



Canada's source for
HIV and hepatitis C
information

La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

**Faire sauter les obstacles au
traitement du virus de l'hépatite C
en ce qui concerne les personnes
qui s'injectent des drogues (PID)
Survola de la 1^{re} série de recommandations
internationales**

Présenté par : Lesley Gallagher, IA

16 janvier 2015

Faire sauter les obstacles au traitement du virus de l'hépatite C en ce qui concerne les personnes qui s'injectent des drogues (PID)



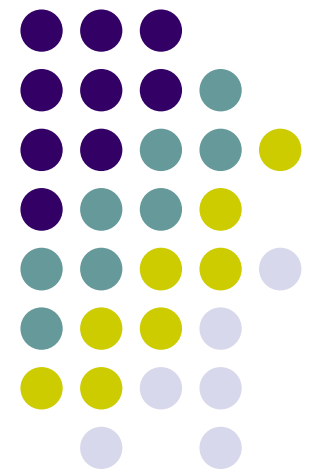
• En 2005, **Lesley Gallagher** a entrepris sa carrière d'infirmière de recherche clinique sur l'hépatite C au Pender Community Health Centre dans le quartier centre-est de Vancouver, en C.-B. En 2013, Lesley a déménagé à Saskatoon, en Saskatchewan, pour aider à l'élaboration d'un programme de traitement de l'hépatite C pour les patients de cette ville et des régions du Nord de la province. Lesley travaille toujours comme infirmière clinicienne en hépatite C pour Vancouver Coastal Health, aux cliniques Pender et Raven Song et à Saskatoon, pour le Saskatchewan Infectious Disease Care Network (SIDCN). Lesley est la trésorière de l'Association canadienne des infirmières d'hépatologie (ACIH) et siège au Conseil d'administration de cette association. Elle représente l'ACIH au Comité de direction d'Action Hépatites Canada. Ses intérêts portent particulièrement sur la diffusion d'information et le traitement liés à l'hépatite C auprès des patients marginalisés et vulnérables, et l'implication de ces patients dans leurs soins.



Prévention et prise en charge de l'infection au virus de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues

Survol de la 1^{re} série de recommandations internationales

Lesley Gallagher, IA
Janvier 2015



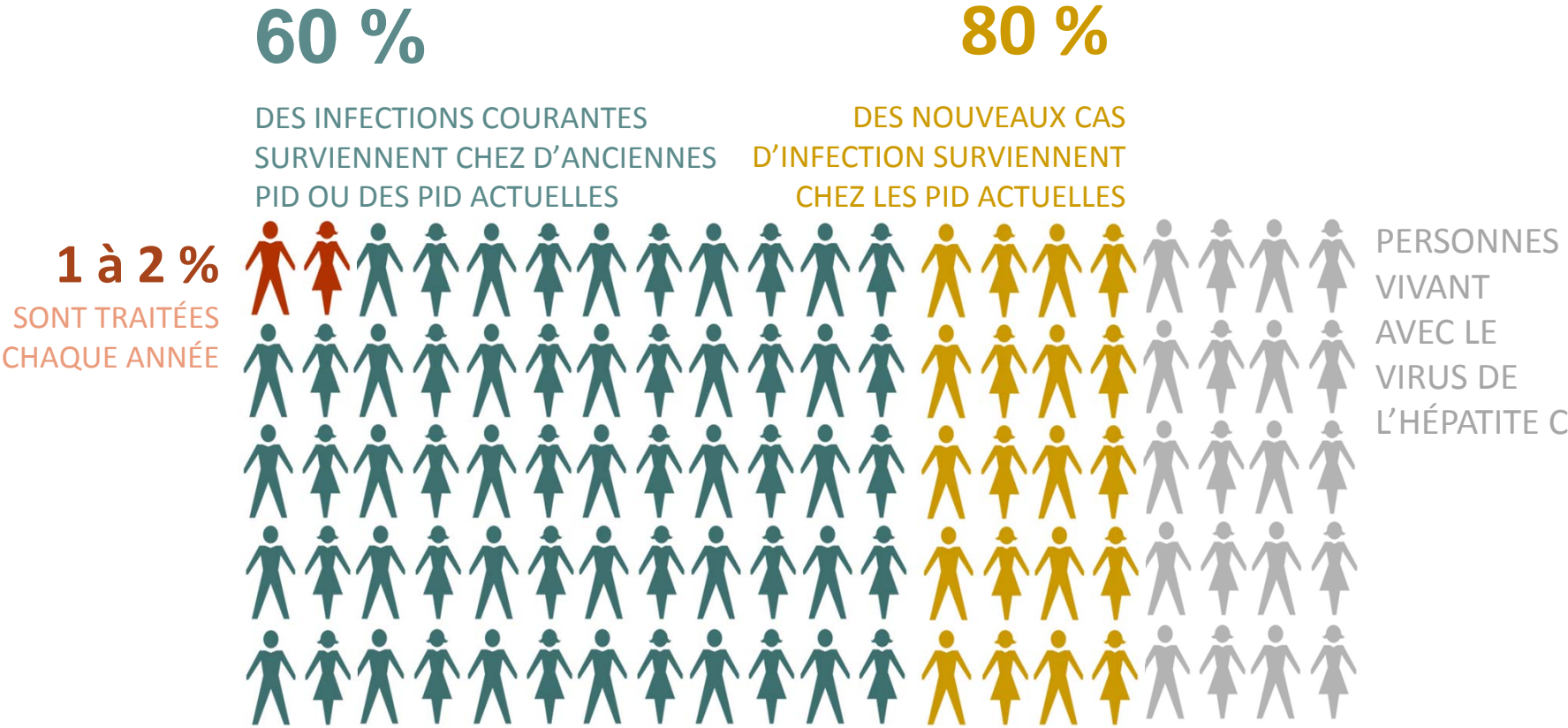
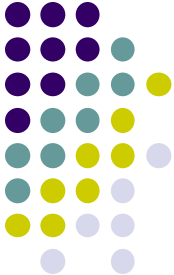


Définitions

Par « personnes qui s'injectent des drogues » (PID), on entend des personnes qui utilisent actuellement, de façon « active » (c.-à-d. au cours des 6 derniers mois, généralement) des drogues injectables, et d'anciens utilisateurs de drogues injectables qui utilisent toujours des drogues non injectables et/ou qui suivent un traitement de substitution aux opiacés (TSO).



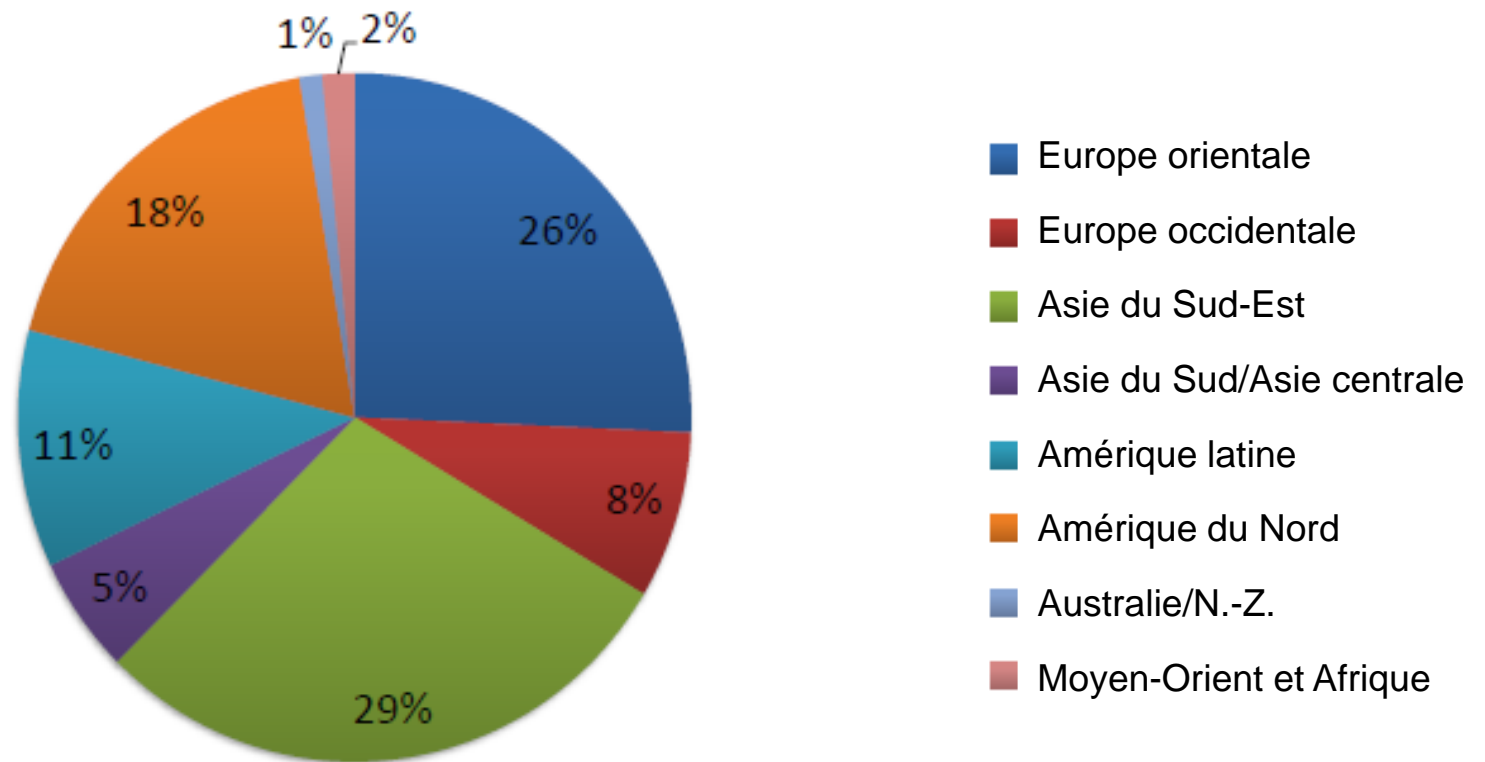
Le VHC demeure un fardeau considérable chez les PID



1) Grebely J et al., *JVH*, 2009 2) Iversen J et al., *JVH*, 2013 3) Mehta S et al., *J Community Health*, 2008

