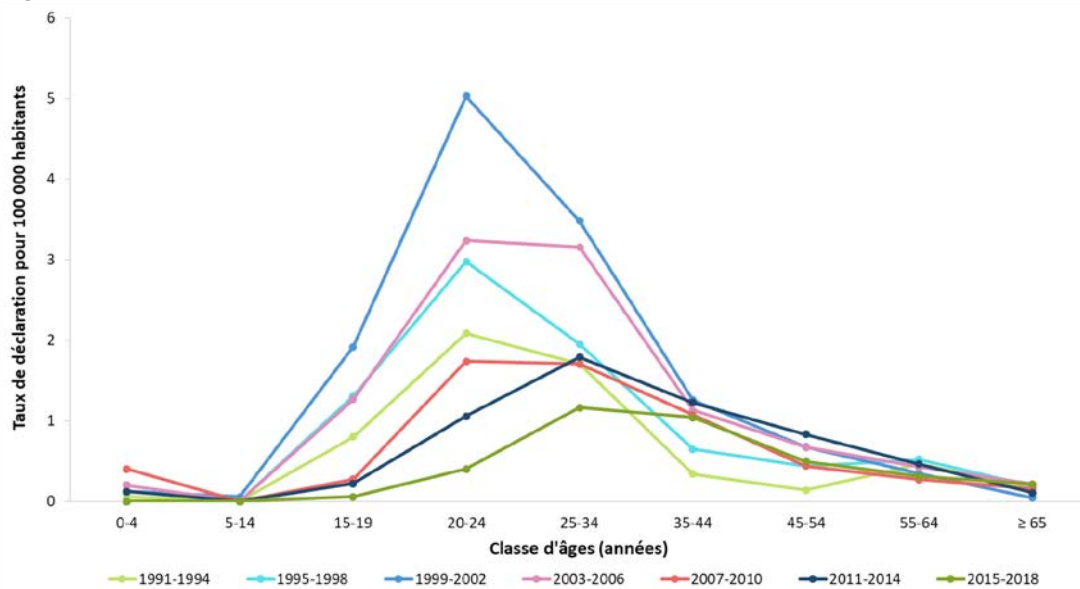
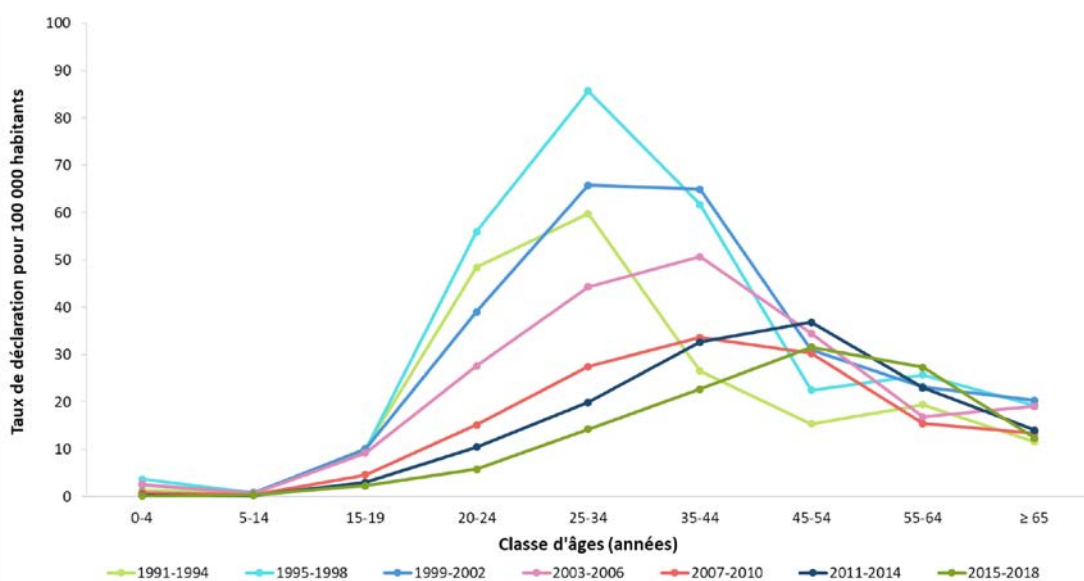
Le taux de déclaration des cas aigus d'hépatite C variait fortement selon l'âge et la période de déclaration (figure 3). Son pic centré sur les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans s'est progressivement résorbé après la période 1999–2002 et s'est déplacé chez les 25–34 ans dès 2011–2014, tout en restant à un niveau modéré (1,2 cas pour 100 000 habitants en 2015–2018). Le taux de déclaration de l'hépatite aiguë chez les 55 ans et plus est quasiment resté au même bas niveau depuis l'introduction de la surveillance.

Les mêmes tendances sont observées pour les cas non aigus, mais avec un vieillissement accru des patients au cours du temps. Le taux de déclaration maximal se situait chez les 45–54 ans à partir de la période 2011–2014. Il s'élevait à 31,6 cas pour 100 000 habitants en 2015–2018.

Ce glissement vers des âges plus élevés à la déclaration s'est traduit par une augmentation continue de l'âge médian des cas au cours du temps, aussi bien pour les cas aigus que, plus encore, non aigus. Il est passé de 27,5 à 38 ans entre 1991–1994 et 2015–2018 pour les premiers et de 32 à 50 ans pour les seconds.

