

DÉCLARATION DE CATIE

sur l'efficacité du traitement de l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues

MESSAGES CLÉS

Le traitement est un moyen très efficace de guérir de l'hépatite C pour toutes les populations, y compris les personnes qui consomment des drogues. Les personnes qui consomment des drogues, y compris celles qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (TAO), sont aussi susceptibles de guérir de l'hépatite C à l'aide d'un traitement que les autres populations. Les personnes qui consomment des drogues devraient se voir proposer un traitement contre l'hépatite C, qu'elles aient l'intention de continuer à consommer des drogues, de réduire leur consommation ou d'y renoncer.

Les réinfections par le virus de l'hépatite C sont possibles. Les protocoles de traitement sont les mêmes, qu'une personne soit traitée pour sa première infection par le virus de l'hépatite C ou pour une réinfection. Les personnes qui consomment des drogues devraient pouvoir obtenir un traitement contre une réinfection par le virus de l'hépatite C.

Les personnes qui consomment des drogues devraient se voir offrir un traitement contre l'hépatite C en même temps que des services de soutien liés à la santé globale, y compris des services de réduction des méfaits, ce qui contribuera par ailleurs à réduire la probabilité de réinfection par le virus de l'hépatite C.

Le traitement de l'hépatite C peut être un facteur bénéfique et stabilisant dans la vie d'une personne, surtout lorsqu'il est accompagné de soins et de services de soutien complémentaires permettant de s'attaquer aux problèmes sanitaires et sociaux sous-jacents, en tenant compte des objectifs de cette personne. En plus d'améliorer la santé des personnes atteintes d'hépatite C en rendant possible leur guérison, l'accès au traitement offre l'avantage important de contribuer à la prévention de la transmission subséquente du virus.

JUILLET 2021



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

INTRODUCTION

Une révolution thérapeutique a eu lieu dans le domaine de l'hépatite C : des traitements antiviraux à action directe (AAD) sûrs et très efficaces permettent désormais de guérir l'hépatite C en seulement 8 à 12 semaines. La mise sur le marché de médicaments efficaces a rendu envisageable l'élimination de l'hépatite C en tant que problème de santé publique. Il existe des données fort probantes indiquant que l'offre du traitement aux personnes les plus à risque est la façon la plus efficace et la plus rentable d'accomplir l'éradication de l'hépatite C, tant au niveau individuel que de la population.

Les lignes directrices canadiennes en matière de traitement de l'hépatite C recommandent désormais d'envisager de traiter toutes les personnes atteintes d'hépatite C chronique, y compris les personnes qui consomment des drogues, une population touchée de manière disproportionnée par l'hépatite C au Canada. Les personnes qui consomment des drogues font l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination considérables et sont plus susceptibles de faire face à des désavantages socioéconomiques, de présenter des maladies et de se heurter à des obstacles en matière d'accès aux soins de santé. Ces facteurs constituent des obstacles importants à l'accès au traitement de l'hépatite C et, à ce titre, les personnes qui consomment des drogues sont habituellement une population négligée en ce qui a trait au traitement de l'hépatite C.

La présente déclaration de CATIE propose une synthèse des données les plus probantes concernant l'efficacité du traitement de l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues. Elle a été élaborée pour aider les prestataires de services canadiens à adapter leurs programmes et à incorporer les données probantes dans les messages et le soutien adressés aux clients. Cette déclaration commence par des messages clés simples suivis de recommandations à l'intention des prestataires de services et d'une liste d'outils et de ressources. Elle passe aussi en revue les données probantes afin que les prestataires de services puissent tenir des discussions plus spécifiques avec leurs clients et leurs collègues.

MESSAGES CLÉS

Le traitement est un moyen très efficace de guérir de l'hépatite C pour toutes les populations, y compris les personnes qui consomment des drogues. Les personnes qui consomment des drogues, y compris celles qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (TAO), sont aussi susceptibles de guérir de l'hépatite C à l'aide d'un traitement que les autres populations. Les personnes qui consomment des drogues devraient se voir proposer un traitement contre l'hépatite C, qu'elles aient l'intention de continuer à consommer des drogues, de réduire leur consommation ou d'y renoncer.

Les réinfections par le virus de l'hépatite C sont possibles. Les protocoles de traitement sont les mêmes, qu'une personne soit traitée pour sa première infection par le virus de l'hépatite C ou pour une réinfection. Les personnes qui consomment des drogues devraient pouvoir obtenir un traitement contre une réinfection par le virus de l'hépatite C.

Les personnes qui consomment des drogues devraient se voir offrir un traitement contre l'hépatite C en même temps que des services de soutien liés à la santé globale, y compris des services de réduction des méfaits, ce qui contribuera par ailleurs à réduire la probabilité de réinfection par le virus de l'hépatite C.

Le traitement de l'hépatite C peut être un facteur bénéfique et stabilisant dans la vie d'une personne, surtout lorsqu'il est accompagné de soins et de services de soutien complémentaires permettant de s'attaquer aux problèmes sanitaires et sociaux sous-jacents, en tenant compte des objectifs de cette personne. En plus d'améliorer la santé des personnes atteintes d'hépatite C en rendant possible leur guérison, l'accès au traitement offre l'avantage important de contribuer à la prévention de la transmission subséquente du virus.

Pour plus d'information, veuillez consulter le résumé des données probantes à la fin de cette déclaration.

LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

Le traitement de l'hépatite C a considérablement gagné en efficacité depuis l'arrivée des AAD, qui permettent de guérir plus de 95 % des personnes qui en prennent.

Le traitement de l'hépatite C par des AAD est sûr et efficace. Il consiste généralement à prendre un à trois comprimés une fois par jour, pendant 8 ou 12 semaines. Les effets secondaires sont habituellement légers et s'atténuent ou disparaissent complètement après quelques semaines.

Le traitement contre l'hépatite C est désormais largement accessible, et il est pris en charge par les régimes publics, dans tout le pays. Dans la plupart des cas, le coût du traitement est couvert par les régimes publics d'assurance-maladie (provinciaux, territoriaux ou fédéraux). Beaucoup ont recours à une assurance privée pour acquitter le coût du traitement. La plupart des clients n'auront pas à déboursier eux-mêmes les frais du traitement de l'hépatite C, et il existe des programmes (comme les programmes d'aide aux patients des fabricants) prenant partiellement en charge le coût des franchises, le cas échéant.