Répartition mondiale estimative de l'infection au VHC chez les PID, 2010

10 018 000



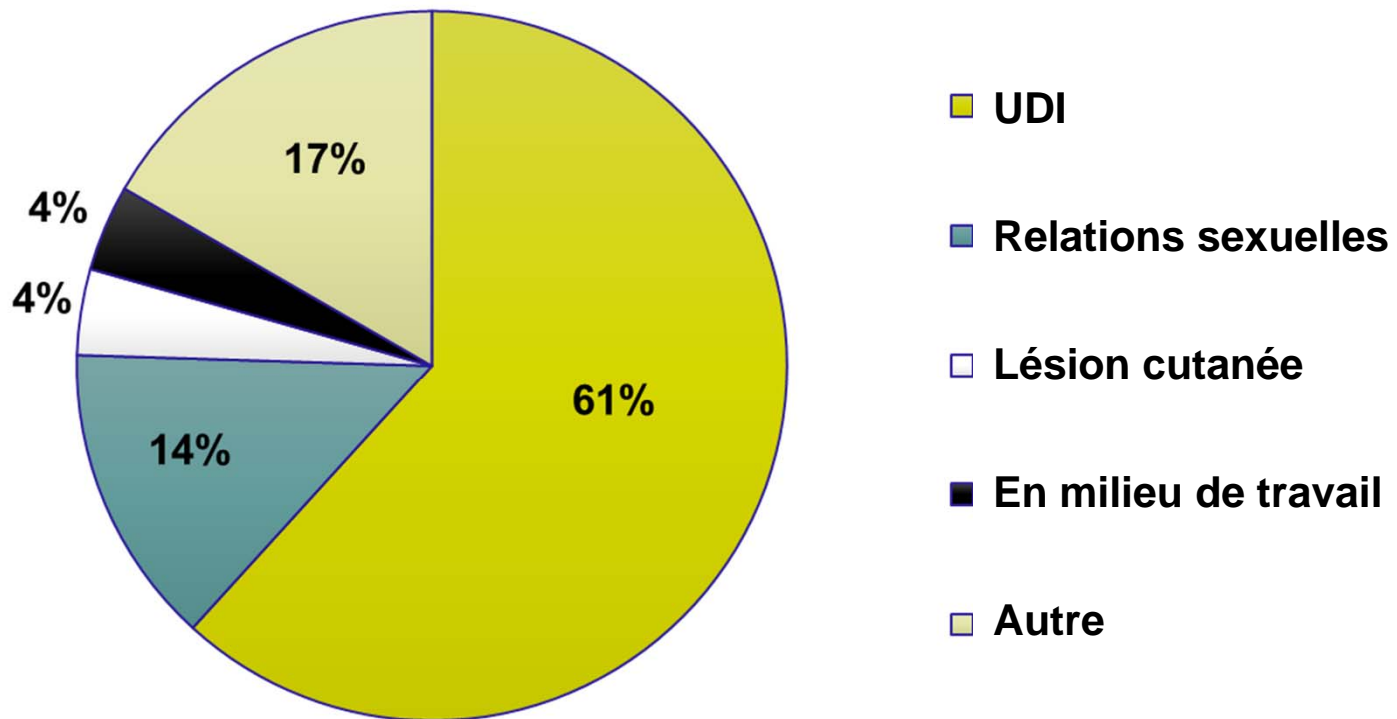
Contexte : Prévalence

Hépatite C : Un important risque pour la santé publique



- Principale cause de transplantation du foie; contribue à l'augmentation des cas de carcinome hépatocellulaire (CHC)
 - > 60 % des hépatites C seraient contractées par l'utilisation de drogues injectables
 - Le recours actuel au traitement chez les PID est inférieur à 2 % par année
- Au niveau international
 - Taux d'abandons précoces du traitement chez les PID - environ 26 %
 - Des études de petite envergure rapportent de faibles taux de réinfection

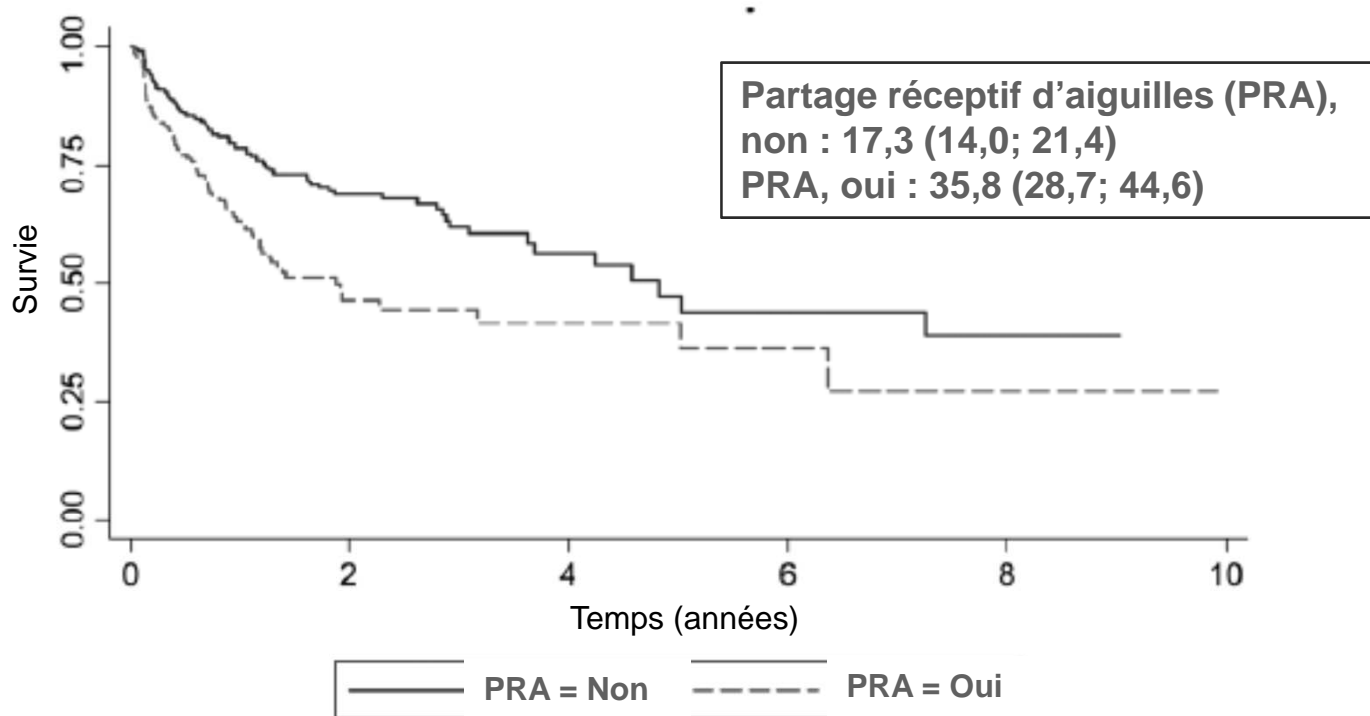
Nouveaux cas d'infection par le VHC au Canada : 2004-2012





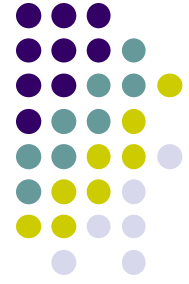
L'incidence du VHC a diminué, mais l'infection se manifeste toujours chez les PID

« De nombreux programmes exhaustifs sont requis »



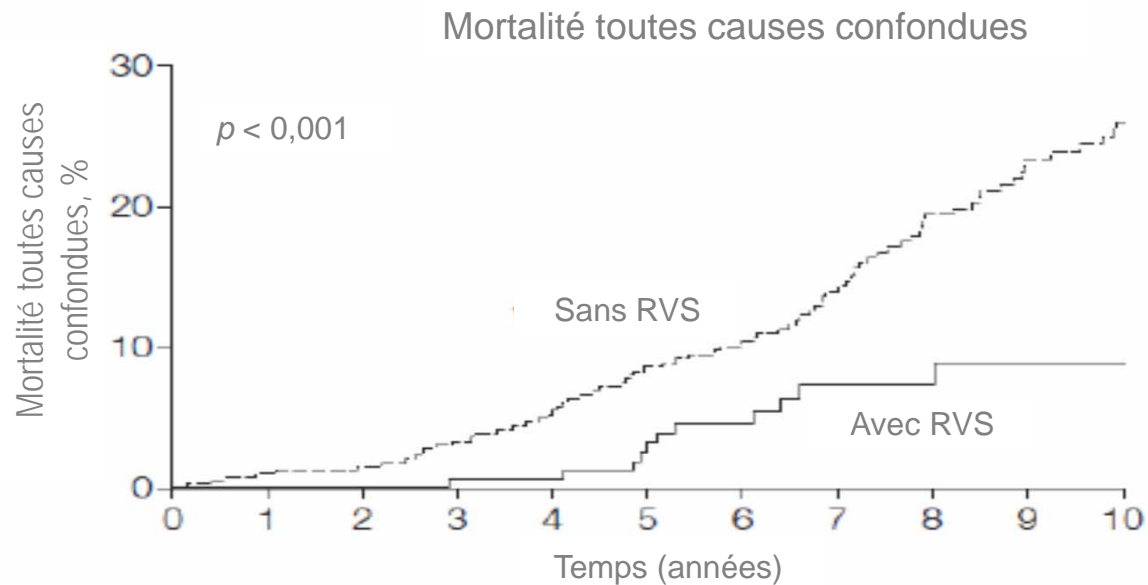


Les PID sont au cœur de l'épidémie de VHC et les « cohortes vieillissantes » de PID entraîneront un fardeau considérable de maladie hépatique avancée.