Figure 3

Taux de déclaration des cas d'hépatite C, par groupe d'âge et période de déclaration, Suisse, 1991–2018

Cas aigus**Cas non aigus**

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Les disparités régionales des taux de déclaration annuels moyens de l'hépatite C pour la période 2015–2018 étaient marquées (tableau 1). Le rapport des taux extrêmes était de 3,3 pour les cas aigus et de 3,1 pour les cas non aigus. Il y avait une bonne corrélation entre les taux régionaux pour les cas aigus et non aigus (coefficient de corrélation de 0,69).

VOIE D'INFECTION

Les voies d'infection présumées les plus fréquentes pour les cas d'hépatite C aiguë déclarés durant la période 2015–2018 (figure 4) étaient la consommation de drogue par injection ou sniff (47 % des cas avec une mention de voie d'infection), suivie par un contact sexuel avec une personne infectée (39 %) et loin derrière par les autres contacts (en particulier les contacts non sexuels dans le milieu familial, au travail ou en prison ; 9 %). Les autres types d'exposition sont marginaux. Pour les cas non aigus, la consommation de drogue par injection ou sniff dominait largement (72 %), suivie par les contacts sexuels (8 %), les autres expositions, en particulier la transmission périnatale, la transmission iatrogénique, la chirurgie, les soins dentaires et les tatouages (7 %), puis par la transfusion sanguine (6 %) et les autres contacts (5 %).

Tableau 1

Taux de déclaration des cas d'hépatite C aiguë et non aiguë pour 100 000 habitants, par grande région OFS, Suisse, moyenne annuelle pour 2015–2018

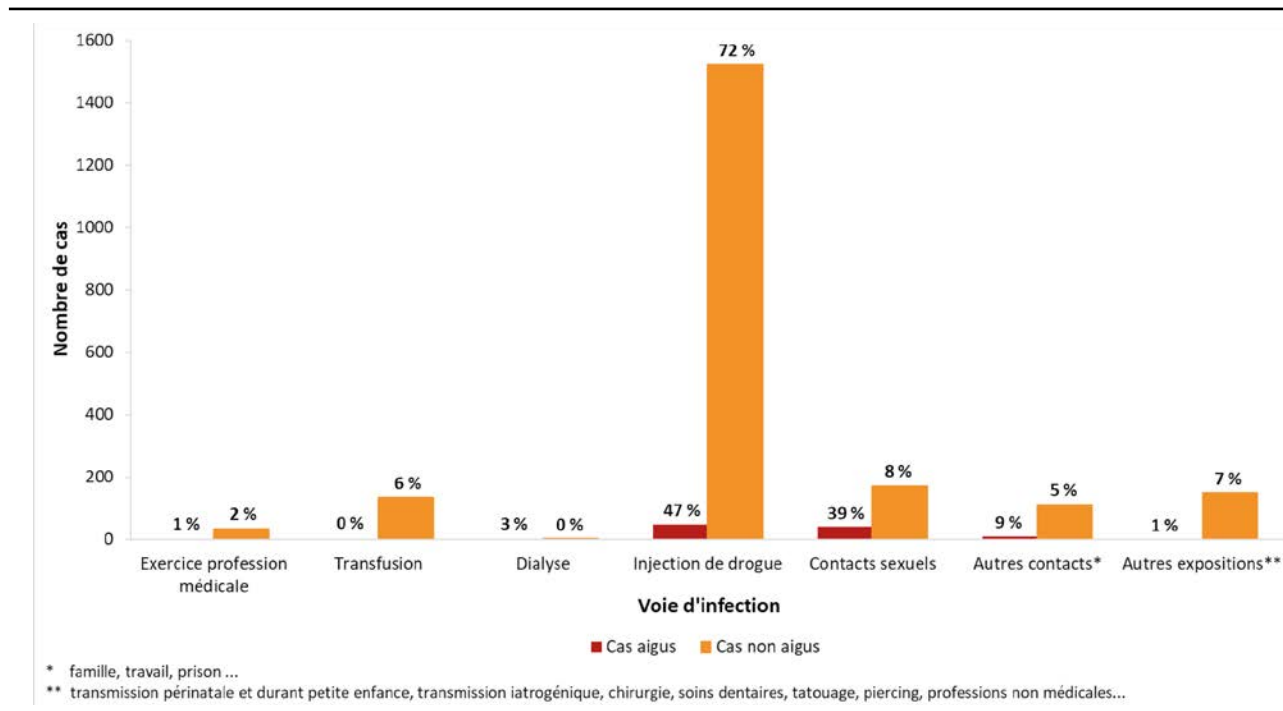
	Cas aigus	Cas non aigus
Suisse	0,5	16,3
Région lémanique	0,9	21,3
Espace Mittelland	0,4	15,0
Suisse du Nord-Ouest	0,3	13,5
Zurich	0,4	14,0
Suisse orientale	0,4	14,6
Suisse centrale	0,3	11,5
Tessin	0,7	35,5

Région lémanique: GE, VD, VS; Espace Mittelland: BE, FR, JU, NE, SO; Suisse du Nord-Ouest: AG, BL, BS; Zurich: ZH (canton); Suisse orientale: AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG; Suisse centrale: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG; Tessin: TI.

Figure 4

Cas d'hépatite C aiguë et non aiguë, par voie d'infection présumée, Suisse, 2015–2018

Nombre de cas pondéré par le nombre de mentions de voie d'infection par cas (une mention au total par cas) et % du total des cas avec au moins une mention. L'exposition était inconnue ou non documentée pour 38 % des cas aigus et 61 % des cas non aigus.



À noter, pour l'hépatite C aiguë, que le nombre de nouveaux cas associés à la consommation de drogue par injection (figure 5) et celui infectés par voie sexuelle ont tous deux atteint leur pic en 1999–2002. Alors que le premier a continuellement et fortement décru par la suite, le second n'a que peu diminué, de sorte qu'en 2015–2018, presque autant de cas aigus avaient été infectés par voie sexuelle que par consommation de drogue (40 cas contre 48).