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SERVICES

Les lignes directrices canadiennes recommandent de considérer tous les patients atteints d'une infection chronique par l'hépatite C comme des candidats au traitement, y compris les personnes qui consomment des drogues. Une infection chronique à l'hépatite C est une infection qui dure plus de six mois. Nonobstant cette recommandation, les personnes qui consomment des drogues se heurtent à des obstacles qui les empêchent de recevoir un traitement contre l'hépatite C.

Vous trouverez ci-dessous des recommandations concernant les moyens par lesquels les prestataires de services peuvent éliminer ces obstacles et faciliter l'accès et le recours au traitement de l'hépatite C pour les personnes qui consomment des drogues.

Chacune de ces recommandations est sous-tendue par la nécessité de prendre en compte les problèmes médicaux et sociaux sous-jacents auxquels les clients peuvent être confrontés. La criminalisation de la consommation de drogues, les incarcérations qui en résultent, la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation, ainsi que la crise des surdoses sont autant de problèmes dont doivent tenir

compte toutes les mesures visant à soutenir les personnes qui consomment des drogues. Les clients peuvent être aux prises avec d'autres problèmes médicaux ou sociaux, et il est parfois plus urgent de s'attaquer à ces problèmes que de traiter l'hépatite C. S'agissant d'aider les clients à prendre en charge l'hépatite C, le rôle des prestataires de services consiste notamment à établir avec ces derniers une relation de confiance et un bon rapport qui permettent de fixer et d'atteindre des objectifs de santé et autres, dans un esprit de collaboration.

1. Faciliter et favoriser le recours au traitement contre l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues.

Le traitement de l'hépatite C est bénéfique et recommandé pour toute personne atteinte d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C, quelle que soit la gravité des lésions hépatiques. Les personnes qui consomment des drogues et contractent une infection ou une réinfection par le virus de l'hépatite C doivent avoir accès à un traitement. La consommation active de drogue ou d'alcool ne doit pas être un obstacle à l'accès au traitement, et il n'est pas nécessaire de suivre un traitement par des agonistes opioïdes (TAO) ou de réduire sa consommation de drogue ou d'alcool pour recevoir un traitement contre l'hépatite C.

Certains clients et prestataires peuvent s'interroger sur les interactions possibles entre le traitement AAD et certains produits tels que les agonistes opioïdes et les drogues illicites. Aucun AAD n'est contre-indiqué en cas de prise d'agonistes opioïdes ou d'opioïdes, de stimulants, de cannabinoïdes ou d'éthanol (alcool). L'utilisation de ces substances ne doit pas être une contre-indication au traitement de l'hépatite C, mais les prestataires de soins de santé doivent prendre en compte certains facteurs. Il existe une interaction faible mais parfois cliniquement significative entre le fentanyl ou l'oxycodone et certains AAD : les effets des opiacés peuvent théoriquement être accentués en cas de traitement par certains AAD, ce qui augmente le risque de dépression respiratoire et de surdose.

Pour contrôler cette interaction, il est recommandé de surveiller les effets secondaires tels que la baisse du niveau de conscience et la dépression respiratoire. Par ailleurs, dans la mesure où l'approvisionnement en drogues est très imprévisible, non réglementé et toxique, les pratiques de réduction des méfaits (ne pas consommer seul, utiliser de plus faibles quantités de drogues illicites et s'assurer d'avoir de la naloxone, entre autres) sont importantes en tout temps, y compris lorsque les clients suivent un traitement contre l'hépatite C.

Si un client est atteint d'hépatite C, parlez-lui des avantages du traitement pour la santé et des résultats auxquels il peut s'attendre.

Expliquez les éventuels effets secondaires du traitement AAD et les moyens de les maîtriser. Insistez sur le fait que le traitement de l'hépatite C est sans danger et très efficace pour guérir l'hépatite C. Le traitement AAD est beaucoup plus simple à suivre que les anciens traitements (p. ex., ceux à base d'interféron), qui étaient mal tolérés, plus difficiles à administrer et souvent hors de la portée des personnes qui consomment des drogues.

Soutenez les clients qui envisagent ou qui suivent un traitement contre l'hépatite C afin qu'ils continuent à recevoir des soins.

Pour offrir les meilleurs soins aux clients qui suivent un traitement de l'hépatite C, il est recommandé aux prestataires de services de prendre les mesures suivantes :

- Aider les clients à établir et à atteindre leurs propres objectifs avant de commencer le traitement, et les aider lorsqu'ils sont prêts à commencer le traitement.
- Envisager les types de soutien dont les clients peuvent bénéficier pendant le traitement, notamment les services visant à s'attaquer aux problèmes médicaux et sociaux sous-jacents auxquels ils peuvent être confrontés. Il peut s'agir de programmes de soutien au revenu, d'aide au logement, de sécurité alimentaire, traitement des dépendances (y compris le TAO), de services de réduction des méfaits, par exemple les sites de consommation supervisée et de prévention des surdoses, de programmes de santé mentale, de programmes de lutte contre la violence entre conjoints, et de services de soins de santé.
- Continuer de mettre l'accent sur l'information et les services de réduction des méfaits et à en faciliter l'accès aux clients. Les mesures de réduction des méfaits permettent de limiter à la fois le risque immédiat d'infection et le risque de réexposition et de réinfection futures. Discuter de la question de la prévention des surdoses et fournir un soutien à cet égard.
- Discuter de la marche à suivre en cas d'oubli ou de perte de doses de médicaments. Aider les clients à observer leur schéma médicamenteux et à ne pas abandonner les soins, ou les orienter vers les services appropriés. Le soutien peut consister à effectuer un suivi régulier, à assouplir les modalités de délivrance des médicaments, à associer les AAD à d'autres substances actuellement utilisées par la personne concernée, telles que la méthadone ou des

agents dont l'approvisionnement est plus sûr, à proposer un accompagnement de groupe et à veiller à la poursuite du traitement et au respect du schéma posologique dans différents établissements tels que les prisons, les unités psychiatriques et les hôpitaux. Les personnes chargées de l'accompagnement du traitement, les travailleurs sociaux ou les pairs peuvent contribuer à la prestation de ces services.