Le fardeau de l'infection au VHC peut être prévenu

Une RVS en présence de VHC réduit les cas de CHC, d'hépatopathie terminale et de décès



Nbre à risque

Sans RVS	405	393	382	363	344	317	295	250	207	164	135
Avec RVS	192	181	168	162	155	144	125	88	56	40	28

van der Meer JAMA 2012; Backus Clin Gastro 2011; Imazeki Hepatology 2003; Shiratori Ann Intern Med 2005; Veldt et al Ann Intern Med 2007; Berenguer Hepatology 2009;

Il faut augmenter l'adoption et l'observance



Taux croissant de cirrhose avec le temps

- Population vieillissante + durée accrue = risque accru de cirrhose et de CHC
- L'incidence des deux devrait augmenter après 30 ans d'infection et passé l'âge de 60 ans

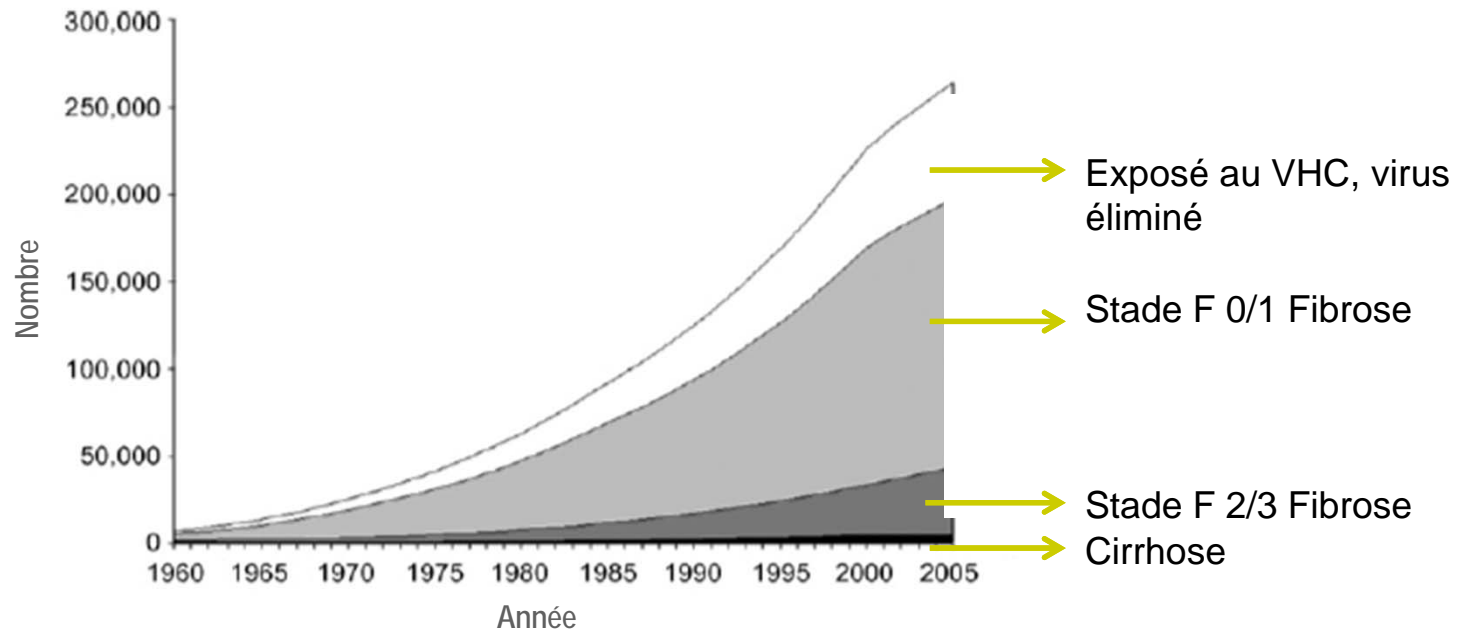
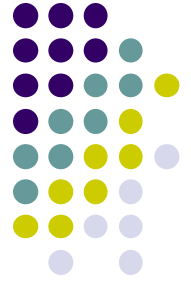


Fig. 5. Nombre estimatif de personnes vivant avec des anticorps anti-VHC, selon le stade de la maladie, 1960 à 2005.



L'adoption du traitement anti-VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues est faible, en raison d'un certain nombre d'obstacles se dressant au niveau du système, du fournisseur de soins et du patient.

Obstacles au traitement anti-VHC au niveau du système



- Absence d'un consensus concernant les lignes directrices pour le dépistage et le traitement
- Infrastructures limitées pour l'évaluation et le traitement du VHC
- Les centres de dépistage sont peu connus.
- Accès limité aux tests, aux résultats et aux traitements
- Longues listes d'attente pour le traitement
- Dans bien des pays, le traitement n'est tout simplement pas offert, en raison du coût élevé de l'association PEG-IFN/RBV

Obstacles au traitement anti-VHC au niveau du fournisseur de soins



- Préoccupations touchant :
 - l'observance thérapeutique
 - l'usage continu de drogues
 - une rechute dans l'usage de drogues
 - le risque d'exacerbation des troubles psychiatriques concomitants
 - le risque de réinfection
- De nombreux médecins sont réticents à l'idée de traiter des personnes qui des drogues
- Chez certains spécialistes des dépendances, le traitement anti-VHC est parfois vu comme n'étant « pas leur spécialité »
- Les relations patient/fournisseur ont une grande influence sur la décision même du patient de parler du VHC et de son traitement à son médecin



Obstacles au traitement anti-VHC au niveau du patient



- Manque de connaissances sur le VHC et son traitement
- Absence de symptômes observables
- Perceptions selon lesquelles le VHC est une infection bénigne
- Craintes d'avoir à subir une biopsie du foie et les effets secondaires du traitement
- Autres priorités « de vie » comme :
 - utilisation continue de drogues et d'alcool
 - emploi
 - instabilité quant au logement
 - responsabilités parentales

Éléments facilitants quant au traitement anti-VHC au niveau du patient



- Infection symptomatique ou problèmes de santé physique
- Perception accrue de l'effet du VHC sur la vie quotidienne
- Perception d'une meilleure compréhension du VHC
- Fait de connaître quelqu'un qui est décédé des suites d'une infection par le VHC
- Encouragement à envisager le recours au traitement (par un médecin de soins primaires et un spécialiste du VHC)
- Participation à un groupe de soutien de patients vivant avec le VHC
- Stabilité quant au logement

Reconnaître le besoin de recommandations pour se pencher sur la prise en charge du VHC chez les PID...



- Couverture médiocre des enjeux liés à la prise en charge du VHC chez les PID dans les versions antérieures des lignes directrices de l'AASLD/EASL
- Fournir des lignes directrices factuelles aux médecins spécialisés dans le domaine
- Promotion du traitement auprès des PID

Historique des recommandations de l'INHSU publiées dans *CID*



(International Network on Hepatitis Care in Substance Users)

- Initiative dirigée par Geert Robaeys avec l'appui de la European Liver Patients Association (ELPA)
- Congrès de 2011 de l'INHSU en Belgique
- Formation d'un comité
- Revue de la littérature par des experts
 - Référence aux lignes directrices de l'EASL et de l'AASLD
 - Ont utilisé les revues systématiques déjà publiées
- Approche pragmatique

Prévention et prise en charge de l'infection au VHC chez les PID



15 August 2013
Volume 57
Supplement 2



hivma
hiv medicine association

OXFORD
UNIVERSITY PRESS
cid.oxfordjournals.org

Clinical Infectious Diseases

Prevention and Management of Hepatitis C
Virus Infection Among People Who Inject
Drugs: Moving the Agenda Forward



A Suppl Guest Editors: Jason Grebely, Philip Bruggmann,
Markus Backmund, and
Gregory J. Dore

Prévention et prise en charge de l'infection au VHC chez les PID



SUPPLEMENT ARTICLE

Recommendations for the Management of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs

Geert Robaey^{s,1,2,3,a} Jason Grebely^{,4,a} Stefan Mauss^{,5} Philip Bruggmann^{,6} Joseph Moussalli^{,7,8} Andrea De Gottardi^{,9} Tracy Swan^{,10} Amber Arain^{,1,3} Achim Kautz^{,11} Heino Stöver^{,12} Heiner Wedemeyer^{,13} Martin Schaefer^{,14,15} Lynn Taylor^{,16} Markus Backmund^{,17,18} Olav Dalgard^{,19} Maria Prins^{,20,21} and Gregory J. Dore^{,4,22} on behalf of the International Network on Hepatitis in Substance Users

Données appuyant les recommandations : Système de cotation



- Qualité des données probantes à l'appui
 - A Élevée
 - B Modérée
 - C Faible
- Recommandations
 - 1 **FORTES**
 - 2 faibles





Recommandation n° 1

Épidémiologie et prévention du VHC

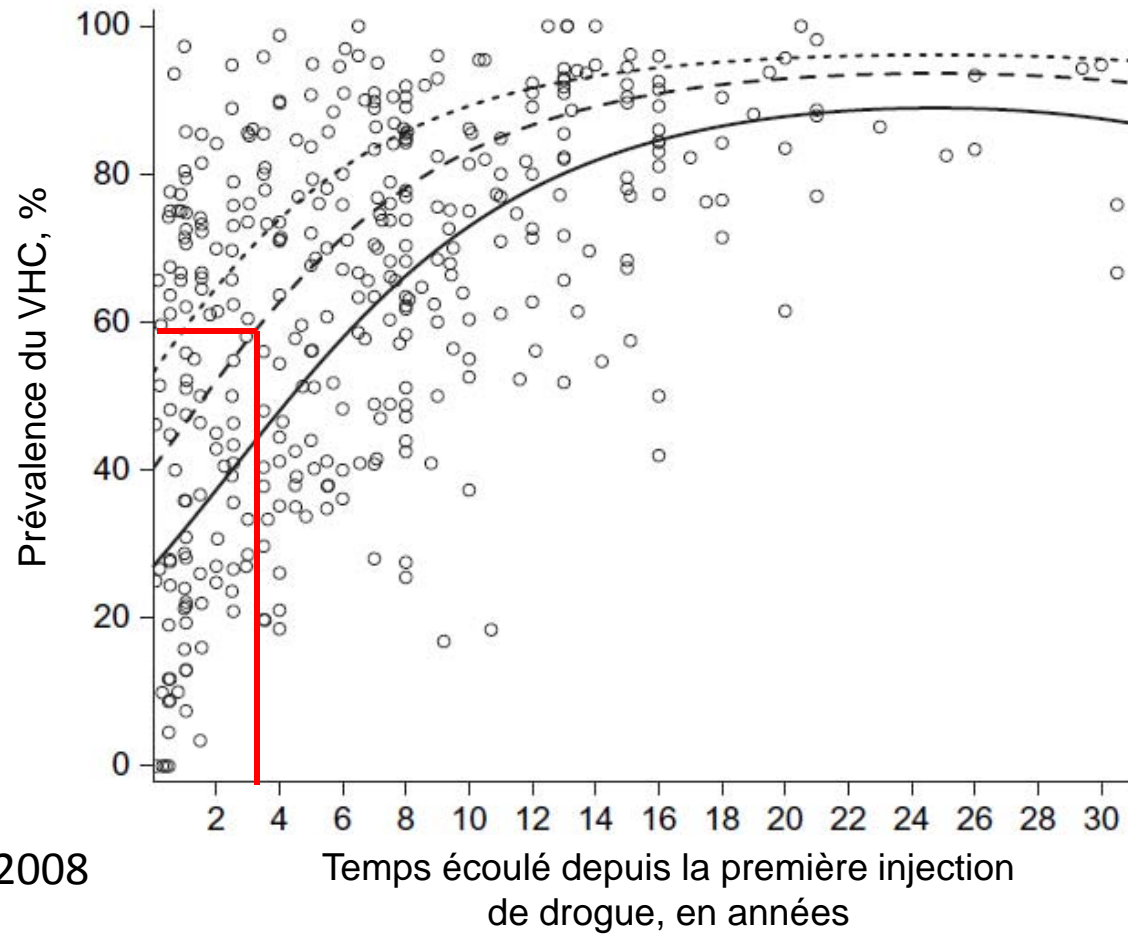
- 1) Les PID devraient se prêter volontairement, de façon systématique, à des tests de dépistage des anticorps anti-VHC ou de l'ARN du VHC; en cas de résultat négatif, le test devrait être répété tous les 6 à 12 mois (B1).
- 2) Les PID devraient se voir offrir du matériel d'injection de drogues propre et avoir accès à un traitement de substitution aux opiacés dans le cadre de vastes programmes complets de réduction des méfaits, y compris dans les prisons (B1).