À partir du début des années 2000, le nombre d'hommes infectés par relation homosexuelle (HSH) a rapidement augmenté parmi les cas d'hépatite C aigus (figure 6). Dès la période 2007–2010, ils représentaient une large majorité des cas avec des contacts sexuels comme voie d'infection présumée, alors qu'ils ne constituent qu'une petite fraction de la population totale. Pour la période 2015–2018, les 28 cas aigus (en moyenne sept par année) ayant mentionné exclusivement des relations de type HSH comme source d'infection constituaient 74 % des 38 cas aigus infectés exclusivement par voie sexuelle, 27 % des 102 cas aigus ayant mentionné au moins une source d'infection et 17 % du total des 164 cas aigus déclarés.

Le nombre de cas aigus infectés uniquement via une transfusion a toujours été limité (figure 7). Le dernier d'entre eux a

été déclaré en 2002. Après un pic enregistré en 1995–1998, le nombre de cas non aigus liés à une transfusion a régulièrement diminué jusqu'à aujourd'hui.

NATIONALITÉ

Le taux de déclaration des cas d'hépatite C aiguë était généralement un peu plus élevé chez les étrangers que chez les Suisses tout au long de la période sous surveillance. L'écart s'est toutefois réduit en 2011–2014, avant de disparaître en 2015–2018 (figure 8). Pour les cas non aigus, le taux de déclaration chez les étrangers était nettement plus élevé que chez les Suisses, avec un écart qui s'est accru au tournant du millénaire, avant de régresser à partir de 2010. Pour la période 2015–2018, ce taux s'élevait à 18,1 cas pour 100 000 habitants chez les étrangers contre 11,4/100 000 chez les Suisses. Les étrangers constituaient alors 24 % des cas aigus et 34 % des cas non aigus. Ces proportions augmentaient à respectivement 28 % et 41 % si l'on considère l'origine¹ plutôt que la nationalité des cas.

¹ Une personne est considérée comme d'origine étrangère si elle est de nationalité étrangère, si elle a été naturalisée suisse ou si ses parents ont été naturalisés.

Figure 5

Cas d'hépatite C aiguë et non aiguë avec infection présumée par consommation de drogue et période de déclaration, Suisse, 1991–2018

Nombre de cas pondéré par le nombre de mentions de voie d'infection par cas (une mention au total par cas). L'exposition était inconnue ou non documentée pour 17 % des cas aigus et 44 % des cas non aigus.

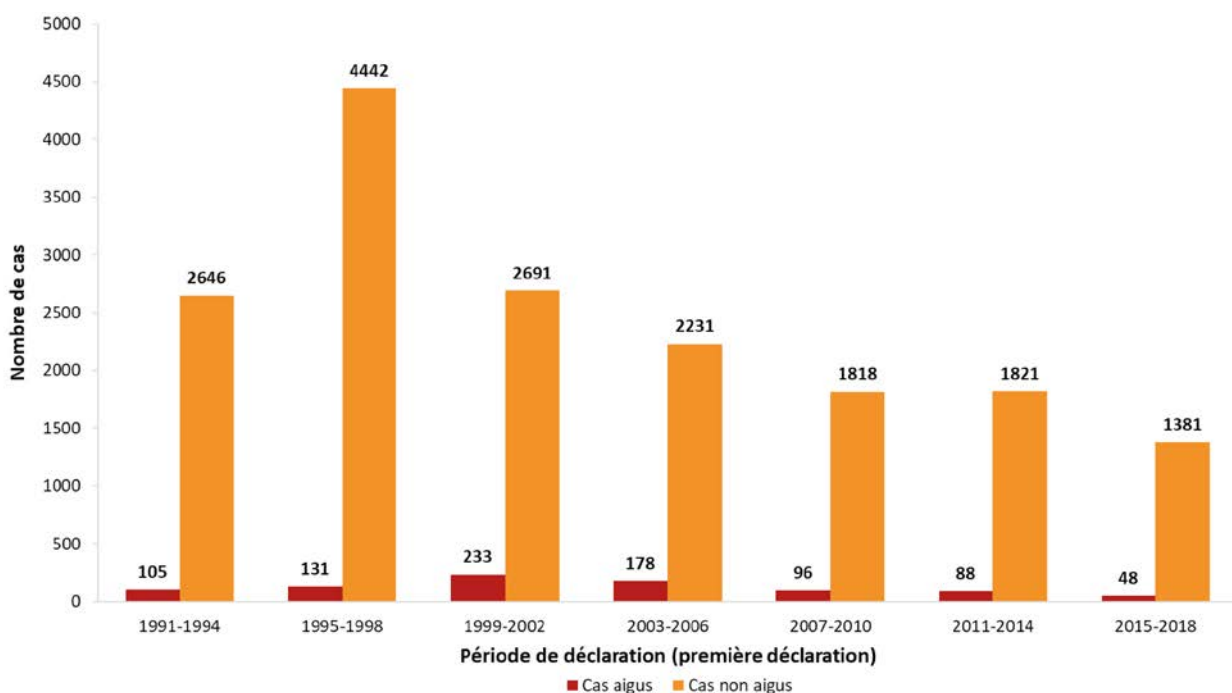
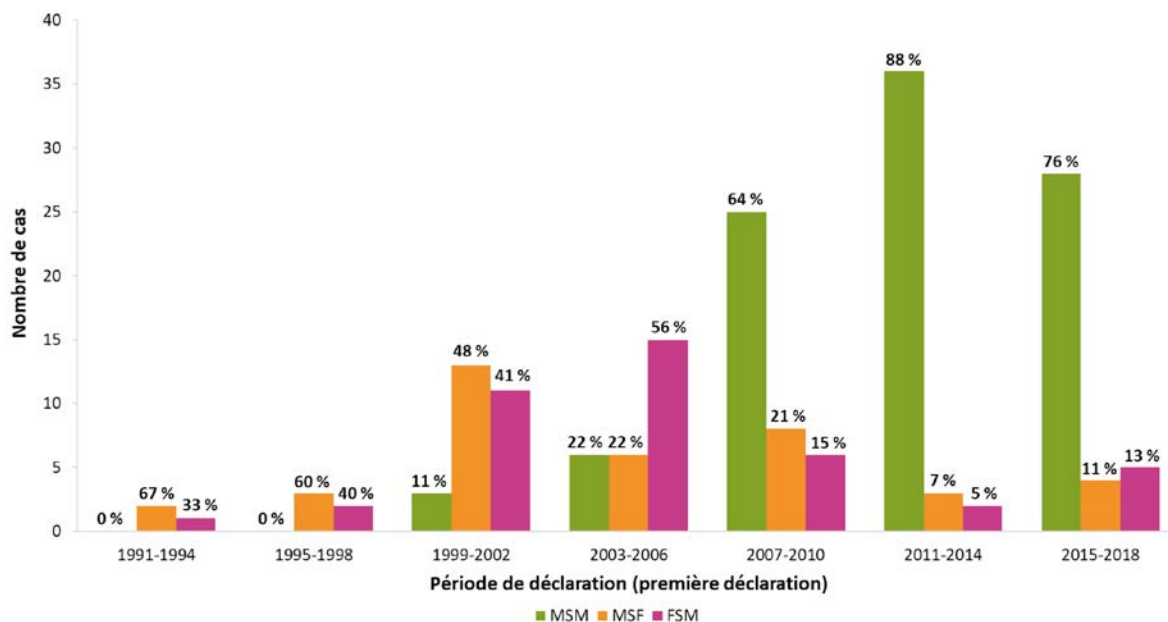