Mettre les clients atteints d'hépatite C en relation avec des prestataires de soins de santé ayant la réputation de bien prendre en charge les personnes qui consomment des drogues.

Compte tenu de la stigmatisation et de la discrimination dont les personnes qui consomment des drogues peuvent faire l'objet lorsqu'elles ont recours aux services, le rôle du prestataire de services consiste notamment à connaître – et à établir des partenariats avec – les prestataires de soins de santé, les cliniques et les centres de santé locaux qui offrent des soins accessibles, accueillants et respectueux aux personnes qui consomment des drogues.

Accueillir les clients qui présentent une réinfection dans un cadre non moralisateur, les orienter vers des prestataires de soins respectueux et les soutenir pendant toute la durée du traitement.

Certaines personnes peuvent être réinfectées par le virus de l'hépatite C lorsqu'elles y sont à nouveau exposées. La réinfection est à prévoir et peut être considérée comme un indicateur central de l'accessibilité au traitement lorsque les services sont accessibles aux personnes les plus à risque de la communauté. Le risque de réinfection est maximal dans la période qui suit immédiatement le traitement et parmi les personnes exposées de nombreuses fois au risque de contracter l'infection par l'hépatite C. Les clients doivent avoir accès en tout temps à des services de réduction des méfaits après le traitement de l'hépatite C. Ils ne doivent pas se voir refuser le traitement de l'hépatite C parce qu'ils s'exposent à un risque de réinfection. Les mêmes protocoles de traitement s'appliquent à tous les cas d'infection par le virus de l'hépatite C, qu'il s'agisse d'une première infection ou d'une réinfection. Cependant, le traitement en cas de réinfection peut soulever des difficultés supplémentaires dont il faudra tenir compte. Il est important d'orienter les clients vers des prestataires pouvant offrir un nouveau traitement, des conseils avisés en matière de réduction des méfaits et un soutien psychosocial. En outre, il est important de souligner les succès des clients en matière de dépistage et de réintégration dans le système de soins.

Envisager des moyens d'intégrer le traitement de l'hépatite C aux services auxquels ont déjà accès les personnes qui consomment des drogues.

Les services intégrés permettent de rejoindre les personnes là où elles se trouvent et de les prendre en charge dans des lieux plus faciles d'accès, plus conviviaux et mieux adaptés à leurs besoins en matière de santé, tels que les centres de réduction des méfaits, les sites d'injection supervisée, les programmes de TAO, les centres de santé communautaires, les centres de santé sexuelle et les refuges.

Favoriser l'accès des clients au traitement.

En vertu des lignes directrices canadiennes en matière de traitement, la consommation de drogues ne devrait pas avoir d'incidence sur l'admissibilité au traitement de l'hépatite C. Le rôle du prestataire de services peut consister à prôner le traitement, à insister sur le fait que les personnes qui consomment des drogues ont droit à un traitement et à éliminer les obstacles à l'accès au traitement.

2. Inciter les clients qui consomment des drogues et les membres de leur réseau à passer régulièrement des tests de dépistage d'une infection ou d'une réinfection par le virus de l'hépatite C.

Le dépistage est le seul moyen de déterminer si une personne a contracté le virus de l'hépatite C. Au Canada, le dépistage régulier de l'hépatite C est recommandé pour les personnes présentant un risque constant d'infection par le virus de l'hépatite C, ce qui comprend les personnes qui consomment des drogues.

Inciter les clients qui consomment des drogues à passer régulièrement un test de dépistage du VHC.

- Assurez-vous que les clients soient bien informés en ce qui concerne le dépistage (test d'anticorps) et le test de confirmation.
- Renseignez-vous sur la procédure de dépistage du VHC dans votre région et informez les clients de ce qui les attend.
- Il est recommandé que les personnes exposées à un risque constant d'infection par le virus de l'hépatite C passent un test de dépistage tous les 6 à 12 mois. S'agissant des personnes qui n'ont jamais contracté le virus de l'hépatite C, cela signifierait qu'elles doivent passer un test de détection des anticorps anti-VHC.
- Renseignez-vous sur les prestataires de soins de santé, les cliniques et les centres de santé locaux offrant des services de dépistage du VHC et ayant la réputation de bien prendre en charge les personnes qui consomment des drogues,

et établissez des partenariats avec eux. Ce faisant, les prestataires de services peuvent faciliter l'accès des clients qui font usage de drogues aux services de dépistage.

Inciter les clients qui ont été guéris de l'hépatite C et qui risquent d'être réinfectés à passer tous les 6 à 12 mois un test de confirmation, qui consiste généralement en une analyse de dépistage de l'ARN.

- Les personnes qui ont déjà contracté l'hépatite C resteront porteuses d'anticorps et doivent donc seulement passer le test visant à confirmer une éventuelle réinfection. Le dépistage régulier permettra de déterminer si une personne se trouve aux premiers stades de la réinfection et de la faire bénéficier de soins et d'un traitement le plus rapidement possible. La fréquence du dépistage dépendra du risque de réexposition.
- Informez les clients au sujet des modes de transmission de l'hépatite C avant, pendant et après le traitement. Renseignez-vous sur les groupes de personnes avec lesquels le client consomme des drogues (ses réseaux), favorisez les filières d'orientation par les pairs à bas seuil d'accessibilité, et proposez au client de faire bénéficier les membres de ses réseaux d'un dépistage et d'un traitement de l'hépatite C.

Envisager des moyens d'intégrer le dépistage de l'hépatite C dans le cadre des programmes destinés à soutenir les personnes qui consomment des drogues tels que les services de TAO et de réduction des méfaits, les centres de santé communautaires et les refuges.

Les services intégrés permettent de rejoindre les personnes là où elles se trouvent et de les prendre en charge dans des lieux plus faciles d'accès, plus conviviaux et mieux adaptés à leurs besoins en matière de santé. Veillez à ce que les clients aient accès à des services de conseil adaptés après le dépistage, offerts en même temps que les tests.

3. Faciliter l'accès aux services de réduction des méfaits afin de réduire la probabilité d'une infection et d'une réinfection par l'hépatite C.