Dépistage du VHC et counseling

- Un certain nombre d'avantages sont rattachés au dépistage périodique du VHC chez les PID et à la détection précoce de l'infection :
 - Diriger les gens vers le traitement
 - Les PID qui connaissent leur statut quant au VHC peuvent réduire leur comportement à risque lié aux injections.
 - Un dépistage périodique dans le cadre des soins primaires pourrait, chez les PID, favoriser un meilleur accès à des soins généraux, y compris l'immunisation contre le VHB.

Analyse de méta-régression du temps écoulé avant une infection par le VHC



Hagan *et al.*, *AJE* 2008



De plus en plus de données sur l'impact du traitement de substitution aux opiacés sur la transmission du VHC

INTERVENTIONS ACTUELLES DE PRÉVENTION DU VHC



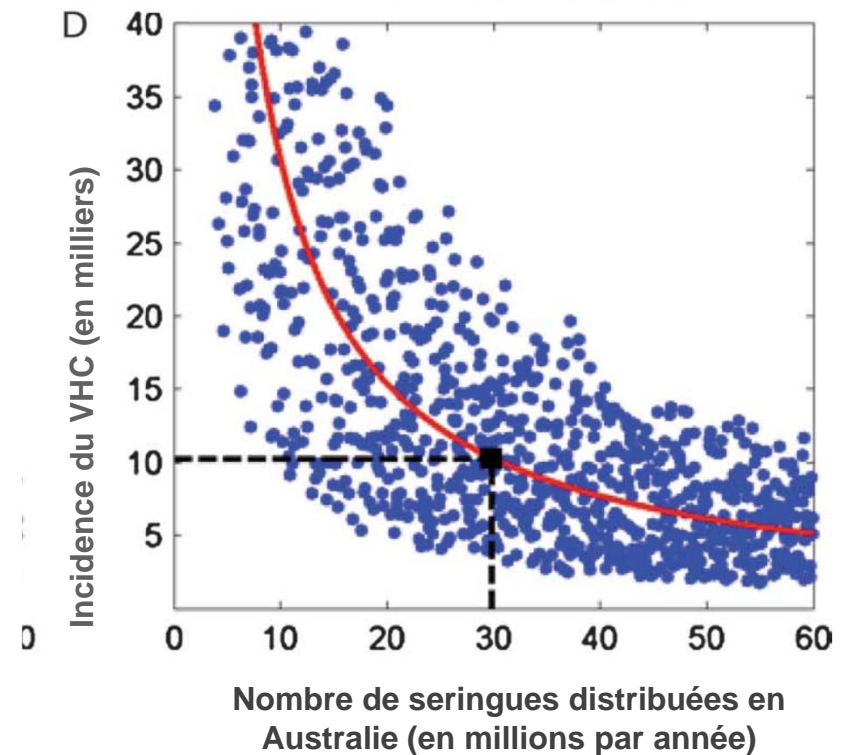
Données groupées provenant du R.-U. sur l'impact de la réduction des méfaits sur l'incidence du VHC¹

- Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) ou les programmes à couverture élevée d'échange d'aiguilles ou de seringues, pris individuellement, réduisent le risque de contracter le VHC d'environ 50 %.
- Ensemble, ils réduisent ce risque d'environ 80 %.

Modélisation : Effet d'une meilleure disponibilité de seringues propres sur la transmission du VHC



- Doubler le nombre de nouvelles aiguilles pourrait faire diminuer les nouveaux cas de VHC de 10 000 à 5 000
- L'ajout de matériel propre a le potentiel d'accentuer cette réduction
- À noter : l'Australie offre l'un des programmes les plus vastes au monde d'échange d'aiguilles



Recommandation n° 2

Évolution naturelle du VHC et effets des drogues sur le foie



- 1) Il faut conseiller aux PID de modérer leur consommation d'alcool ou de s'abstenir de toute consommation en présence de maladie hépatique de stade avancé (A1).
- 2) Il faut conseiller aux PID de modérer leur consommation de cannabis ou de s'abstenir de toute consommation en présence de maladie hépatique de stade avancé (B2).
- 3) Pour ralentir la progression de l'infection au VHC, il n'est pas nécessaire de mettre fin à l'injection de drogues (B2).
- 4) L'effet potentiel de l'usage de drogues sur le foie doit être discuté avec les PID (C2).

Recommandation n° 3

Évaluation non invasive de la fibrose hépatique



- 1) Les évaluations non invasives sont associées à un risque réduit et à une meilleure acceptation que la biopsie hépatique; elles peuvent accroître le taux de dépistage du VHC et d'évaluation de la maladie chez les PID, et devraient être offertes lorsqu'elles sont disponibles (B1).
- 2) Il est recommandé d'associer de multiples évaluations non invasives, dans la mesure du possible (B1).

Évaluation de la fibrose



- Asymptomatique – nouveaux outils pour évaluer les lésions hépatiques, soulignant la nature insidieuse du VHC
- élastographie transitoire (p. ex. FibroScan®)
- APRI : Indice du rapport AST/plaquettes
- Score FIB-4 : Calcul en fonction de l'âge et des taux d'AST, d'ALT et de plaquettes
- Fibrotest : Calcul

Recommandation n° 4

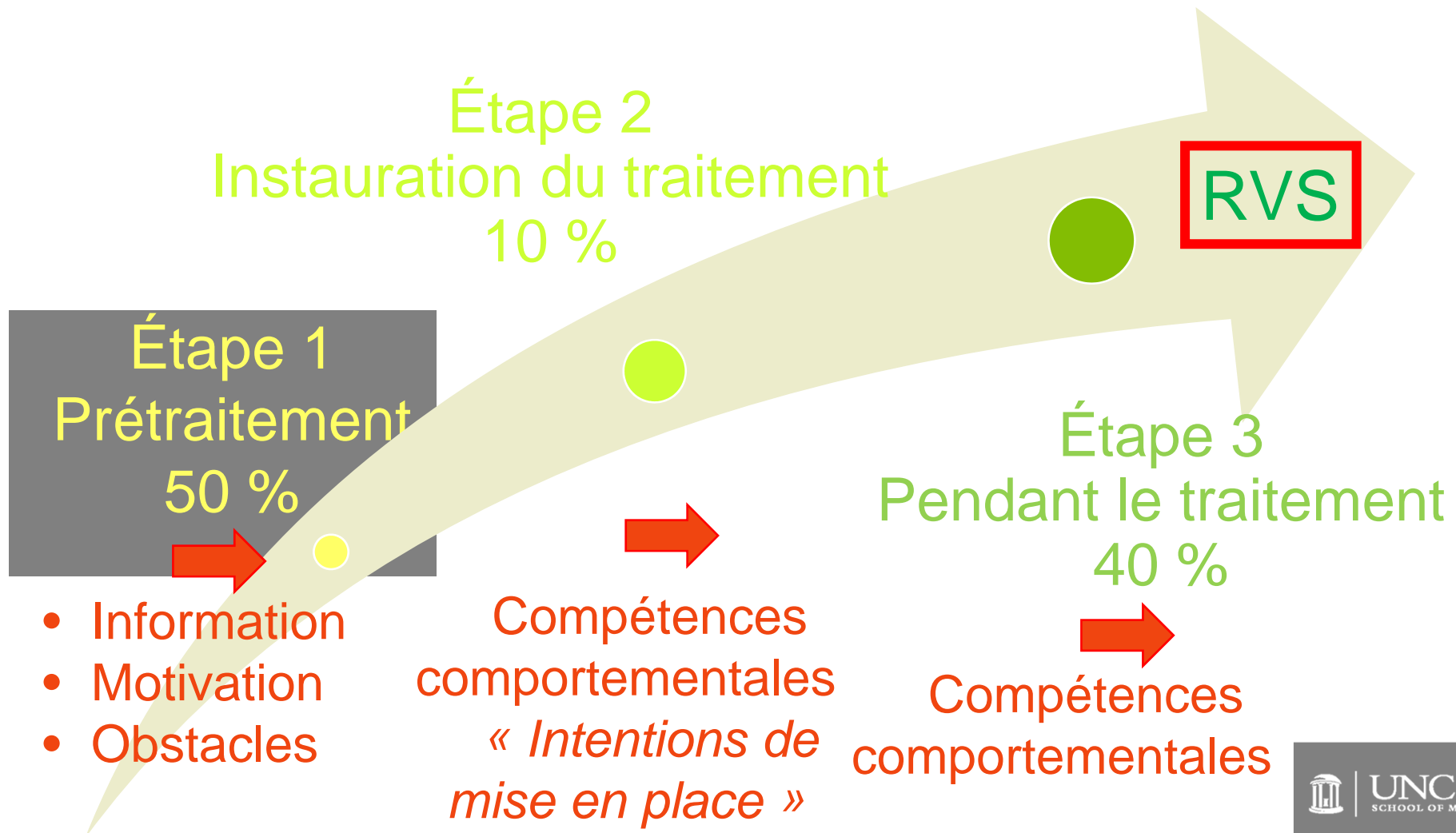
Évaluation préthérapeutique



- 1) L'éducation préthérapeutique devrait inclure des discussions sur la transmission du VHC, les facteurs de risque de progression de la fibrose, le traitement, le risque de réinfection et les stratégies de réduction des méfaits (B1).
- 2) L'évaluation préthérapeutique devrait inclure une évaluation du logement, du niveau d'éducation, des enjeux culturels, du fonctionnement social et du soutien à la disposition de la PID, de sa situation financière, de l'alimentation et de la consommation de drogues et d'alcool. Les PID devraient être arrimées à des services de soutien social et des groupes de soutien par des pairs, dans la mesure du possible (A1).