Figure 6

Cas d'hépatite C aiguë avec infection présumée par voie sexuelle uniquement, par nature de la relation¹ et période de déclaration, Suisse, 1991–2018

Selon la période, le sexe ou la préférence sexuelle de 0 % à 25 % du total des cas avec voie d'infection sexuelle était inconnu; ces cas n'ont pas été pris en compte dans le calcul des pourcentages par période.

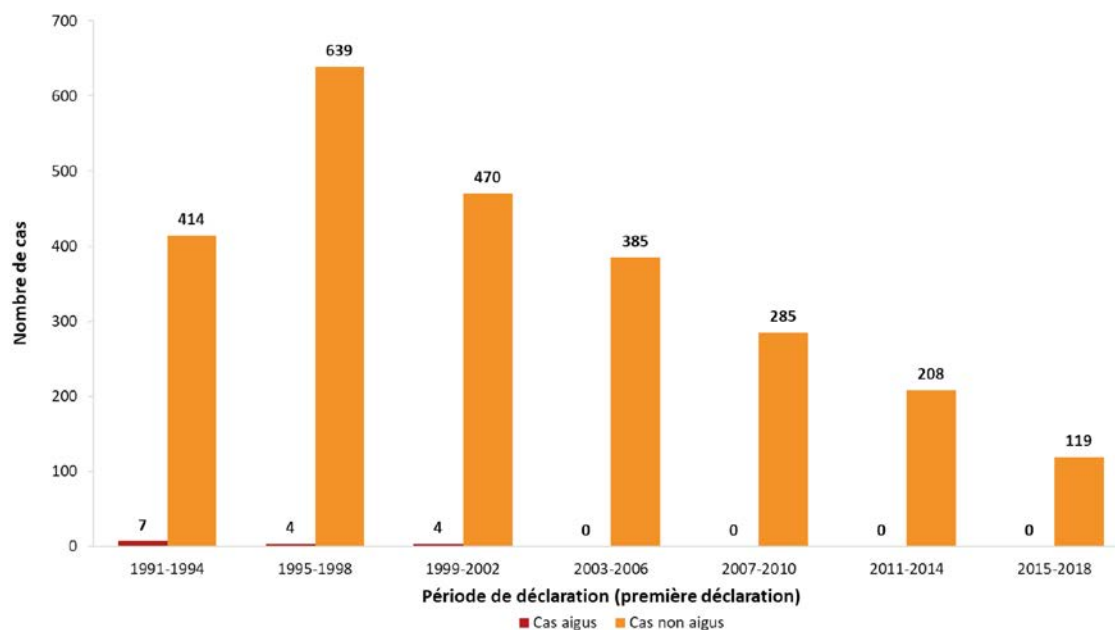


1. HSH: rapports sexuels de cas hommes avec des hommes; HSF: rapports sexuels de cas hommes avec des femmes; FSH: rapports sexuels de cas femmes avec des hommes.

Figure 7

Cas d'hépatite C aiguë et non aiguë avec infection présumée par transfusion uniquement, par période de déclaration, Suisse, 1991–2018

Selon la période, l'exposition était inconnue ou non documentée pour 12 % à 38 % des cas aigus et pour 26 % à 51 % des cas non aigus.