La voie la plus fréquente de transmission de l'hépatite C au Canada est le partage du matériel servant à s'injecter, à fumer ou à sniffer des drogues. L'hépatite C peut se transmettre lorsque des personnes partagent du matériel de ce type ayant été en contact avec du sang infecté par le virus. Il faudrait que les personnes qui s'injectent des drogues utilisent à chaque fois du matériel neuf (cela concerne notamment les aiguilles et les seringues, les filtres, l'eau et les *sécuricups* servant à préparer ou à s'injecter des drogues), et que les personnes qui fument ou qui sniffent des drogues utilisent leur propre matériel (ce

qui comprend respectivement les pipes et les embouts, ainsi que les pailles et le papier roulé).

Informer les clients qu'on peut être réinfecté par le virus de l'hépatite C si on y est réexposé.

Il n'existe pas de vaccin permettant de prévenir l'infection par l'hépatite C. La réinfection par le virus de l'hépatite C après une nouvelle exposition peut toucher aussi bien les personnes qui ont éliminé spontanément le virus, que celles qui ont été traitées et guéries. Un traitement antérieur de l'hépatite C ne protège pas contre une réinfection.

Demander aux clients quelles sont leurs habitudes de consommation de drogues et les aider à adopter des pratiques plus sûres visant à prévenir la réinfection en leur fournissant :

- des conseils sur l'utilisation plus sûre des drogues, y compris la prévention des surdoses et la naloxone;
- des ressources permettant de faire un usage plus sûr des drogues, comme des fournitures neuves;
- les coordonnées du site de consommation supervisée ou du site de prévention des surdoses le plus proche (si ces services sont disponibles).

Offrir aux clients un cadre de prestation de services accueillant et sûr dans lequel ils sont traités avec dignité et respect. Cela consiste notamment à fournir des soins culturellement sûrs et adaptés.

Prenez conscience que la criminalisation de la consommation de drogues et la stigmatisation qui en résulte peuvent empêcher les personnes concernées de se sentir en sécurité lorsqu'elles ont recours aux services de réduction des méfaits. Ces conditions peuvent les amener à consommer des drogues seules, ce qui les expose à un risque accru de décès par surdose. Si un organisme ne fournit pas les services dont une personne a besoin, discutez de ses craintes et orientez-la vers des services accueillants.

OUTILS ET RESSOURCES

Ressources de CATIE

- Le traitement de l'hépatite C dans des programmes de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des drogues – *Point de mire sur la prévention*
- Médicaments anti-hépatite C courants au Canada pour les adultes – affiche de CATIE
- L'hépatite C : le traitement et la santé du foie - CATIE
- Eplclusa (velpatasvir + sofosbuvir) – Feuillelet d'information
- Maviret (glécaprévir + pibrentasvir) – Feuillelet d'information

- Harvoni (lédipasvir + sofosbuvir) – Feuillelet d'information
- Zepatier (elbasvir + grazoprévir) – Feuillelet d'information
- Vosevi (sofosbuvir + velpatasvir + voxilaprévir) – Feuillelet d'information
- La ribavirine (Ibavyr) – Feuillelet d'information
- Guérir l'hépatite C : ce qu'il vous faut savoir si vous consommez des drogues – brochure de CATIE
- Répondre à une surdose d'opioïdes, Répondre à une surconsommation ou à une surdose de stimulants – brochure de CATIE

Lignes directrices, déclarations de principes et énoncés de consensus

- The management of chronic hepatitis C: 2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver – *Canadian Medical Association Journal*
- Recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en matière de dépistage (2019).
- Global declaration to eliminate hepatitis C in people who use drugs – International Network on Health and Hepatitis in Substance Users
- Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada – Réseau canadien sur l'hépatite C
- Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : vers l'élimination de l'hépatite virale – Organisation mondiale de la Santé

DONNÉES PROBANTES

Efficacité du traitement de l'hépatite C et avantages du traitement sur le plan individuel et collectif

Le traitement de l'hépatite C a considérablement gagné en efficacité depuis l'arrivée des AAD. Les AAD sont des médicaments à prendre exclusivement par voie orale, généralement pendant 8 à 12 semaines, dont les effets secondaires sont négligeables et qui permettent de guérir l'hépatite C dans plus de 95 % des cas^{1,2}. Le traitement de l'hépatite C à base d'interféron offert jusque-là était mal toléré, était administré par injections pendant 24 à 48 semaines, pouvait avoir des effets secondaires d'ordre psychiatrique, et était associé à des taux moindres de guérison³.

Le traitement AAD et la guérison de l'hépatite C procurent des avantages importants pour la santé, notamment la réduction du risque d'insuffisance hépatique, de cancer du

foie (carcinome hépatocellulaire) et de cirrhose, et la réduction du risque de survenue de maladies extra-hépatiques telles que la cryoglobulinémie, le lymphome non hodgkinien, les maladies cardiovasculaires et le diabète sucré⁴. Au nombre des avantages de la guérison, citons également l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé⁵.

Si le principal avantage de la généralisation du dépistage, du traitement et de la facilitation de l'accès aux soins est la capacité de diagnostiquer les infections par l'hépatite C et de guérir les personnes atteintes, ces mesures peuvent également être considérées comme une stratégie de prévention. Le traitement et la guérison de l'hépatite C à grande échelle impliquent une réduction du nombre de personnes atteintes de la maladie et donc des possibilités de transmission du virus, ce qui se traduit par une diminution du nombre de nouvelles infections. On parle alors de traitement à titre préventif.

Les programmes de traitement de l'hépatite C à titre préventif ont permis de réduire l'incidence de l'hépatite C en Islande⁶, dans les établissements pénitentiaires d'Australie⁷ et chez les hommes séropositifs pour le VIH ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes aux Pays-Bas⁸. Il existe toutefois des données fort probantes indiquant que l'offre du traitement aux personnes les plus à risque est la façon la plus efficace et la plus rentable d'éradiquer l'hépatite C tant au niveau individuel que de la population⁹⁻¹². D'après des modèles de projection, le traitement à titre préventif est une stratégie efficace de lutte contre l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues¹²; en Australie, la généralisation rapide du traitement de l'hépatite C chez cette population a entraîné une diminution de la transmission et de la prévalence de la virémie (présence du virus de l'hépatite C dans le sang) chez les personnes qui s'injectent des drogues¹³. L'efficacité d'une approche de traitement à titre préventif auprès des personnes qui consomment des drogues dépend par ailleurs d'un accroissement simultané de la portée des services de réduction des méfaits¹⁴.