Une approche progressive en trois étapes :

Repérer les facteurs de risque et mettre en place des stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique



Recommandation n° 5

Indications du traitement



- 1) Les PID devraient recevoir une évaluation de l'infection au VHC, et les décisions thérapeutiques devraient être prises en tenant compte d'une évaluation individualisée des facteurs sociaux, cliniques et touchant le mode de vie (B1).
- 2) Les PID qui font l'objet de contre-indications absolues quant aux traitements de référence ne devraient pas recevoir de traitement anti-VHC (B1).

L'adoption du traitement est toujours faible chez les UDI



	n	Cohorte	Taux d'adoption du traitement anti-VHC par année
Canada (Vancouver) ¹	1 360	Résidents du centre-ville vivant en communauté	1 à 2 %
États-Unis (Baltimore) ²	597	UDI vivant en communauté	< 1 %
Australie ³	2 500	Participants à un programme d'échange d'aiguilles	1 à 2 %

1) Grebely J *et al. J Viral Hepatitis* 2009; 16:352-358; 2) Mehta S *et al. J Community Health* 2008; 33:126-133; 3) Iverson J, en cours de rédaction, 2013.



Chaque option ne convient pas à tous...

- Centres de santé communautaires
 - En milieu urbain
 - En milieu rural
- Unités de traitement des dépendances (p. ex. cliniques de traitements de substitution aux opiacés)
- Omnipraticiens
- Soins tertiaires
- Prisons
- Thème commun – tenter systématiquement de faire sauter les obstacles au sein d'un environnement multidisciplinaire positif



« Intégration » des services offerts aux PID

- Soins de santé primaires : Attirer plutôt qu'écloigner les PID.
- Liens avec des interventions menées par des pairs pour améliorer l'accès aux soins primaires, y compris le dépistage, les soins généraux, l'évaluation de la fibrose sur place, le traitement de l'hépatite C.
- « Intégration » et adaptation du traitement de substitution aux opiacés comme norme de traitement; **flexibilité** pour tenir compte des besoins individuels.

Recommandation n° 6

Peginterféron et traitement à base d'AAD



- 1) Une évaluation de l'innocuité et de l'efficacité du télaprévir et du bocéprévir, administrés avec l'association peg-IFN/RBV, est requise chez les PID atteints d'une infection chronique par le VHC de génotype 1 (C1).
- 2) Le télaprévir et le bocéprévir peuvent être administrés aux PID traitées par TSO (B1).
- 3) Le télaprévir et le bocéprévir ne nécessitent pas d'ajustement posologique particulier pour la méthadone et la buprénorphine, mais il faut surveiller chez les patients l'apparition de signes de toxicité ou de sevrage liés aux opiacés (B1).

Recommandation n° 6 (suite)

Peginterféron et traitement à base d'AAD



- 4) Le traitement par bocéprévir et télaprévir chez les PID doit être envisagé au cas par cas, mais les PID présentant une insuffisance hépatique précoce devraient généralement se voir conseiller d'attendre la publication d'autres données et/ou la mise au point de meilleurs traitements à base d'AAD (B1).

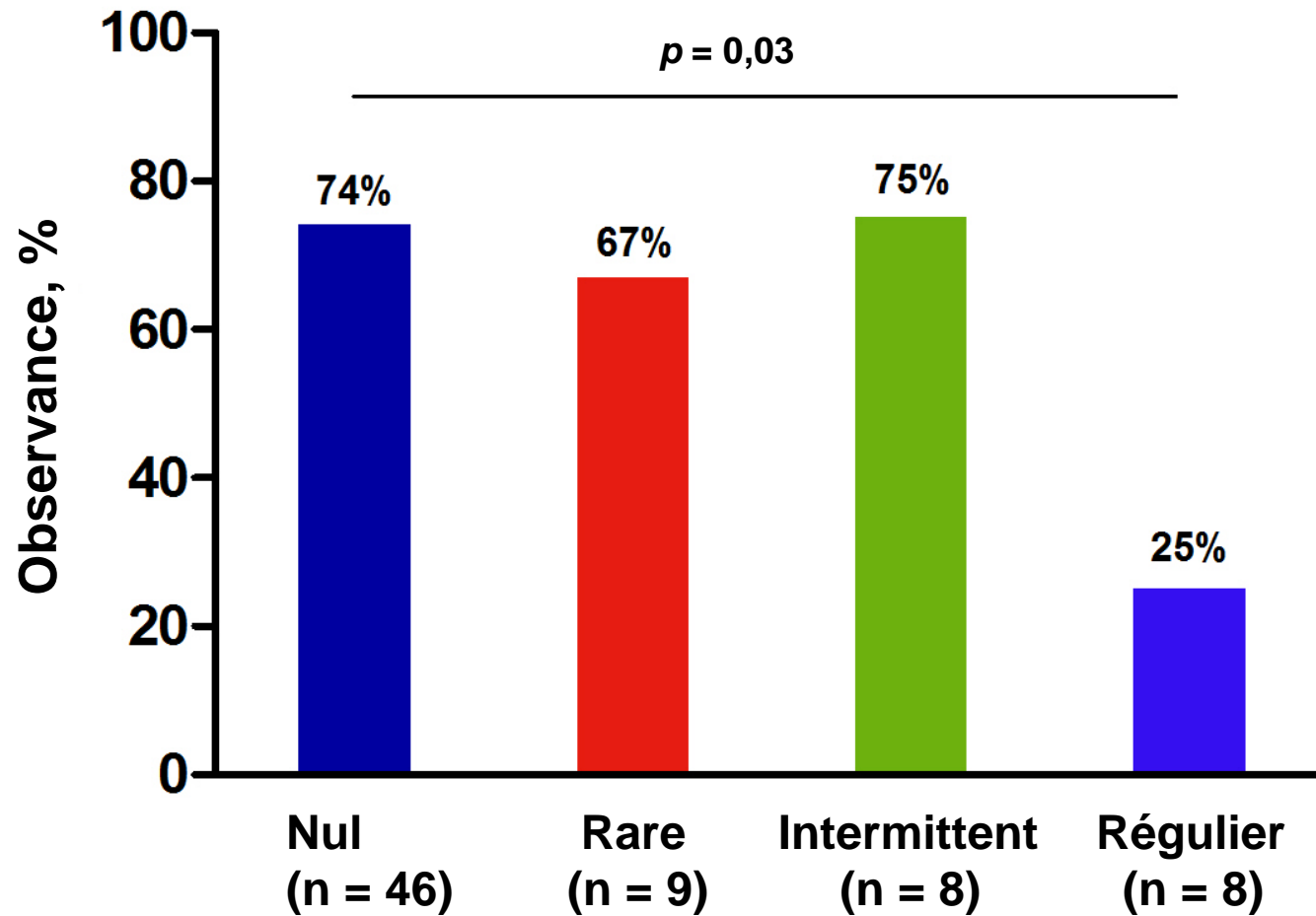
Recommandation n° 7

Impact de la consommation de drogues sur l'observance et la RVS



- 1) La mesure de l'observance doit tenir compte des doses manquées et des cas d'abandon du traitement (B1).
- 2) Il faut conseiller les PID au sujet de l'importance de l'observance du traitement dans l'obtention d'une RVS (A1).
- 3) L'usage d'un traitement anti-VHC peut être envisagé chez les PID, à condition qu'elles souhaitent recevoir un traitement et sont en mesure et désireuses de respecter les rendez-vous périodiques (A1).

Impact d'un usage continu de drogues sur l'observance thérapeutique



Impact de l'usage de drogues injectables sur la RVS



- Le traitement anti-VHC n'a pas d'effet sur le traitement contre la dépendance et n'augmente pas l'usage de drogues¹⁻³
- Un usage de drogues récent au moment de l'instauration du traitement n'est pas associé à une RVS inférieure⁴⁻¹⁰
- Le traitement anti-VHC peut être efficace chez les personnes qui consomment des drogues pendant ce traitement^{3,5,10,11,12}
 - Un usage fréquent (tous les jours/tous les deux jours) peut entraîner une RVS inférieure^{6,7,11}
- Des facteurs associés de manière indépendante à une RVS plus faible chez les PID incluent un mauvais fonctionnement social⁵, des antécédents de dépression non traitée¹³ et une consommation continue de drogues pendant le traitement¹³

Recommandation n° 8

Impact de la santé mentale sur l'observance thérapeutique et la *RVS*



- 1) L'évaluation préthérapeutique doit inclure une évaluation des troubles psychiatriques antérieurs ou courants, la consultation d'un conseiller en toxicomanie ou d'un psychiatre, et des discussions concernant les options thérapeutiques potentielles (A1).
- 2) En présence de comorbidités psychiatriques, la décision de recourir au peg-IFN doit être prise au cas par cas (A1).

Caractéristiques des patients d'UNC	N = 555 (%)
Rare blanche	74 %
Génotype 1	73 %
Non assurés/soins payés par l'UNC	30 %
Troubles psychiatriques courants ➤ <i>Traités par des médicaments</i>	62 % 43 %
Consommation de drogues ou d'alcool à vie ➤ <i>UDI</i> ➤ <i>Cocaïne/crack</i> ➤ <i>Abus d'alcool/dépendance à l'alcool</i>	82 % 54 % 63 % 66 %
Usage actif de drogues ou d'alcool (12 derniers mois)	34 %

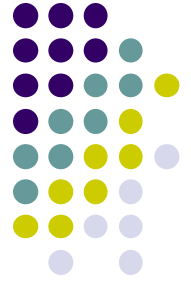
Recommandation n° 9

Prise en charge du traitement



- 1) La recommandation d'un traitement anti-VHC chez les PID doit se faire au cas par cas et être soutenue par une équipe multidisciplinaire (B1).
- 2) L'accès à des programmes de réduction des méfaits, un travailleur social et des services de soutien social doit faire partie de la prise en charge clinique de l'infection au VHC (B2).
- 3) Il faut évaluer le recours à un groupe de soutien par des pairs comme moyen d'améliorer la prise en charge clinique de l'infection au VHC (B2).