De 1991 à 2018, la majorité des cas aigus, respectivement non aigus, étrangers étaient constamment des ressortissants européens (figure 8). Parmi les cas non aigus, la proportion des nationaux asiatiques, africains et américains a presque continuellement augmenté, tout en restant modeste. En 2015–2018, les Suisses constituaient ainsi 67 % du total des cas non aigus avec nationalité connue, les Européens (hors Suisses) 20 %, les Asiatiques et Océaniens 8 %, les Africains 3 %, et les Américains 1 %.

MORTALITÉ ET BESOINS DE TRANSPLANTATION

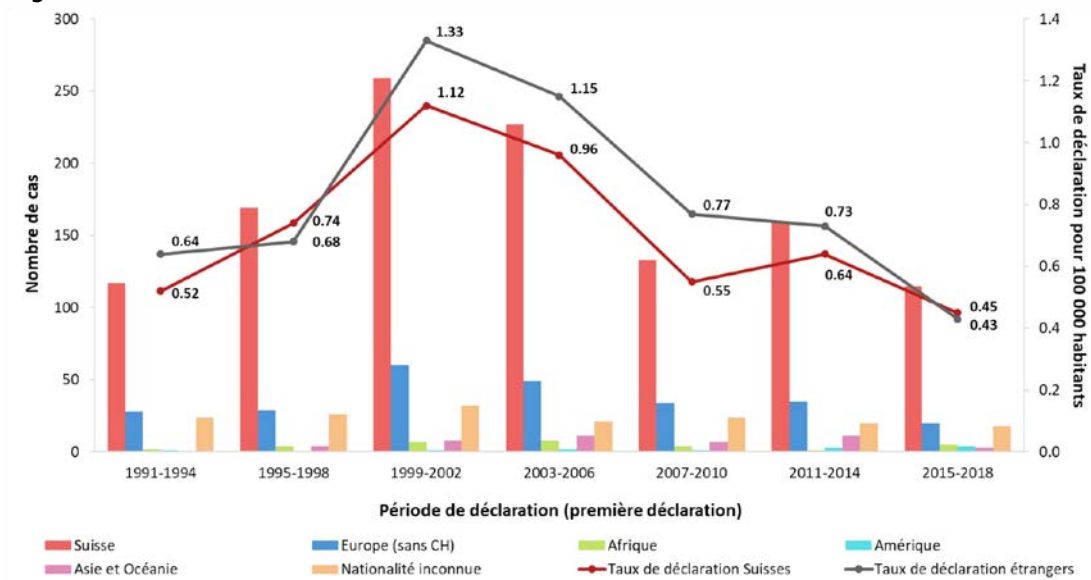
Le taux de mortalité standardisé attribuable à l'hépatite C a régulièrement augmenté du milieu des années 1990 jusqu'au pic de 2003. Il est ensuite globalement resté stable, à un niveau légèrement inférieur au pic (figure 9). Après 2003, le nombre absolu de décès attribuables à l'hépatite C a fluctué autour de 200, avec des pics à 236 et 232, respectivement en 2013 et 2015.

Figure 8

Cas déclarés d'hépatite C et taux de déclaration, par nationalité et période de déclaration, Suisse, 1991–2018

La nationalité était inconnue pour 10 % des cas aigus et 26 % des cas non aigus.

Cas aigus



Cas non aigus

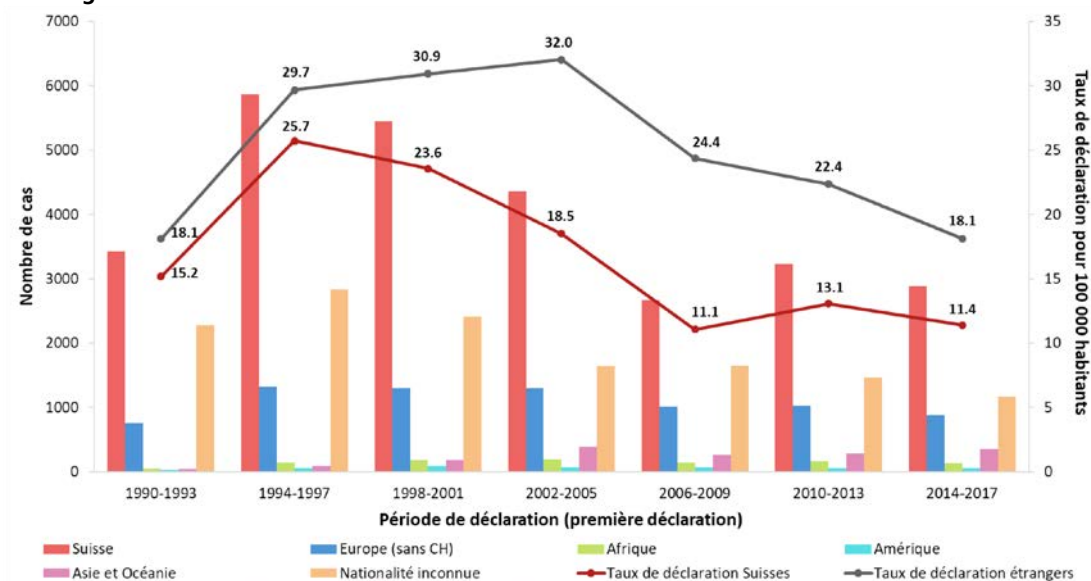
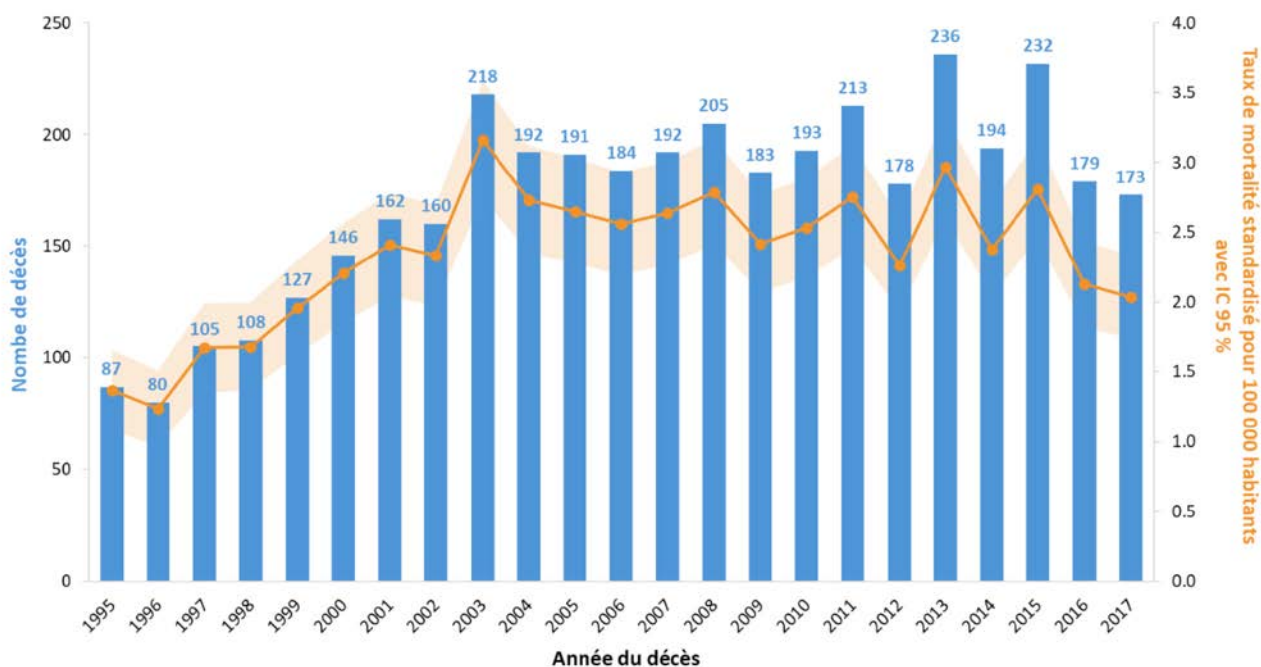


