


● Octobre 2020



# *L*a prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

● **Guide**  
pour les professionnels  
de la santé du Québec

**Annexe**

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-87582-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2020

## Annexe – Thérapies antivirales recommandées pour le traitement de l'hépatite C

*Dans le texte courant, l'astérisque renvoie à une note de bas de page. Dans les tableaux, les références auxquelles renvoient les chiffres en exposant se trouvent à la toute fin du document, tandis que les notes correspondant aux lettres entre parenthèses, également en exposant, sont placées au bas de chacun des tableaux. Par ailleurs, la dénomination au long des abréviations apparaît elle aussi au bas de chaque tableau.*

Le [tableau DA1](#) présente les recommandations relatives aux premiers choix de l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD<sup>1</sup>), annotées (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes. Les choix proposés comme solutions de remplacement par l'AASLD reposent sur des données moins probantes et n'apparaissent pas dans ce tableau, mais ils peuvent être consultés sur le site Web de l'Association, à l'adresse suivante : <http://www.hcvguidelines.org/full-report-view>. Un tableau qui présente les options thérapeutiques vendues au Canada et remboursées au Québec par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), selon les indications retenues par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), peut quant à lui être consulté sur le site Web de l'Institut, au <http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=759>. Le [tableau DA2](#) fait état des résultats des principaux essais cliniques soutenant les recommandations émises par l'AASLD et l'INESSS. Le [tableau DA3](#), en plus d'indiquer les options offertes au Canada et actuellement remboursées par la RAMQ, résume de façon schématique les recommandations. Les trois tableaux contenus dans le présent document seront mis à jour régulièrement.

Le [tableau DA1](#) présente les recommandations de l'AASLD par génotype. Le grade des recommandations de l'AASLD\* est mis en référence dans le [tableau DA1](#) pour refléter le niveau de la recommandation (en chiffre romain) et la force des données probantes qui la soutiennent (en lettre capitale). Ces recommandations peuvent être de classe I, II, ou III :

- Classe I : Reconnaissance que le traitement est bénéfique, utile et efficace
- Classe II : Données divergentes et divergence d'opinions sur l'utilité et l'efficacité du traitement
  - IIa : Prépondérance des données probantes en faveur de l'utilité et de l'efficacité du traitement
  - IIb : Utilité et efficacité du traitement moins bien établies par les données probantes
- Classe III : Reconnaissance que le traitement n'est soit pas utile, soit pas efficace, ou qu'il pourrait nuire

La valeur des données probantes peut être de niveau A, B ou C :

- Niveau A : Données issues de plusieurs essais cliniques à répartition aléatoire, de méta-analyses ou l'équivalent
- Niveau B : Données issues d'un seul essai clinique à répartition aléatoire, d'études non randomisées ou l'équivalent
- Niveau C : Consensus d'opinions d'experts, études de cas ou standards de pratique

Le remboursement des thérapies virales par agents antiviraux à action directe (AAD) a été mis en place au Québec pour les personnes infectées par un VHC de génotype 1 dès juillet 2015, selon un calendrier prévoyant un élargissement progressif, en quatre étapes, des critères d'accès au traitement. En mars 2018, le remboursement de nouvelles combinaisons thérapeutiques, toutes orales, élargissait l'accès au traitement à tous les génotypes (1 à 6) du VHC, quel que soit le stade de fibrose. [La liste des médicaments disponibles au Canada et remboursés au Québec par la RAMQ](#) ainsi que les conditions d'accès au traitement seront mises à jour régulièrement dans un tableau produit par l'INESSS.

---

\* Ce système de gradation diffère de celui qui est utilisé dans les autres documents rédigés par le Comité consultatif sur le VIH et le VHC.

## Médicaments remboursés par la RAMQ pour le traitement de l'hépatite C chronique des génotypes 1 à 6

Consultez la liste des médicaments remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec en cliquant sur le lien suivant : <http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=759>.