De nouveaux modèles de soins anti-VHC sont nécessaires chez les PID



- De nouveaux modèles de soins sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de l'infection au VHC chez les PID
- Orientation vers des spécialistes dans les cliniques d'hépatologie en milieu hospitalier
- Intégration des soins liés au VHC dans des services existants de santé communautaire et de traitement des abus d'alcool et de drogues^{1,2,3}
- Prisons
- Des études multicentriques de plus grande envergure sont requises, avec collecte de données prospectives afin d'évaluer l'efficacité des modèles de traitement de l'infection au VHC
- Thème commun – tenter systématiquement de faire sauter les obstacles au sein d'un environnement multidisciplinaire positif

Priorités de la recherche clinique sur le VHC chez les PID



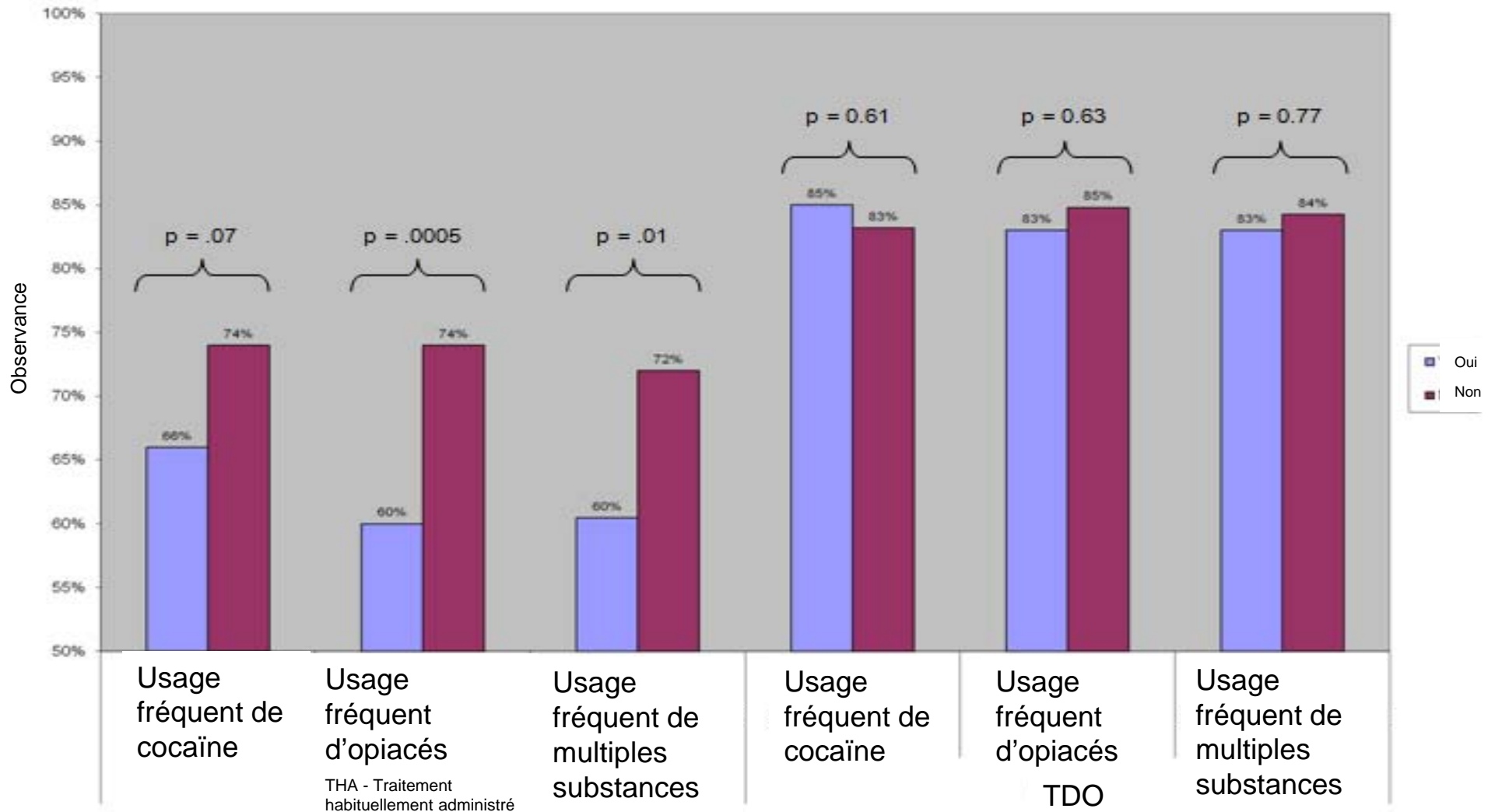
- Réseau international de recherche clinique sur le VHC
 - Australie, Canada, Europe (Norvège, Allemagne, Belgique, Suisse, Angleterre)
 - Étude ACTIVATE : Prise de PEG-IFN/RBV en fonction de la réponse pour les génotypes 2/3 (12 à 24 semaines, n = 93)
 - Étude SIMPLIFY : Traitement sans IFN chez les PID avec usage actif de drogues (12 semaines, n = 100)
 - Nouvelle intervention liée à l'observance à l'aide de plaquettes alvéolées (contenant une semaine de traitement) à surveillance électronique
- Stratégies pour optimiser l'observance et les résultats (traitement directement observé ou TDO, messages textes)
- Traitement anti-VHC à titre préventif (prison, cohortes de PID, cliniques de TSO)



Une gamme de modèles de prestation de traitement anti-VHC se sont révélés efficaces dans différents contextes



TDO anti-VIH : Association entre un usage fréquent de drogues, le groupe de traitement et l'observance thérapeutique (Nahvi *et al.*, 2011)



Conclusion



- Les modèles intégrés, multidisciplinaires et/ou intensifs de soins anti-VHC sont efficaces chez les PID.
- Tous les schémas thérapeutiques par voie orale sans interféron ont une efficacité de près de 100 %, mais l'efficacité dans le monde réel demeurera **TRÈS FAIBLE** en l'absence d'un changement fondamental dans la façon de prodiguer les soins.
- Même avec les schémas simplifiés (un comprimé par jour), les modèles intensifs de soins pourraient avoir leur place.

Recommandation n° 10

Réinfection après un traitement anti-VHC efficace



- 1) Les PID ne doivent pas se faire refuser un traitement anti-VHC en raison d'un risque perçu de réinfection (B1).
- 2) De l'information et du counseling sur la réduction des méfaits doivent être fournis aux PID dans le contexte du traitement anti-VHC (B1).
- 3) Après l'obtention d'une RVS, il faut surveiller la survenue d'une réinfection par le VHC par une mesure annuelle de l'ARN du VHC chez les PID qui maintiennent des comportements à risque (B2).

Avec les programmes appropriés, le taux de réinfection au VHC est faible



Étude	Population de l'étude	Âge médian	Post-traitement UDI	Suivi médian (années)	Nouvelle infection	Taux d'incidence de l'infection au VHC
Backmund, 2004	n = 18	32	50 %	2,8 (0,8-5,1)	11 % (2/18)	4,1/100 a-p D7
Dalgard, 2005	n = 27	ND	33 %	5,4 (1,1-6,8)	4 % (1/27)	0,8/100 a-p
Currie, 2008	n = 9	46	22 %	3,6 (3,2–6,0)	11 % (1/9)	0,6/100 a-p
Grebely, 2010	n = 35	44	54 %	2,0 (0,4-5,0)	6 % (2/35)	3,2/100 a-p
Bate, 2010	n = 57	34	ND	3,4 (0,2-11,5)	9 % (5/57)	ND D8
Grady, 2011	n = 42	ND	21 %	3,0 (2,4-4,1)	2 % (1/42)	0,8/100 a-p
Grebely, 2012	n = 87	36	ND	1,2 (0,1-3,0)	5 % (4/87)	3,7/100 a-p
Hilsden, 2013	N = 23	ND	ND	1,8 (0,5-1,8)	4 % (1/23)	2,8/100 a-p

1) Backmund, *CID* 2004; 2) Dalgard, *CID* 2005; 3) Currie, *DAD* 2008; 4) Grebely J, *Gastro Hepatol* 2010; 5) Bate, *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 6) Grebely, *Hepatology* 2012; 7) Grady, *Eur J Gastro Hepatol* 2012; 8) Hilsden, *CID*, sous presse, 2013.

Slide 52

D7 années-patients
Denise, 1/18/2015

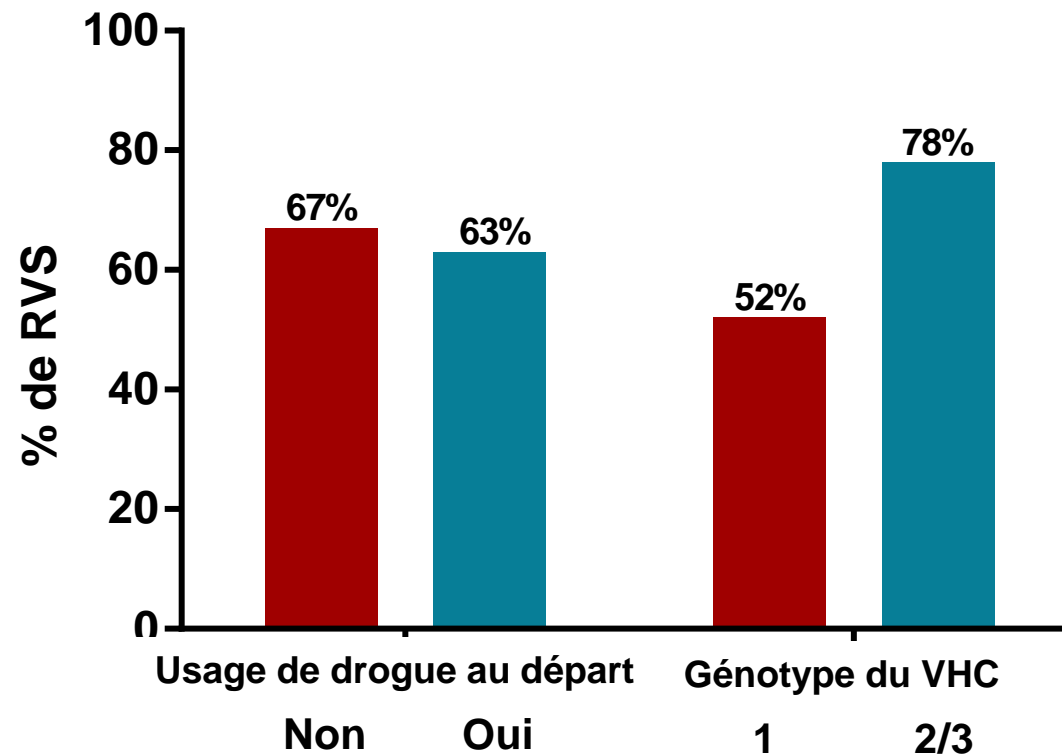
D8 Non disponible
Denise, 1/18/2015

ÉTUDE CHEZ LES UDI

Traitement anti-VHC directement observé chez les utilisateurs courants de drogues