Figure 9

Nombre de décès et taux de mortalité standardisé attribuables à l'hépatite C, Suisse, 1995–2017



Avec 36 à 52 cas par année, le nombre de nouveaux inscrits avec anticorps anti-VHC positifs sur la liste d'attente en vue d'une transplantation du foie était stable au cours des douze dernières années, voire en légère diminution après 2013 (figure 10). Par rapport au total des enregistrements pour une transplantation du foie, la proportion attribuable à une hépatite C tend à diminuer, passant de 32 % en 2010 à 18 % en 2018.

SYNTHÈSE

Après un pic en 2002 (1,8 cas pour 100 000 habitants), le taux de déclaration de l'hépatite C aiguë a presque continuellement diminué en Suisse, pour atteindre son minimum historique en 2018 (0,3/100 000), soit une réduction de 81 %.

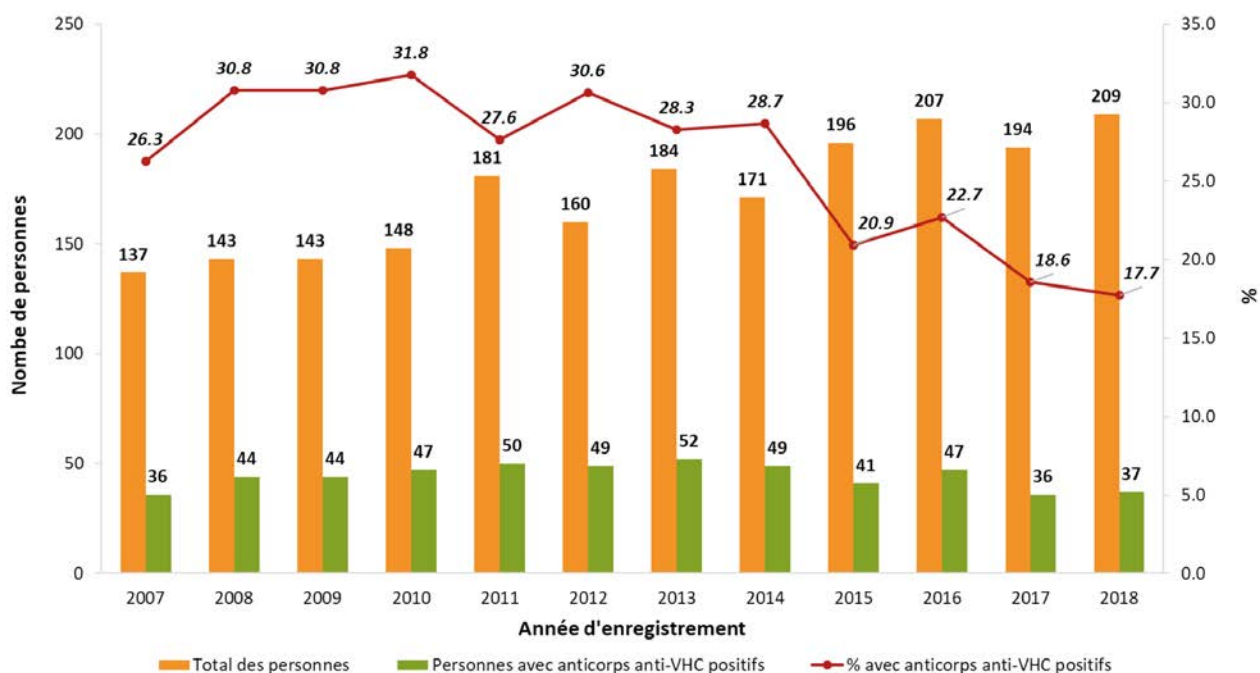
Le taux de déclaration des cas non aigus a suivi la même tendance, mais avec un pic en 1999 déjà et un minimum historique en 2018 également (14,8/100 000), soit une réduction de 62 % par rapport au pic. L'augmentation modérée du nombre de cas non aigus observée après 2011 est due à l'anonymisation d'une partie de la base de données pour des raisons légales, qui a entraîné la création de nouveaux cas, alors qu'ils étaient déjà enregistrés.