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé**

GÉNOTYPE 1a				
Traitement (par ordre alphabétique)	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/grazoprévir (100 mg)	12 semaines en l'absence de résistance NS5A à l'elbasvir (I-A)	12 semaines en l'absence de résistance NS5A à l'elbasvir (I-A)	12 semaines en l'absence de résistance NS5A à l'elbasvir (I-A)	12 semaines en l'absence de résistance NS5A à l'elbasvir (I-A)
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> <b>Selon la monographie canadienne</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/grazoprévir (100 mg)	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NS5A	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NS5A	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NS5A chez les patients ayant déjà eu une rechute 16 semaines avec RBV <sup>(a)</sup> sans égard à la présence ou non de résistance NS5A chez ceux qui ont connu un échec virologique pendant le traitement	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NS5A chez les patients ayant déjà eu une rechute 16 semaines avec RBV <sup>(a)</sup> sans égard à la présence ou non de résistance NS5A chez ceux qui ont connu un échec virologique pendant le traitement
(a) La dose de RBV est : deux fois par jour aux 12 heures avec de la nourriture, soit 400 mg le matin et 600 mg le soir ou 600 mg BID, selon un poids < 75 kg ou ≥ 75 kg, respectivement. La dose doit être réduite lorsque la RBV cause une anémie, après une greffe et en cas d'insuffisance rénale.				

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

GÉNOTYPE 1a (suite)				
Traitement (par ordre alphabétique)	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines (I-A)	8 semaines (I-B) ou 12 semaines si co-infection par le VIH <sup>(e)</sup>	8 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	12 semaines (I-A) ou 8 semaines si sujet non infecté par le VIH et chez qui la charge virale est < 6 millions UI/mL (I-B) <sup>(b)</sup>	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)

(b) La trousse ROCHE maintenant utilisée au Québec pour la mesure de la charge virale est la même que celle qui a été utilisée dans les essais cliniques.  
(e) En cas de co-infection par le VIH, la monographie canadienne recommande que le traitement dure 8 semaines.

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

<b>GÉNOTYPE 1b</b>				
	<b>Jamais traité</b>		<b>Déjà traité avec Peg-IFN et RBV</b>	
<b>Traitement (par ordre alphabétique)</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence de cirrhose compensée</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence de cirrhose compensée</b>
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/grazoprévir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> <b>Selon la monographie canadienne</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/grazoprévir (100 mg)	12 semaines ou 8 semaines Le traitement de 8 semaines peut être envisagé chez les patients sans fibrose sévère (F0-F2)	12 semaines	12 semaines	12 semaines
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines (I-A)	8 semaines (I-B) 12 semaines si co-infection par le VIH <sup>(e)</sup>	8 semaines (I-A)	12 semaines (I-B)
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	12 semaines (I-A) ou 8 semaines si sujet non infecté par le VIH et chez qui la charge virale est < 6 millions UI/mL (I-B) <sup>(b)</sup>	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)

(b) La trousse ROCHE maintenant utilisée au Québec pour la mesure de la charge virale est la même que celle qui a été utilisée dans les essais cliniques.  
(e) En cas de co-infection par le VIH, la monographie canadienne recommande que le traitement dure 8 semaines.



**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

<b>GÉNOTYPES 1A OU 1B DÉJÀ TRAITÉS AVEC PEG-IFN/RBV + INHIBITEUR NS3/4A TEL QUE TÉLAPRÉVIR, BOCÉPRÉVIR OU SIMÉPRÉVIR</b>		
<b>Traitement (par ordre alphabétique)</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence de cirrhose compensée</b>
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines (IIa-B)
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	12 semaines (I-A)	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)

<b>GÉNOTYPES 1A OU 1B DÉJÀ TRAITÉS AVEC INHIBITEUR NON-NS5A COMPRENANT DU SOFOSBUVIR (SOIT PAR PEG-IFN/RBV + SOFOSBUVIR OU PAR SOFOSBUVIR + SIMÉPRÉVIR)</b>	
<b>Traitement (par ordre alphabétique)</b>	<b>Avec ou sans cirrhose compensée</b>
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	12 semaines (IIa-B)
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> <b>Selon la monographie canadienne</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines en l'absence de cirrhose et échec à Peg-riba + sofosbuvir 12 semaines en présence d'une cirrhose compensée ou si échec sofosbuvir +siméprévir
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (IIa-B), génotype 1b seulement
<b>Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir (Vosevi<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)/voxilaprévir (100mg)	12 semaines (I-A), génotype 1a seulement

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

GÉNOTYPE 2				
Traitement (par ordre alphabétique)	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines (I-A)	8 semaines (I-B) 12 semaines si co-infection par le VIH <sup>(e)</sup>	8 semaines (I-A)	12 semaines (I-B)
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)

(e) En cas de co-infection par le VIH, la monographie canadienne recommande que le traitement dure 8 semaines.