Accessibilité du traitement de l'hépatite C pour les personnes qui consomment des drogues : disparités en matière d'accès et obstacles à l'obtention d'un traitement

Disparités en matière d'accès au traitement de l'hépatite C

Les personnes qui consomment des drogues sont surreprésentées parmi les victimes de l'épidémie mondiale d'hépatite C². C'est également le cas au Canada, où l'utilisation de drogues injectables est la forme d'exposition la plus fréquente chez les personnes atteintes d'hépatite C¹⁵. D'après les résultats d'une enquête nationale menée entre

2017 et 2019 auprès des personnes qui s'injectaient des drogues au Canada (anciennement connue sous le nom de « I-Track »), 64 % des participants étaient atteints d'une infection active par le virus de l'hépatite C ou l'avaient déjà contractée, et 37 % des participants présentaient une infection active par le virus de l'hépatite C¹⁶.

Malgré les progrès des traitements, les personnes qui consomment des drogues continuent d'être une population négligée sur le plan de l'accès au dépistage, à la prise en charge et au traitement de l'hépatite C. Selon les résultats de la même enquête, seulement 50 % des personnes qui consommaient des drogues et qui étaient porteuses du virus de l'hépatite C connaissaient leur statut sérologique. Dans cette catégorie, seulement 11 % avaient déjà reçu un traitement contre l'hépatite C, et parmi celles-ci, 4 % suivaient un traitement en cours¹⁶.

Auparavant, l'utilisation de drogues injectables était une contre-indication au traitement de l'hépatite C à base d'interférons¹⁷. En revanche, le traitement AAD est sans danger et efficace chez les personnes qui consomment des drogues^{18,19} et les lignes directrices canadiennes recommandent que tous les patients atteints d'une infection chronique par l'hépatite C soient considérés comme candidats au traitement⁵.

Obstacles au traitement de l'hépatite C

Les personnes qui s'injectent des drogues font l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination importantes et sont plus susceptibles d'être désavantagées sur le plan socioéconomique, de présenter des maladies et de se heurter à des obstacles au moment d'accéder aux soins de santé²⁰. Les méfaits involontaires de l'utilisation de drogues injectables, profondément liés à la criminalisation de cette pratique, comprennent les infections virales transmissibles par le sang, les surdoses et les décès par surdose, ainsi que les infections bactériennes liées aux injections²⁰. Au Canada, la crise actuelle des surdoses soulève le défi pressant de garder les gens en vie²¹; on observe de fortes augmentations de la mortalité liée à la consommation de drogues tant chez les personnes atteintes d'hépatite C que chez celles qui ne le sont pas²².

Les obstacles à l'accès au traitement de l'hépatite C pour les personnes qui consomment des drogues peuvent être classés en deux catégories : les obstacles au niveau des prestataires et du système de soins santé, et les obstacles au niveau individuel. Les obstacles au niveau des prestataires et du système de soins de santé peuvent prendre les formes suivantes :

- réticence à traiter les personnes qui consomment activement des drogues^{23,24}, allant de pair avec des idées erronées

concernant l'efficacité du traitement²⁵⁻²⁸, la réinfection^{24,29} et l'observance du traitement²⁹;

- manque de connaissances en matière de dépistage et de traitement de l'hépatite C chez les professionnels de la santé, ce qui peut entraver la capacité de reconnaître et de traiter adéquatement les personnes concernées^{24,27,30};
- absence de cadres de traitement adaptés aux personnes qui consomment des drogues (p. ex., manque d'infrastructures de services relatifs à l'hépatite C, prestation de services compliquée ou cloisonnée et mal coordonnée)^{24,28,30,31};
- criminalisation de la consommation de drogues, stigmatisation et discrimination à l'endroit des personnes qui consomment des drogues^{19,31}, et facteurs connexes liés à la marginalisation qui en résulte, tels que la pauvreté, l'itinérance et la crise des surdoses³¹;
- ignorance des besoins (p. ex., besoins en matière de santé et de soutien social) des personnes qui consomment des drogues^{27,30}.

Les obstacles de nature individuelle à l'accès au traitement de l'hépatite C pour les personnes qui consomment des drogues sont propres à chacune d'entre elles mais se rattachent aussi aux obstacles systémiques. Ils peuvent prendre les formes suivantes :

- subir la stigmatisation^{23,24}, redouter la stigmatisation et se méfier du système soins de santé^{24,26,27,29,30,32};
- avoir des priorités diverses et ne pas être en mesure de prendre pleinement part aux soins^{24,27,30} ou privilégier le traitement de l'hépatite C au détriment d'autres problèmes de santé (p. ex., le logement, les surdoses, l'infection par le VIH)³¹;
- ne pas connaître son statut sérologique quant à l'hépatite C, être asymptomatique^{23,27} ou estimer qu'on n'a pas vraiment besoin de traitement^{23,24,29};
- ne pas bien connaître les traitements AAD, les lieux où l'on peut obtenir un traitement ou les critères d'admissibilité^{23,24}.

Il est possible de surmonter certains des obstacles concernant les prestataires par des approches telles que l'intégration ou le regroupement des services au sein des programmes de réduction des méfaits (p. ex., sites de consommation à moindre risque, sites de prévention des surdoses), ou au moyen d'autres programmes ou cadres d'intervention (p. ex., des programmes de lutte contre le VIH, des programmes de TAO, des services de soins primaires, des services de santé sexuelle)^{23,24,31}. D'autres obstacles de cette nature peuvent être

éliminés en améliorant les compétences et les connaissances des prestataires de soins de santé et en dissipant leurs idées erronées sur le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues^{23,24}. Cela peut consister à faire appel à des personnes ayant une expérience vécue et actuelle de ce problème pour planifier et diriger la prestation des services^{23,31}.

