

● VHC &

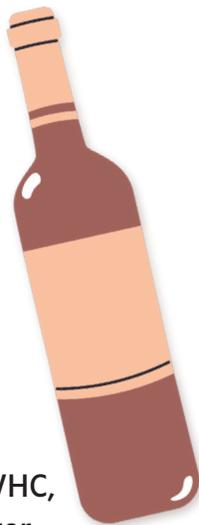
● VHC et alcool

L'alcool peut être hépatotoxique. Sa consommation réduit les taux de clairance spontanée du VHC et peut jouer un rôle important dans l'aggravation de l'évolution de la maladie du foie chez les PVVHC.

Il est important de noter que l'efficacité des AAD n'est pas altérée par une consommation d'alcool passée ou présente. La consommation d'alcool ne doit donc pas empêcher l'accès au traitement.⁸⁰

Chez les personnes vivant avec le VHC, la prise d'alcool contribue à accélérer la progression de la fibrose, augmente le risque de fibrose avancée/cirrhose et de cirrhose décompensée, augmente le risque d'hépatocarcinome cellulaire (notamment à un âge plus jeune et limite la réponse au traitement) et de mortalité.

L'importance de cet impact dépend de la quantité d'alcool absorbée et de la fréquence de consommation. Selon une étude, l'impact est significatif au-delà de



14 consommations par semaine. Les risques de cirrhose décompensée et de mortalité demeurent même après un traitement par AAD, comparativement aux personnes qui ne consomment pas d'alcool.⁸¹

● VHC et drogues

Comme énoncé précédemment, les personnes utilisatrices de drogues (injectables et non-injectables) sont parmi les plus touchées par le VHC. Des modélisations nous indiquent que dans les pays « industrialisés » 70 % à 80 % des nouvelles infections VHC toucheront des personnes utilisatrices de drogues injectables. La consommation de drogues, passée ou présente, n'est pas une contre-indication au traitement par AAD. Toutes les études démontrent une efficacité similaire des AAD chez les personnes qui consomment des substances psychoactives que parmi la population générale. Il n'y a pas d'interactions entre les AAD et le traitement par agonistes opioïdes (TAO). Cependant, la cocaïne peut être hépatotoxique et la consommation de stimulants peut avoir un impact sur l'adhérence au traitement.⁸²

Il est indispensable de souligner que la stigmatisation à laquelle font face les personnes utilisatrices de substances est une barrière dans l'accès aux soins et aux services.

Considérant les risques de réinfection pour les personnes utilisatrices de drogues injectables, il est important de faire de la prévention et de l'éducation et d'accroître l'accès au matériel d'injection stérile. En cas de réinfection, il faut traiter, et ce, sans jugement.

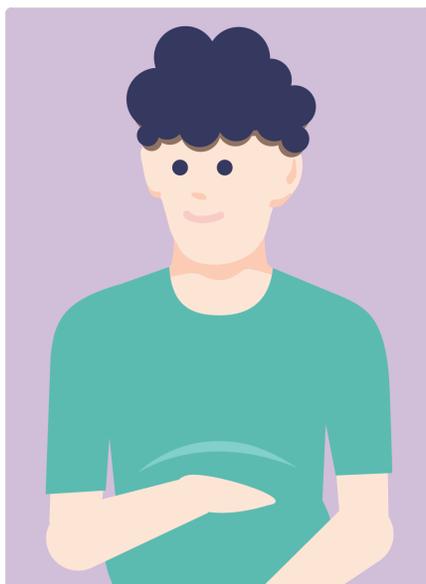
● VHC et grossesse

La transmission verticale est la cause principale des cas d'hépatites C pédiatriques (environ 60 % des cas au niveau mondial). Selon une méta-analyse, le risque de transmission verticale du VHC est estimé à 5.8 %.⁸³ Le risque de transmission verticale est augmenté et passe à 10 % lorsque le parent porteur de la grossesse vit avec une co-infection VIH/VHC.

L'allaitement est considéré sécuritaire pour les personnes vivant avec le VHC, sauf dans le cas où les mamelons sont craquelés.

Certaines études rapportent que le VHC entraîne un risque augmenté de diabète gestationnel, de cholestase intrahépatique de grossesse, de naissance prématurée et de poids à la naissance plus bas.

Concernant la prise d'AAD pendant la grossesse (accidentelle ou intentionnelle), les données sont très limitées. Présentement, le traitement par AAD n'est pas recommandé durant la grossesse et l'allaitement en raison du manque de données sur leur sécurité. Il faut donc tenir compte des implications que cela peut avoir pour des personnes enceintes qui seraient diagnostiquées sans opportunité de traitement jusqu'à l'accouchement ou la fin de l'allaitement.⁸⁴



● VHC chez les enfants

La prévalence du VHC chez les enfants est inférieure à celle chez les adultes, cependant, on estime qu'entre 3,5 et 5 millions d'enfants vivent avec une hépatite C chronique.⁸⁵

Pour le dépistage chez l'enfant, on procède à une recherche d'anticorps dans le sang après 18 mois (si on réalise l'analyse avant, il y a un risque qu'il s'agisse d'anticorps parentaux). Si on souhaite réaliser un dépistage avant 18 mois ou pendant allaitement, il faut faire une analyse de l'ARN.