La baisse du nombre des cas aigus résulte de la mise en œuvre de mesures de prévention notamment des infections hépatiques iatrogènes associées à la chirurgie, aux injections, aux soins dentaires, à la transfusion sanguine, ainsi que des infections résultant de la consommation de drogue par injection ou sniff et des infections à la suite d'un tatouage ou d'un piercing (voir encadré). En l'absence d'un vaccin qui permettrait de protéger les groupes à risque, voire la population générale comme

pour l'hépatite B, la prévention primaire de l'hépatite C repose essentiellement sur ces mesures comportementales – en particulier chez les consommateurs de drogue par injection – et d'hygiène liées aux soins. En limitant le nombre de nouvelles infections, ces mesures ont également diminué le nombre de déclarations de cas non aigus. En effet, le nombre d'infections chroniques non diagnostiquées dans la population (ou de personnes guéries, mais porteuses d'anticorps anti-VHC encore susceptibles d'être déclarées) décroît d'année en année en fonction des nouvelles déclarations de cas non aigus de l'année précédente. Par ailleurs, contrairement à l'hépatite B [3], le réservoir de ces personnes non diagnostiquées est actuellement peu alimenté par l'immigration de personnes infectées avant leur arrivée.

Chaque année, le taux de déclaration était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, en lien avec des comportements à risque plus fréquents chez les hommes, en particulier la consommation de drogue par injection. L'âge médian des cas a augmenté au cours du temps pour les cas aigus (38 ans pour la période 2015–2018) et plus encore pour les cas non aigus (50 ans). Cela implique que les cas non aigus déclarés tout au long de la période sous surveillance (1988–2018) appartenaient largement à la même génération, centrée sur l'année de naissance 1963 [4]. Cela suggère que la plupart d'entre eux ont été infectés à la même époque, mais que le délai au diagnostic ou à la déclaration a fortement varié. L'élévation de l'âge des cas aigus résulte probablement en partie de la baisse absolue et relative du nombre de cas, habituellement plutôt jeunes, exposés à travers la consommation de drogue par in-

Figure 10
Nombre annuel de personnes nouvellement enregistrées sur la liste d'attente pour une transplantation du foie, Suisse, 2007–2018



jection. La forte élévation de l'âge des cas non aigus résulte quant à elle du tarissement de l'épidémie associé à la détection, souvent fortuite, d'anciennes voire très anciennes infections, fréquemment asymptomatiques.

La voie d'infection présumée la plus fréquente en 2015–2018 était pour les cas aigus et plus encore les cas non aigus la consommation de drogue par injection ou sniff. Pour les cas aigus, 38 % des expositions connues étaient alors attribuées exclusivement à un contact sexuel avec une personne infectée, dont 76 % étaient attribués à des contact homosexuels entre hommes. Les HSH constituaient environ un quart des nouvelles infections déclarées, soit en moyenne sept cas par année ou dix cas si l'exposition des cas sans information sur l'exposition était identique à celle des cas documentés. Ce nombre était très inférieur aux 220 infections à VIH déclarées annuellement chez les HSH pendant la même période. Alors que la transmission sexuelle de l'hépatite C est exceptionnelle chez les hétérosexuels et les HSH non coinfectés par le VIH, elle peut se produire chez les HSH coinfectés par le VIH lors de pratiques sexuelles impliquant du sang [5, 6, voir discussion sous 7]. Le statut de coinfection par le VIH est inconnu pour les cas notifiés dans le cadre de la déclaration obligatoire. Peu après l'introduction en septembre 1999 du dépistage systématique des dons de sang au moyen d'une méthode sensible (PCR), plus aucun cas d'hépatite C aiguë infecté via une transfusion n'a été déclaré [8]. Cette source d'infection étant tarie, le nombre de déclarations pour des cas non aigus attribuables à la transfusion a fortement diminué depuis lors.

Récemment, le taux de déclaration des cas aigus était identique chez les Suisses et les étrangers. Par contre, celui des cas non aigus restait depuis l'introduction de la surveillance nettement plus élevé chez les étrangers, en raison notamment de l'immigration ancienne de personnes déjà infectées par voie iatrogène, en particulier d'Italiens [9].

Nous n'observons pas en Suisse d'augmentation du fardeau de la maladie attribuable à l'hépatite C, du moins pas en matière de mortalité et de besoins en transplantations du foie chez les personnes anti-VHC positives. Cela infirme, au moins pour le moment, les prédictions de certains modèles reposant sur la dynamique de l'épidémie d'hépatite C en Suisse et l'année de naissance des cas déclarés, ainsi que sur une période de plusieurs décennies entre l'infection et l'éventuelle survenue d'une cirrhose ou d'un hépato-carcinome [10, 11]. Nous observons en effet que, après une nette augmentation, le taux de mortalité attribuable à l'hépatite C est stable depuis 2004 et que le nombre de personnes anti-VHC positives nouvellement inscrites sur la liste d'attente d'une transplantation hépatite est lui aussi stable, voire en déclin.