Les obstacles au niveau individuel peuvent être surmontés en aidant les clients à bénéficier de services sociaux et médicaux, y compris les programmes de soutien au revenu, d'aide au logement et de soins de santé mentale^{24,31}; en fournissant de l'information sur l'hépatite C et le traitement AAD²⁴, et enfin, en établissant des partenariats avec les prestataires de soins de santé et les services locaux qui fournissent des soins sûrs et bienveillants aux personnes qui consomment des drogues, et en aidant les clients à se prévaloir de ces services.

Efficacité du traitement chez les personnes qui consomment des drogues

Les lignes directrices canadiennes actuelles en matière de traitement de l'hépatite C recommandent d'envisager le traitement chez toutes les personnes atteintes d'hépatite C chronique, y compris celles qui consomment des drogues⁵. Cette recommandation est conforme à d'autres lignes directrices et recommandations nationales et internationales³³⁻³⁶.

Réponse virologique soutenue (RVS) chez les personnes qui consomment des drogues

Des données probantes très nombreuses montrent que le traitement AAD est très efficace et permet de guérir l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues, et que les effets du traitement de l'hépatite C chez ces dernières et chez les personnes qui reçoivent un TAO sont équivalents à ceux observés chez les personnes sans antécédents de consommation de drogues. Une revue systématique et une méta-analyse récentes ont révélé que le traitement de l'hépatite C était très efficace chez les personnes ayant récemment consommé des drogues et les personnes sous TAO³⁷, et ces résultats sont comparables à ceux d'une autre étude³⁸. Dans ces deux analyses, près de 88 % des personnes ayant récemment consommé des drogues injectables et de 91 % des personnes sous TAO ont obtenu une RVS^{37,38}.

De plus, dans le cadre d'une revue systématique et d'une méta-analyse récentes portant sur l'efficacité du traitement AAD chez les personnes consommant des drogues, aucune différence significative n'a été notée au chapitre de la RVS (ou de la guérison) entre les personnes sous TAO et un groupe

témoin, ou entre les personnes s'injectant des drogues et un groupe témoin¹⁸. L'analyse portait sur 1 702 participants recevant un TAO, 538 participants s'injectant des drogues et 19 723 participants servant de témoins. Le taux d'obtention d'une RVS était de 90 % dans le groupe sous TAO, et de 88 % dans le groupe des utilisateurs de drogues injectables¹⁸.

Ces trois articles portaient sur des études concernant le traitement de l'hépatite C chez des personnes qui consommaient ou avaient récemment consommé des drogues injectables. Cela vient confirmer que le traitement est très efficace chez cette population et que le renoncement à la consommation de drogues ne doit pas être une condition préalable au traitement.

Innocuité du traitement AAD associé à un TAO ou à la consommation de drogues

Aucun AAD n'est contre-indiqué en cas de TAO ou de consommation de drogues; cependant, les prestataires de soins doivent tenir compte de certains facteurs. Dans les lignes directrices concernant la pratique et le traitement de l'hépatite C élaborées par l'Association européenne pour l'étude du foie, il est indiqué que le fentanyl et l'oxycodone peuvent faire l'objet d'interactions avec certains AAD³³.

La prise en charge recommandée comprend la surveillance des signes de diminution du niveau de conscience et de dépression respiratoire³⁹. Il ne devrait se produire aucune interaction avec les stimulants, les cannabinoïdes et l'éthanol⁴⁰. Il importe de noter que ces possibles interactions médicamenteuses ne doivent pas dissuader les prestataires de prescrire des AAD aux clients sous TAO ou consommant des drogues, car des études en situation réelle ont permis de démontrer que le traitement de l'hépatite C est sûr et efficace chez ces populations^{18,19}.

Observance du traitement par les personnes qui consomment des drogues

L'observance du traitement est un motif de préoccupation avéré de la part des cliniciens qui hésitent à proposer un traitement contre l'hépatite C aux personnes qui consomment des drogues³⁷. Cependant, les données probantes indiquent qu'il n'y a pas de différence significative sur le plan de l'observance du traitement entre les personnes qui consomment des drogues et celles qui n'en consomment pas¹⁸. Le taux de RVS reste élevé chez les personnes qui n'observent pas leur traitement AAD, ce qui permet de penser que celles-ci disposent d'une certaine marge⁴¹⁻⁴³. L'inobservance est généralement définie comme le fait de prendre moins de 90 % des doses prescrites.

Deux grandes études internationales, SIMPLIFY et D3FEAT, ont porté sur la RVS et l'observance du traitement par des personnes qui utilisent des drogues injectables et des personnes sous TAO. Les participants ont reçu un schéma d'AAD à prendre une ou deux fois par jour. Six centres canadiens ont participé à l'étude⁴¹. Le taux médian d'observance était élevé, à 92 %. Au total, 40 % des participants ont été désignés comme non-observants (c'est-à-dire qu'ils ont pris moins de 90 % de leurs doses); toutefois, le taux de RVS est resté élevé chez les participants non-observants et chez les participants observants (89 % et 95 %, respectivement). On n'a constaté aucune différence dans le taux de RVS entre les participants ayant omis sept doses consécutives et ceux qui n'en ont pas omis. L'inobservance était associée à l'injection récente de stimulants, à une situation de logement instable et au schéma biquotidien. Par ailleurs, l'observance diminuait au fil du traitement⁴¹.

Certains clients pourraient bénéficier d'un soutien accru en matière d'observance et préférer recourir à ce type de services⁴⁴. Ceux-ci peuvent prendre les formes suivantes :

- prise de contact régulière par téléphone ou en personne⁴⁴;
- distribution de médicaments sous observation directe (quotidienne ou hebdomadaire)^{44,45};
- liaison avec d'autres organismes, ou administration du traitement dans les prisons, les unités psychiatriques et les hôpitaux⁴⁴;
- traitement de groupe⁴⁵.

Réinfection par l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues

Les personnes qui adoptent constamment des comportements risqués liés à la consommation de drogues comme le partage de matériel d'injection, peuvent être exposées au virus de l'hépatite C et contracter une nouvelle infection. Les lignes directrices canadiennes en matière de traitement de l'hépatite C recommandent que les personnes exposées à des risques constants passent annuellement un test de dépistage de l'ARN viral afin de déterminer si elles ont été réinfectées⁵. La réinfection par le virus de l'hépatite C doit être traitée de la même manière qu'une infection primaire⁵. Cette recommandation est conforme à d'autres lignes directrices internationales³³.