GÉNOTYPE 2 DÉJÀ TRAITÉS PAR SOF/RBV	
Traitement (par ordre alphabétique)	Avec ou sans cirrhose compensée
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	12 semaines (IIb-B)
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> <b>Selon la monographie canadienne</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines en l'absence de cirrhose 12 semaines en présence d'une cirrhose compensée
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-B)

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

GÉNOTYPE 3				
Traitement (par ordre alphabétique)	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines (I-A)	8 semaines (I-B) 12 semaines si co-infection par le VIH		16 semaines (IIa-B)
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines	12 semaines		16 semaines
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A) <sup>(c)</sup>	12 semaines (I-A) <sup>(c)</sup>	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir (Vosevi<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)/voxilaprévir (100 mg)				12 semaines (IIb-B) <sup>(d)</sup>
<p>(c) L'AASLD recommande dans cette situation de rechercher la mutation Y93H et, si la mutation est présente, de prescrire un autre traitement, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour le sujet jamais traité ayant une cirrhose compensée, la RBV en plus du sofosbuvir/velpatasvir pendant 12 semaines ou le sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir pendant 12 semaines ;</li> <li>- pour le sujet déjà traité avec Peg-IFN et RBV, non cirrhotique, la co-formulation sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir pendant 12 semaines ou le glécaprévir/pibrentasvir pendant 16 semaines.</li> </ul> <p>(d) Vosevi<sup>MD</sup> est indiqué au Canada seulement pour les personnes qui ont un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 et qui ont déjà pris un traitement contre le VHC comprenant un inhibiteur de la NS5A ou les personnes qui ont un virus de génotype 1, 2, 3 ou 4 et qui ont déjà pris un traitement contre le VHC comprenant du sofosbuvir, sans inhibiteur de la NS5A.</p>				

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

GÉNOTYPE 3 DÉJÀ TRAITÉ PAR SOFOSBUVIR SANS INHIBITEUR NS5A	
Traitement	Avec ou sans cirrhose compensée
<b>Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprèvir (Vosevi<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)/voxilaprèvir (100 mg)	12 semaines (I-B)
<b>Glécaprèvir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprèvir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	16 semaines (IIb-B)

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

GÉNOTYPE 4				
	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
Traitement (par ordre alphabétique)	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/grazoprévir (100 mg)	12 semaines (I-B)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines chez les patients ayant présenté une rechute virologique après traitement par Peg- INF et RBV (IIa-B)	12 semaines chez les patients ayant présenté une rechute virologique après traitement par Peg- INF et RBV (IIa-B)
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines (I-A)	8 semaines (I-B) 12 semaines si co- infection par le VIH <sup>(e)</sup>	8 semaines (I-B)	12 semaines (IIa-B)
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines (IIa-B)	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)	12 semaines (I-A)

(e) En cas de co-infection par le VIH, la monographie canadienne recommande que le traitement dure 8 semaines.

**Tableau DA1. Traitements recommandés comme premiers choix par l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)<sup>1</sup>, annotés (sur fond bleu) lorsque les monographies canadiennes présentent des conditions d'utilisation différentes — Tableau détaillé (suite)**

GÉNOTYPES 5 ET 6				
Traitement (par ordre alphabétique)	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	8 semaines (I-A) 12 semaines si co-infection par le VIH <sup>(e)</sup>	8 semaines (I-B) 12 semaines si co-infection par le VIH <sup>(e)</sup>	8 semaines (IIa-B)	12 semaines (I-B)
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines (IIa-B)
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	12 semaines (I-B)	12 semaines (I-B)	12 semaines (IIa-B)	12 semaines (IIa-B)

(e) En cas de co-infection par le VIH, la monographie canadienne recommande que le traitement dure 8 semaines.