- La RVS globale était de 63 % (IC à 95 % : 50 %, 75 %)



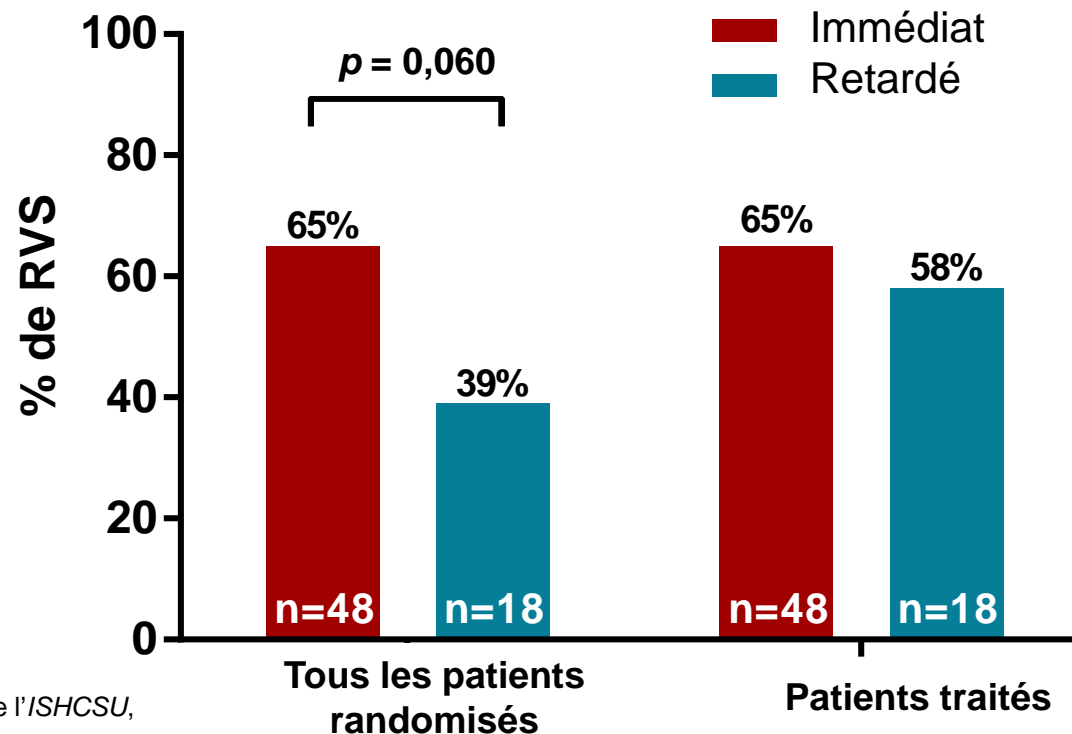
- Un cas de réinfection a été observé chez les 23 sujets restants au suivi après obtention d'une RVS (suivi médian de 8 ans, écart : 4 à 8 ans)
- Le taux de réinfection au VHC était de 0,6 pour 100 années-personnes (IC à 95 % : 0,0; 3,4)

ÉTUDE CHEZ LES UDI

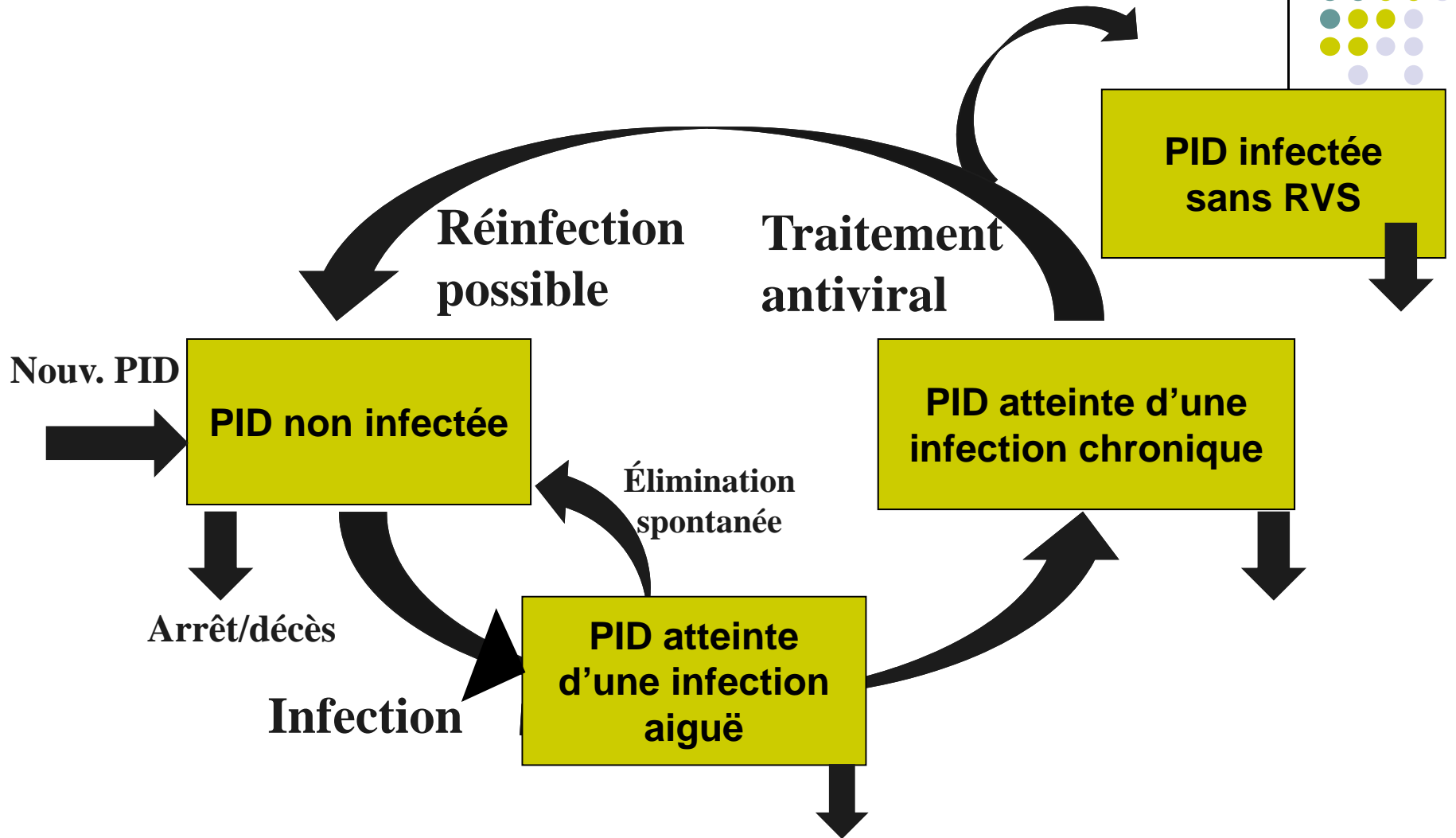
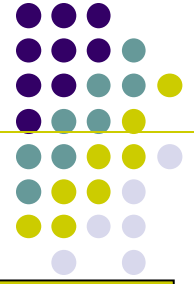
Traitement anti-VHC directement observé chez les utilisateurs courants de drogues



- Essai avec randomisation portant sur le traitement anti-VHC immédiat (n = 48) ou retardé (n = 18) chez des utilisateurs courants de drogues
- Âge moyen, 42 ans; 91 % d'hommes, 45 % de génotype 2/3
- Usage de stimulants, de dépresseurs et de narcotiques (au cours des 30 derniers jours) chez 76 %, 11 % et 22 % des participants



MODÈLE DYNAMIQUE DE TRANSMISSION DU VHC



Recommandation n° 11

Traitement d'une infection aiguë au VHC



- 1) Les PID présentant des symptômes aigus d'infection au VHC doivent être surveillées pendant 12 à 16 semaines (y compris la mesure des taux d'ARN du VHC) pour permettre la possibilité d'une élimination spontanée (A1)
- 2) Il faut envisager le recours au peg-IFN en monothérapie pendant 24 semaines chez les PID atteintes d'une infection aiguë au VHC (B1).
- 3) Il faut avoir recours à des stratégies d'optimisation de l'observance en présence d'infection aiguë au VHC, et envisager un traitement directement observé par peg-IFN (B2).