La réinfection par l'hépatite C est un motif de préoccupation fréquent chez les cliniciens qui hésitent à proposer un traitement aux personnes qui consomment des drogues^{18,19}. Cependant, la guérison de l'hépatite C présente des avantages

importants pour la santé des individus, ainsi que des avantages collectifs tels que la prévention de la transmission subséquente du virus. Du point de vue du traitement à titre préventif, les réinfections par le virus de l'hépatite C dans un contexte où la portée des services de réduction des méfaits est étendue peuvent être interprétées comme un marqueur de réussite : elles peuvent être considérées comme le signe que les personnes qui consomment des drogues et qui sont particulièrement à risque, mais que l'on ne voit pas souvent recourir aux services, bénéficient d'un traitement¹⁴.

Une méta-analyse concernant la réinfection par l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues a permis d'examiner des données internationales portant sur 6311 années-personnes de suivi et provenant de 36 études, parmi lesquelles 9 études canadiennes⁴⁶. Les taux regroupés s'élevaient à 5,9 réinfections pour 100 années-personnes chez les personnes ayant récemment consommé des drogues, à 6,2 réinfections pour 100 années-personnes chez les personnes ayant récemment consommé des drogues injectables, et à 3,8 réinfections pour 100 années-personnes chez les personnes sous TAO. Les taux de réinfection sont équivalents après les traitements à base d'interféron, ce qui indique qu'il n'y a pas lieu de craindre que les personnes modifient leurs comportements à risque après avoir suivi un traitement AAD (parce que celui-ci est moins onéreux et plus efficace que les traitements antérieurs de l'hépatite C)⁴⁶. Le TAO et une période de suivi plus longue ont été associés à un taux de réinfection plus faible. D'après les résultats d'une analyse groupée de sept études portant sur des personnes consommant des drogues, les taux de réinfection étaient inférieurs aux taux d'infection primaire⁴⁶.

Les stratégies de lutte contre la réinfection par l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues sont les suivantes^{14,19} :

- lorsqu'on traite des personnes qui consomment des drogues injectables et présentant un risque élevé, reconnaître que les réinfections sont prévisibles;
- discuter du risque de réinfection avec les clients avant, pendant et après le traitement;
- optimiser les stratégies de réduction des méfaits, notamment en proposant de l'information et des ressources concernant les pratiques d'injection de drogues plus sûres et la prévention des surdoses;
- s'informer au sujet des partenaires d'injection des clients, et proposer de soumettre leurs partenaires réguliers à un dépistage;

- procéder au dépistage de la réinfection au moyen d'une analyse annuelle de l'ARN viral;
- proposer de traiter la réinfection sans stigmatiser ni discriminer.

RÉFÉRENCES

1. Falade-Nzzwulia O, Suarez-Cuervo C, Nelson DR *et al.* Oral direct-acting agent therapy for hepatitis C virus infection : a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2017;166(9):637-48.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, juin 2016. Disponible au : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf>
3. Grebely J, Bruneau J, Bruggmann P *et al.* Elimination of hepatitis C virus infection among PWID: the beginning of a new era of interferon-free DAA therapy. *International Journal of Drug Policy*. 2017;47:26-33.
4. Gonzalez HC, Gordon SC. Hepatitis C. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2020;49(2):301-14.
5. Shah H, Bilodeau M, Burak KW *et al.* The management of chronic hepatitis C: 2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver. *CMAJ*. 2018;190(22):E677-E687.
6. Olafsson S, Fridriksdottir RH, Tyrfinngsson T *et al.* THU-412-Iceland may already have reached the WHO 2030 targets for diagnosis and treatment of hepatitis C virus infection: results from the Treatment as Prevention for Hepatitis C (Trap HepC) Program. *Journal of Hepatology*. 2019;70(1):e337-e338.
7. Hajarizadeh B, Grebely J, Byrne M *et al.* Evaluation of hepatitis C treatment-as-prevention within Australian prisons (SToP-C): a prospective cohort study. *Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2021;6(7):533-46.
8. Boerekamps A, van den Berk GE, Lauw FN *et al.* Declining hepatitis C virus (HCV) incidence in Dutch human immunodeficiency virus-positive men who have sex with men after unrestricted access to HCV therapy. *Clinical Infectious Diseases*. 2018 May;66:1360-65.
9. Martin NK, Vikerma P, Foster GR *et al.* Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *Journal of Hepatology*. 2011 Jun;54(6):1137-44.