APRÈS ÉCHEC D'UN TRAITEMENT À UN INHIBITEUR NS5A	
<p><b>Orienter les patients vers un centre spécialisé.</b></p> <p><b>L'option thérapeutique actuellement recommandée par l'AASLD pour les personnes en échec d'un traitement ayant comporté un inhibiteur NS5A (à l'exclusion des échecs au glécaprévir/pibrentasvir), avec ou sans cirrhose compensée, est :</b></p> <p>Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)/voxilaprévir (100 mg) :</p> <p>génotype 1 : 12 semaines (I-A) ;  génotype 2 : 12 semaines (I-B) ;  génotype 3 : non-cirrhotique : 12 semaines (I-A) et cirrhotique : 12 semaines + RBV (IIa-C) ;  génotype 4 : 12 semaines (I-A) ; génotype 5 ou 6 : 12 semaines (IIa-B).</p>	
<p><b>Abréviations :</b></p> <p>BID : bis in die (deux fois par jour) ;      kg : kilogramme ;      mg : milligramme ;      mL : millilitre ;  NS5A : protéine non structurale 5A ;      Peg-IFN : interféron pégylé ;      RBV : ribavirine ;      UI : unité internationale.</p>	

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales**

GÉNOTYPE 1A				
Traitement (Par ordre alphabétique)	Patients jamais traités		Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/ grazoprévir (100 mg)	C-EDGE TN <sup>(a)</sup> 12 semaines 92 % (144/157) Au total dans l'étude, 23 % des sujets ont une cirrhose		C-EDGE TE <sup>(a)</sup> 12 semaines 90 % (55/61) Au total dans l'étude, 35 % des sujets ont une cirrhose Rechuteurs : 12 semaines <sup>(c)</sup> 95,0 % (22/23) 100 % (16/16) chez les non-cirrhotiques et 85,7 % (6/7) chez les cirrhotiques Non-répondeurs : 16 semaines + RBV <sup>(b)</sup> 94,6 % (35/37) <sup>(d)</sup> 90,9 % (20/22) chez les non-cirrhotiques et 100 % (15/15) chez les cirrhotiques	
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	Endurance-1 <sup>2</sup> 8 semaines 99 % (348/351) Au total dans l'étude, 43 % des sujets traités ont un virus de génotype 1a et 72 % des patients n'ont jamais été traités	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 99 % (89/90) Au total dans l'étude, les 146 patients sont cirrhotiques, 48 (33 %) ont un virus de génotype 1a et 110 (75 %) n'ont jamais été traités Expedition-8 <sup>4</sup> 8 semaines 100 % (95/95) Analyse per-protocole. La co-infection par le VIH était un critère d'exclusion de cette étude	Endurance-1 <sup>2</sup> 8 semaines 99 % (348/351) Au total dans l'étude, 43 % des sujets traités ont un virus de génotype 1a et 38 % ont déjà été traités	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 99 % (89/90) Au total dans l'étude, les 146 patients sont cirrhotiques, 48 (33 %) ont un virus de génotype 1a et 36 (25 %) ont déjà été traités, dont 25 sans AAD

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

GÉNOTYPE 1A (suite)				
Traitement (Par ordre alphabétique)	Patients jamais traités		Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	ION-3 <sup>(a)</sup> 8 semaines : 93 % (159/171) 12 semaines : 95 % (163/172)	ION-1 <sup>(a)</sup> 12 semaines : 94 % (32/34) Inclut génotypes 1a et 1b Au total dans l'étude, 31 % des sujets ont un virus de génotype 1b	ION-2 <sup>(a)</sup> 12 semaines : 95 % (83/87) Inclut génotypes 1a et 1b Au total dans l'étude, 21 % des sujets ont un virus de génotype 1b	ION-2 <sup>(a)</sup> 12 semaines + RBV <sup>(b)</sup> : 82 % (18/22) 24 semaines + RBV <sup>(b)</sup> : 100 % (22/22) Inclut les génotypes 1a et 1b Au total dans l'étude, 21 % des sujets ont un virus de génotype 1b
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-1 <sup>(a), 5</sup> 12 semaines 98 % (206/210) Au total dans l'étude, parmi les sujets ayant un virus de génotype 1a : 49 ont une cirrhose et 78 ont déjà été traités, et leur taux de RVS est de 100 %			
<p>(a) Données tirées des monographies canadiennes.</p> <p>(b) Les doses recommandées pour la RBV doivent être ajustées de façon individuelle en fonction du poids et des autres caractéristiques du patient. Voir la monographie d'lbavir<sup>MC</sup> pour plus de précisions. La dose usuelle de RBV avec les AAD est de 1 000 mg par jour si le poids est &lt; 75 kg et de 1 200 mg par jour si le poids est ≥ 75 kg. La prise doit être divisée en 2 doses et administrée aux 12 heures avec de la nourriture. Un ajustement posologique peut être requis en présence d'effets indésirables, en cas d'insuffisance rénale ou après une greffe.</p> <p>(c) Données internes de Merck, analyse en intention de traitement des données combinées de C-EDGE TE et C-SURFER.</p> <p>(d) Données internes de Merck, analyse en intention de traitement des données de C-EDGE TE.</p>				