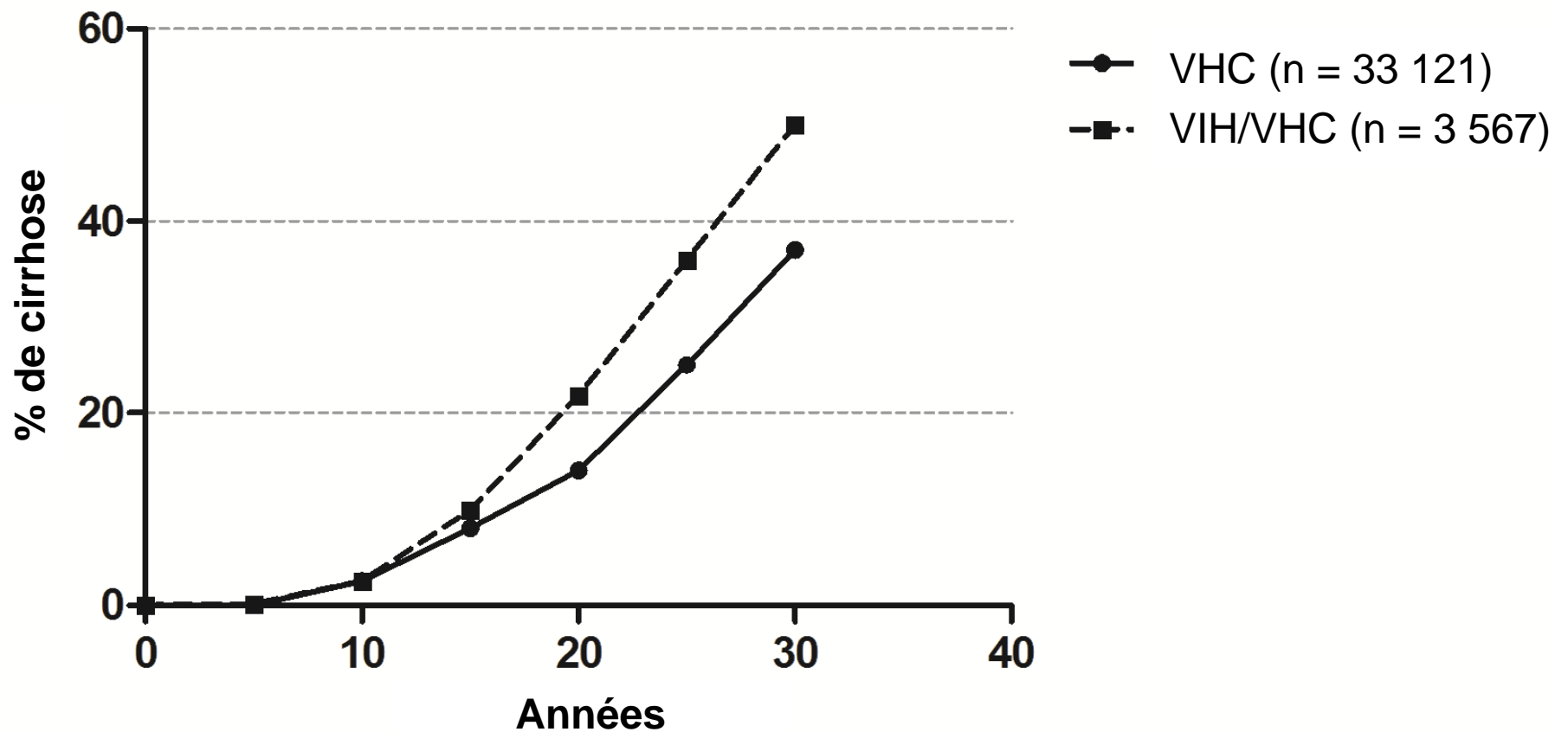


Recommandation n° 12

Co-infection par le VIH et le VHC

- 1) Les PID infectées par le VHC devraient subir un dépistage du VIH (B1).
- 2) Il faut tenir compte de l'évolution accélérée de l'infection au VHC en cas de co-infection au VIH quand il s'agit de décider du traitement (B2).
- 3) Il faut tenir compte des interactions médicamenteuses potentielles entre les traitements anti-VIH, anti-VHC et les traitements de substitution aux opiacés (A1).
- 4) Envisager l'instauration précoce d'une TAR d'association (B1).

Évolution de la maladie associée à l'infection au VHC



Recommandation n° 13

Prise en charge d'une co-infection par le VHC et le VHB



- 1) Les PID devraient être immunisées contre le virus de l'hépatite A et le virus de l'hépatite B (A1).
- 2) Il faut envisager un traitement par peg-IFN/RBV chez les PID atteintes d'une co-infection active par le VHB et le VHC (B1).

Recommandation n° 14

Transplantation du foie



- 1) Il faut sensibiliser les PID au fait que la transplantation du foie est une option thérapeutique chez les patients ayant des antécédents d'UDI (B2).
- 2) Le TSO n'est pas une contre-indication pour une transplantation du foie, et les personnes qui suivent un TSO ne devraient pas se voir conseiller de réduire la dose ou de mettre fin à ce traitement (A1).
- 3) Il faut offrir une évaluation psychiatrique et un suivi aux PID qui subissent une transplantation du foie (B1).

Recommandations pour la prise en charge d'une infection au VHC chez les PID

Enjeux pour l'avenir



- Le domaine du traitement anti-VHC évolue rapidement
- Données factuelles mais application pratique
- Absence de données sur les PID concernant les schémas sans IFN
- Dans certains États américains, le programme Medicaid accuse un recul



Restrictions du programme Medicaid concernant le traitement de l'infection au VHC chez les PID

Illinois Sovaldi (Sofosbuvir)-HFS Criteria for Prior Approval Final: July 10, 2014

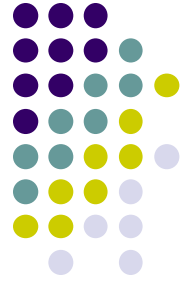
15. The patient does not have evidence of substance abuse diagnosis or treatment (alcohol, illicit drugs or prescription opioids and other drugs listed on the schedule of controlled drugs maintained by the Drug Enforcement Administration) in the past 12 months based on department claims records, prescriber's knowledge, medical record entry, state's narcotic prescription registry database, reports from a hospital, an Emergency Department visit, an urgent care clinic, a physician's office or practice or another setting.

Oregon **Oregon Medicaid Pharmaceutical Services Prior Authorization Criteria**

Sofosbuvir (Sovaldi®)

10. If applicable, has the patient been abstinent from IV drug and marijuana use AND alcohol abuse for ≥ 6 months?	Yes: Go to #12.	No: Pass to RPh; Deny for medical appropriateness.
---	------------------------	---

Le comité envisage des ajouts pour la mise à jour des recommandations de l'INHSU






- Qui sont les personnes qui s'injectent des drogues?



Qui sont les personnes qui s'injectent des drogues?

Anciennes PID

PID actuelles
(derniers 1/3/6/
12 mois?)

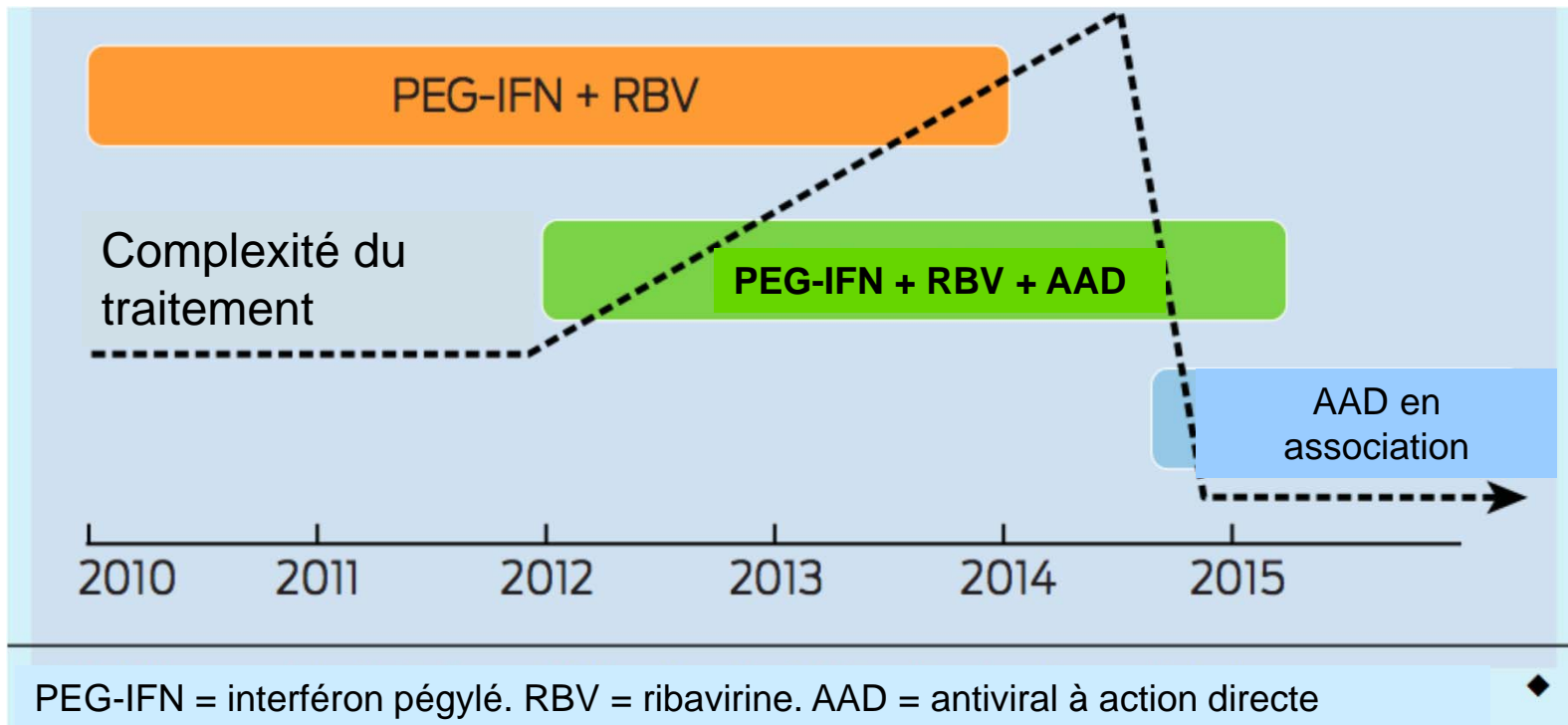
-  Anciennes PID
-  PID actuelles avec infection chronique au VHC
-  PID actuelles et anciennes sous TSO

Ajouts envisagés pour la mise à jour des recommandations de l'INHSU



- Qui sont les personnes qui s'injectent des drogues?
- TSO et impact sur la prévention
- Stratégies pour accroître le dépistage du VHC
- Stratégies pour améliorer l'évaluation du VHC
- Traitement à base d'AAD chez les PID
- Traitement anti-VHC en milieu carcéral
- Traitement anti-VHC à titre préventif

Changer le portrait du traitement anti-VHC



Les AAD sans IFN pourraient accroître la faisabilité du traitement en tant que méthode de prévention :

- Efficacité accrue (> 90 % de tous les génotypes)
- Prise par voie orale seulement, une ou deux fois par jour
- Toxicité réduite
- Faible possibilité de résistance
- Durée écourtée du traitement (~12 semaines)

Les réussites des recommandations de l'INHSU



- Les 1^{res} recommandations internationales pour la prise en charge de l'infection au VHC chez les PID ont été élaborées et publiées
- Intégrées dans les lignes directrices de pratique clinique de l'EASL concernant le VHC
- Citées 21 fois depuis 2013
- Important outil de défense des droits des PID



« Le VHC est important chez les PID parce que ces dernières contractent encore de nouvelles infections et peuvent décéder des suites de cette maladie. »

David Thomas