Contact

Office fédéral de la santé publique
 Unité de direction Santé publique
 Division Maladies transmissibles
 Téléphone 058 463 87 06
 Courriel epi@bag.admin.ch

Références

1. Keiser O, Giudici F, Müllhaupt B, Junker C, Dufour JF, Moradpour D et al. ; Swiss Hepatitis C Cohort Study and the Swiss National Cohort. Trends in hepatitis C-related mortality in Switzerland. *J Viral Hepat* 2018; 25(2): 152–160. doi: <https://doi.org/10.1111/jvh.12803>
2. Zahnd C, Brezzi M, Bertisch B, Giudici F, Keiser O. Analyse de Situation des Hépatites B et C en Suisse: Rapport intégral (sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)). Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Université de Berne; 2017. Disponible sous: <http://www.bag.admin.ch/analysedesituation-hepatites>
3. Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey Spicher V. «Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country.» *Swiss Med Wkly* 2017; 147: w14409. doi: <https://smw.ch/article/doi/smw.2017.14409>
4. Bruggmann P, Richard J-L, Swiss Hepatitis C Cohort Study Group. Birth year distribution in reported hepatitis C cases in Switzerland. *Eur J Public Health* 2015; 25(1):141-3. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku095>
5. Schmidt AJ, Falcato L, Zahno B, Burri A, Regenass S, Müllhaupt B et al. Prevalence of hepatitis C in a Swiss sample of men who have sex with men: whom to screen for HCV infection? *BMC Public Health* 2014; 14: 3. doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/3>
6. Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M, An der Heiden M, Baillot A, Krznicaric et al. Trouble with bleeding: risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany—a case-control study. *PLoS ONE* 2011; 6(3): e17781. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017781>.
7. Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Mäusezahl M. The epidemiology of hepatitis C in Switzerland: trends in notifications, 1988–2015. *Swiss Med Wkly* 2018; 148: w14619. doi: <https://smw.ch/article/doi/smw.2018.14619>
8. Office fédéral de la santé publique. 11 ans de fonctionnement du Centre national de référence pour les infections transmises par le sang et ses dérivés. *Bull OFSP* 2010; N°10: 336–44.
9. Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Müllhaupt B, Moriggia A et al. ; Swiss Hepatitis C Cohort Study. Characteristics of Foreign-Born Persons in the Swiss Hepatitis C Cohort Study: Implications for Screening Recommendations. *PLoS ONE* 2016; 11(5): e0155464. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155464>
10. Müllhaupt B, Bruggmann P, Bihl F, Blach S, Lavanchy D, Razavi H et al. Modeling the health and economic burden of hepatitis C virus in Switzerland. *PLoS ONE* 2015; 10: e0125214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125214>
11. Razavi H, Waked I, Sarrazin C, Myers RP, Idilman R, Calinas F et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. *J Viral Hepat* 2014;21(Suppl 1): 34–59. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jvh.12248>
12. Office fédéral de la santé publique, Infodrog. L'hépatite C chez les usagers de drogue: Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2019. Disponible sous: <http://www.bag.admin.ch/hepatite-c>
13. Estill J, Sadeghimehr M, Keiser O, Bertisch B. Impact of Screening and Treatment for Hepatitis C Virus (HCV) Infection in Switzerland: A Comprehensive Mathematical Model of the Swiss HCV Epidemic. Genève: Institute of Global Health, Université de Genève. 2018. Disponible sous: <http://www.bag.admin.ch/analysedesituation-hepatites>
14. Office fédéral de la santé publique. Hépatite C en Suisse: Pour une information et un conseil individualisé. *Bull OFSP* 2001; N°46: 877–81.

Mesures de lutte contre l'hépatite C en Suisse

Parmi les mesures de lutte contre l'hépatite C figurent principalement les actions de prévention, telles que l'utilisation de matériel à usage unique stérile, la sécurité des dons de sang et d'organes, la sensibilisation et la réduction des risques chez les usagers et usagères de drogue, premier groupe responsable de la transmission du virus de l'hépatite C en Suisse. Depuis des années, des mesures de lutte dans le domaine de la drogue sont prises à plusieurs niveaux (voir p. ex. www.hepch.ch). La réduction des risques constitue un volet important de la Stratégie nationale Addictions (www.bag.admin.ch/addictions). Conjointement avec Infodrog et des spécialistes de la question, l'OFSP a récemment publié des directives nationales en matière de prévention, de conseil, de dépistage et de traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue [12]. Depuis octobre 2017, toutes les personnes infectées peuvent être traitées à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans restriction, au moyen des médicaments antiviraux à efficacité directe. Ceux-ci affichent un taux de guérison supérieur à 90 %. Avant même l'arrivée de ces nouveaux médicaments en 2014, l'ensemble des mesures mises en place s'étaient traduites par la stabilisation, voire la réduction d'indicateurs importants relatifs au fardeau de la maladie [2]. Pour ces raisons, et tenant compte d'une modélisation des différents scénarios de dépistage [13], l'OFSP ne juge pas nécessaire de consentir à des efforts supplémentaires, comme le dépistage du VHC dans de grands groupes de personnes, voire l'ensemble de la population. Il suffit de poursuivre l'approche de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque individuels présents ou passés et de la situation clinique, déjà recommandée depuis 1993 [14]. De plus, les groupes présentant un risque accru de transmission – usagers de drogue et HSH coïnfectés par le VIH – devraient être testés et traités de manière plus cohérente.