**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

GÉNOTYPE 1B				
Traitement (Par ordre alphabétique)	Patients jamais traités		Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/ grazoprévir (100 mg)	C-EDGE TN <sup>(a)</sup> 12 semaines 98 % (129/131) Au total dans l'étude, 23 % des sujets ont une cirrhose C-WORTHY <sup>(a)</sup> 8 semaines pour les sujets dont le stade de fibrose est F0-F1 94 % (29/31) STRAEGER <sup>5</sup> 8 semaines pour les sujets dont le stade de fibrose est F0-F2 98 % (87/90) Au total dans l'étude, 10 patients (11 %) présentaient un stade de fibrose modérée F2		C-EDGE TE <sup>(a)</sup> 12 semaines 100 % (35/35) Au total dans l'étude, 35 % des sujets ont une cirrhose	
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/ pibrentasvir (40 mg)	Endurance-1 <sup>2</sup> 8 semaines 99 % (348/351) Au total dans l'étude, 57 % des sujets traités ont un virus de génotype 1b et 72 % des patients n'ont jamais été traités	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 99 % (89/90) Au total dans l'étude, tous les patients sont cirrhotiques, 39 (27 %) ont un virus de génotype 1b et 110 (75 %) n'ont jamais été traités Expedition-8 <sup>4</sup> 8 semaines 100% (136/136) Analyse per-protocole. La co-infection par le VIH était un critère d'exclusion de cette étude	Endurance-1 <sup>2</sup> 8 semaines 99 % (348/351) Au total dans l'étude, 57 % des sujets traités ont un virus de génotype 1b et 38 % ont déjà été traités	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 99 % (89/90) Au total dans l'étude, tous les patients sont cirrhotiques, 39 (27 %) ont un virus de génotype 1b et 36 (25 %) ont déjà été traités, dont 25 sans AAD
(a) Données tirées des monographies canadiennes.				

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

<b>GÉNOTYPE 1B (suite)</b>				
<b>Traitement (Par ordre alphabétique)</b>	<b>Patients jamais traités</b>		<b>Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV</b>	
	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	ION-3 <sup>(a)</sup> 8 semaines : 98 % (42/43) 12 semaines : 98 % (43/44)	ION-1 <sup>(a)</sup> 12 semaines 94 % (32/34) Inclut génotypes 1a et 1b Au total dans l'étude, 31 % des sujets ont un virus de génotype 1b	ION-2 <sup>(a)</sup> 12 semaines 95 % (83/87) Inclut génotypes 1a et 1b Au total dans l'étude, 21 % des sujets ont un virus de génotype 1b	ION-2 <sup>(a)</sup> 12 semaines + RBV <sup>b)</sup> : 82 % (18/22) 24 semaines + RBV <sup>b)</sup> : 100 % (22/22) Inclut génotypes 1a et 1b Au total dans l'étude, 21 % des sujets ont un virus de génotype 1b
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir/(400 mg)/velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-1 <sup>(a), 5</sup> 12 semaines 99 % (117/118) Au total dans l'étude, parmi les sujets ayant un virus de génotype 1b : 24 ont une cirrhose et 32 ont déjà été traités, et leur taux de RVS est de 96 % et de 97 %, respectivement			
(a) Données tirées des monographies canadiennes.				