10. Midgard H, Weir A, Palmateer N *et al.* HCV epidemiology in high-risk groups and the risk of reinfection. *Journal of Hepatology*. 2016;65:533-545.
11. Marcellin F, Demoulin B, Suzan-Monti M *et al.* Risk factors for HCV reinfection or transmission in HIV-HCV coinfecting MSM (ANRS-VESPA2 French National Survey). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015 Dec 15; 70(5):e179-e182.
12. Hickman M, De Angelis D, Vickerman P *et al.* Hepatitis C virus treatment as prevention in people who inject drugs – testing the evidence. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2015 Dec;28(6):576-582.
13. Iversen J, Dore GJ, Catlett B *et al.* Association between rapid utilisation of direct hepatitis C antivirals and decline in the prevalence of viremia among people who inject drugs in Australia. *Journal of Hepatology*. 2019;70(1):33-9.
14. Dore G. HCV reinfection as a positive indication of high-risk population treatment access. *Journal of Viral Hepatitis*. 2019;26:516-8.
15. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017*. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2019. Disponible au : https://www.canada.ca/content/dam/themes/health/publications/diseases-conditions/report-hepatitis-b-c-canada-2017/DGapproved_Hepatitis%202017-report_July%203b_FR.pdf.
16. Gouvernement du Canada. Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2020; 46(5):155-68. Disponible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2020-46/numero-5-7-mai-2020/rapport-enquete-utilisateurs-drogues-injection-canada-2017-2019.html>.
17. Myers RP, Shah H, Burak KW *et al.* An update on the management of chronic hepatitis C: 2015 consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2015;29(1):19-34.
18. Graf C, Mücke MM, Dultz G *et al.* Efficacy of direct-acting antivirals for chronic hepatitis C virus infection in people who inject drugs or receive opioid substitution therapy: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2020;70(11):2355-65.
19. Martinello M, Dore GJ, Matthews GV *et al.* Strategies to reduce hepatitis C virus reinfection in people who inject drugs. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2018;32(2):371-93.
20. Grebely J, Dore GJ, Morin S *et al.* Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 – What will it take to get there? *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20:221-46.
21. Selfridge M, Cunningham EB, Milne R *et al.* Direct-acting antiviral treatment for hepatitis C, reinfection and mortality among people attending an inner-city community health centre in Victoria, Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2019;72:106-13.
22. Samji H, Yu A, Wong S *et al.* Drug-related deaths in a population-level cohort of people living with and without hepatitis C virus in British Columbia, Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2020;86:102989.
23. Goodyear T, Brown H, Browne AJ *et al.* "I want to get better, but..." : identifying the perceptions and experiences of people who inject drugs with respect to evolving hepatitis C virus treatments. *International Journal for Equity in Health*. 2021;20(1):81.
24. Amoako A, Ortiz-Paredes D, Engler K *et al.* Patient and provider perceived barriers and facilitators to direct acting antiviral hepatitis C treatment among priority populations in high income countries: a knowledge synthesis. *International Journal of Drug Policy*. 2021;103247.
25. Norton BL, Akiyama MJ, Zamor PJ *et al.* Treatment of chronic hepatitis C in patients receiving opioid agonist therapy: a review of best practice. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2018;32(2):347-70.
26. Fragomeli V, Weltman M. Addressing viral hepatitis in the opiate substitution setting: an integrated nursing model of care. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2015; 30(2):6-11.
27. Hashim A, O'Sullivan M, Williams H *et al.* Developing a community HCV service: Project ITTREAT (integrated community-based test – stage – TREAT) service for people who inject drugs. *Primary Health Care Research & Development*. 2018;19:110-20.

28. Lazarus JV, Percias JM, Picchio C *et al.* We know DAAs work, so now what? Simplifying models of care to enhance the hepatitis C cascade. *Journal of Internal Medicine.* 2019;286:502-25.
29. Zeremski M, Zibbell JE, Martinez AD *et al.* Hepatitis C virus control among persons who inject drugs requires overcoming barriers to care. *World Journal of Gastroenterology.* 2013;19(44):7846-51.
30. Bruggman P, Litwin AH. Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all. *Clinical Infectious Diseases.* 2013;57(S2):S56-61.
31. Goodyear T, Ti L, Carrieri P *et al.* "Everybody living with a chronic disease is entitled to be cured" : challenges and opportunities in scaling up access to direct-acting antiviral hepatitis C virus treatment among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy.* 2020; 81:102766.
32. Grebely J, Oser J, Taylor LE *et al.* Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection : action required at the system, provider, and patient levels. *Journal of Infectious Diseases.* 2013 Mar;207 Suppl1(Suppl1):S19-25.
33. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series [practice guidelines]. *Journal of Hepatology.* 2020;73:1170-1218.
34. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). HCV guidance: recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C [website]. AASLD; 2020. Disponible au : www.hcvguidelines.org.
35. Chung, RT, Ghany MG, Kim AY *et al.* Hepatitis C guidance 2018 update : AASLD-IDSa recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Clinical Infectious Diseases.* 2018;67(10):1477-92.
36. Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018. <https://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2018/en/>.
37. Hajarizadeh B, Cunningham EB, Reid H *et al.* Direct-acting antiviral treatment for hepatitis C among people who use or inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterology & Hepatology.* 2018;3(11): 754-67.
38. Latham NH, Doyle JS, Palmer AY *et al.* Staying hepatitis C negative: a systematic review and meta-analysis of cure and reinfection in people who inject drugs. *Liver International.* 2019;39(12):2244-60.
39. Hong J, Wright RC, Partovi N *et al.* Review of clinically relevant drug interactions with next generation hepatitis C direct-acting antiviral agents. *Journal of Clinical and Translational Hepatology.* 2020;8(3):322-35.
40. Ing Lorenzini K, Girardin F. Direct-acting antiviral interactions with opioids, alcohol or illicit drugs of abuse in HCV-infected patients. *Liver International.* 2020;40(1): 32-44.
41. Cunningham EB, Hajarizadeh B, Amin J *et al.* Adherence to once-daily and twice-daily direct-acting antiviral therapy for hepatitis C infection among people with recent injection drug use or current opioid agonist therapy. *Clinical Infectious Diseases.* 2020;71(7):e115-e124.
42. Brooks KM, Castillo-Mancilla JR, Morrow M *et al.* Adherence to direct-acting antiviral therapy in people actively using drugs and alcohol: the INCLUD Study. *Open Forum Infectious Disease.* 2021;8(1):ofaa564.
43. Heo M, Pericot-Valverde I, Rennett L *et al.* Hepatitis C virus DAA treatment adherence patterns and SVR among people who inject drugs treated in opioid agonist therapy programs. *Clinical Infectious Diseases.* 2021 April 20; ciab334.
44. Read P, Gilliver R, Kearley J *et al.* Treatment adherence and support for people who inject drugs taking direct-acting antiviral therapy for hepatitis C infection. *Journal of Viral Hepatitis.* 2019;26(11):1301-10.
45. Norton BL, Akiyama MJ, Arnsten JH *et al.* High HCV cure rates among people who inject drugs and have suboptimal adherence: a patient-centered approach to HCV models of care. *International Journal of Drug Policy.* 2021;93:103135.
46. Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H *et al.* Hepatitis C reinfection after successful antiviral treatment among people who inject drugs: a meta-analysis. *Journal of Hepatology.* 2020;72(4):643-57..



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

Communiquez avec nous

par téléphone

1-800-263-1638

416-203-7122

par télécopieur

416-203-8284

par courriel

info@catie.ca

par la poste

555, rue Richmond Ouest

Bureau 505, boîte 1104

Toronto ON M5V 3B1

DÉNI DE RESPONSABILITÉ

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements publiés ou fournis par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

LA REPRODUCTION DE CE DOCUMENT

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE. Pour plus d'information, contactez-nous au 1-800-263-1638 ou à info@catie.ca.*

La production de cette publication a été rendue possible grâce à l'apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les déclarations de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse www.catie.ca