En cas de dépistage positif on fait une analyse de l'ARN après 3 ans, car jusqu'à 50 % des enfants peuvent guérir spontanément. Depuis juin 2022, le MaviretTM est autorisé par l'ASPC pour les enfants à partir de 3 ans. Le traitement dure 8 semaines

et est efficace à 98,4 %.⁸⁶ Le MaviretTM pédiatrique est présenté en sachet de granulés pour en favoriser la prise.

● VHC et VHB

Dans le monde, la prévalence de la co-infection VHB/VHC est inconnue. La co-infection VHB/VHC est associée avec de plus hauts taux de cirrhose, un accroissement de la sévérité des maladies hépatiques et un risque plus élevé de HCC que chez les personnes mono-infectées. Le traitement des personnes porteuses d'une co-infection est complexe en

raison des interactions entre les virus et une potentielle réactivation de l'un ou l'autre des virus en cas de traitement antiviral.⁸⁷

L'AASLD recommande de commencer par le traitement de l'hépatite B en même temps, ou avant les AAD chez les personnes porteuses de co-infection. Un suivi régulier est nécessaire pour évaluer une éventuelle réactivation d'un des deux virus.

La co-infection VHB/VHC n'affecte pas le taux de guérison du VHC par traitement AAD.

● VHC et VIH

Dans le monde, on estime que 2,3 millions de personnes vivent avec une co-infection VIH/VHC, touchant majoritairement les PUDI et les HARSAH. Les risques de VHC sont 6 fois plus élevés pour les PVVIH que pour les personnes séronégatives au VIH. Au Canada, cette co-infection touche 20 % à 30 % des personnes vivant avec le VIH et est responsable d'un important fardeau de morbidité et mortalité.⁸⁸



Les personnes vivant avec une co-infection VHC/VIH font face à un risque de progression accélérée de la fibrose, un risque accru de carcinome hépatocellulaire et un risque accru de mortalité que les personnes vivant avec une mono-infection au VHC, même lorsqu'elles prennent des antirétroviraux (ARV). Le VHC impacte également la progression du VIH, facilitant notamment sa réplication.

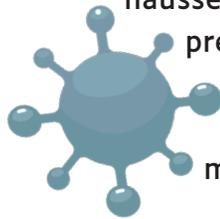
De récentes études indiquent que les taux de RVS des personnes co-infectées VIH/VHC sont comparables à ceux des personnes porteuses d'une mono-infection VHC.⁸⁹

Il est recommandé de commencer des ARV dans un premier temps et de lancer le traitement par AAD une fois la charge virale du VIH indétectable.

● VHC et COVID

Il a été observé que parmi les personnes ayant le COVID-19, celles qui ont un historique de VHC sont davantage sujettes à une plus forte virulence du SARS CoV-2, indépendamment des comorbidités de base, ou des lésions hépatiques induites par le COVID-19.⁹⁰

Les personnes vivant avec une hépatite C chronique ont plus de risque d'être hospitalisées en raison du SARS-CoV-2 et le taux d'hospitalisation augmente avec la hausse du score de FIB-4. Cependant, la présence du VHC n'a pas d'impact significatif sur les taux d'admission aux soins intensifs ni sur la mortalité.⁹¹



Les patient-es atteint-es de cirrhose du foie sont susceptibles de présenter une gravité et une mortalité accrues en cas d'infection par COVID-19.⁹²

Au-delà d'avoir une gravité accrue chez les PVVHC, la pandémie de COVID-19 a également impacté l'accès aux soins et aux services en hépatite C à tous les niveaux de la cascade de soins, notamment aux communautés clés, incluant les personnes

utilisatrices de drogues. L'enquête concernant l'incidence de la COVID-19 sur la prestation des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS au Canada nous indique que "Les réductions et suspensions des services ont affecté la prestation des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, y compris le soutien et le traitement pour les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C".

Rappelons-nous aussi la mise en place de deux couvre-feux au Québec ainsi que la criminalisation disproportionnée des communautés marginalisées durant la pandémie, particulièrement au Québec, qui ont entravé l'accès aux soins et services, notamment en réduction des méfaits.⁹³ La pandémie a donc ralenti les efforts d'élimination du VHC.

Il est aussi observé que les groupes les plus disproportionnellement affectés par le VHC ont été particulièrement touchés par le COVID. De plus, la pandémie a exacerbé les enjeux existants en augmentant les inégalités sociales. Il faudra donc redoubler d'efforts pour adresser les barrières associées à la stigmatisation et à la discrimination, à la pauvreté, aux crises des surdoses et du logement.⁹⁴

La pandémie de COVID-19 a également créé des opportunités d'innovation en termes de santé telle que l'accroissement de la télémédecine, qui constitue un moyen d'accroître l'engagement des communautés les plus marginalisées.⁹⁵ À voir si les gouvernements sauront s'en saisir.