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

GÉNOTYPES 1A OU 1B DÉJÀ TRAITÉS AVEC PEG-IFN/RBV + INHIBITEUR NS3/4A TEL QUE LE TÉLAPRÉVIR, LE BOCÉPRÉVIR OU LE SIMÉPRÉVIR		
Traitement	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/ grazoprévir (100 mg)	C-SALVAGE <sup>6</sup> 12 semaines + RBV <sup>(b)</sup> 98 % (44/45)	C-SALVAGE <sup>6</sup> 12 semaines + RBV <sup>(b)</sup> 94 % (32/34)
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/ pibrentasvir (40 mg)	Magellan-1 – partie 1 et partie 2 <sup>7,8</sup> 12 semaines 92 % (23/25) Au total, dans l'étude Magellan-1 – partie 1, aucun patient ne présentait de cirrhose et 8 patients avaient eu un échec avec un traitement comprenant aussi du sofosbuvir ; dans l'étude Magellan-1 – partie 2, 34 % des sujets traités 12 semaines avaient une cirrhose compensée et 1 patient avait un virus de génotype 4	
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/ sofosbuvir (400 mg)	ION-2 <sup>9</sup> 12 semaines 96 % (50/52)	ION-2 <sup>9</sup> 12 semaines 86 % (19/22) 12 semaines + RBV <sup>(b)</sup> 85 % (11/13) 24 semaines 100 % (14/14)
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/ velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-1 <sup>(a), 5</sup> 12 semaines 99 % (109/110) chez les sujets ayant un virus de génotype 1 et qui ont déjà été traités Au total dans l'étude ASTRAL-1, 32 % des patients avaient déjà été traités et, parmi ceux-ci, 28 % ont eu un échec avec un régime incluant PEG-IFN/RBV+ 1 AAD Au total dans l'étude ASTRAL-1, 19 % des sujets avaient une cirrhose	
<p>(a) Données tirées des monographies canadiennes.</p> <p>(b) Les doses recommandées pour la RBV doivent être ajustées de façon individuelle en fonction du poids et des autres caractéristiques du patient. Voir la monographie d'lbavir<sup>MC</sup> pour plus de précisions. La dose usuelle de RBV avec les AAD est de 1 000 mg par jour si le poids est &lt; 75 kg et de 1 200 mg par jour si le poids est ≥ 75 kg. La prise doit être divisée en 2 doses et administrée aux 12 heures avec de la nourriture. Un ajustement posologique peut être requis en présence d'effets indésirables, en cas d'insuffisance rénale ou après une greffe.</p>		

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

<b>GÉNOTYPES 1A OU 1B DÉJÀ TRAITÉS AVEC INHIBITEUR NON-NS5A COMPRENANT DU SOFOSBUVIR</b>	
<p><b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)</p>	<p>12 semaines, basé sur des données préliminaires Pas de résultats spécifiques rapportés pour ce groupe de patients mais quelques-uns ont été traités dans les essais : Endurance 1<sup>2</sup> (3 patients en échec d'un traitement avec sofosbuvir) Expédition-1<sup>3</sup> (11 patients en échec d'un traitement avec sofosbuvir) Magellan 1 – partie 1<sup>8</sup> (8 patients en échec d'un traitement avec lédipasvir/sofosbuvir et 8 patients en échec d'un traitement avec siméprévir + sofosbuvir)</p>
<p><b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)</p>	<p>Polaris-4<sup>10</sup> 12 semaines, génotype 1b seulement 95 % (21/22) Au total dans l'étude, 46 % des sujets avaient une cirrhose compensée</p>
<p><b>Sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir (Vosevi<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)/voxilaprévir (100 mg)</p>	<p>Polaris-1<sup>(a)</sup> 12 semaines, génotype 1a seulement 96 % (97/101) au total 97 % (66/68) chez les non-cirrhotiques et 94 % (31/33) chez les cirrhotiques</p>
<p>(a) Données tirées des monographies canadiennes.</p>	

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

<b>GÉNOTYPE 2</b>				
<b>Traitement (Par ordre alphabétique)</b>	<b>Patients jamais traités</b>		<b>Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV</b>	
	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	SURVEYOR-II <sup>11</sup> 8 semaines 99 % (135/137)	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 100 % (31/31) Au total dans l'étude, tous les patients sont cirrhotiques et 110 (75 %) n'ont jamais été traités Expedition-8 <sup>4</sup> 8 semaines 100% (26/26) Analyse per-protocole. La co-infection par le VIH était un critère d'exclusion de cette étude	SURVEYOR-II <sup>11</sup> 8 semaines Au total dans l'étude, 98 % (142/145), dont 12 % avaient déjà été traités et, pour le 1/3 d'entre eux, avec du sofosbuvir	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 100 % (31/31) Au total dans l'étude, tous les patients sont cirrhotiques et 36 (25 %) ont déjà été traités, dont 25 sans AAD
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-2 <sup>12</sup> 12 semaines 99 % (99/100)	ASTRAL-1 <sup>2</sup> 12 semaines 100 % (15/15)	ASTRAL-2 <sup>12</sup> 12 semaines 100 % (15/15)	ASTRAL-2 <sup>12</sup> 12 semaines 100 % (4/4)

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

<b>GÉNOTYPE 3</b>				
<b>Traitement</b> (Par ordre alphabétique)	<b>Patients jamais traités</b>		<b>Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV</b>	
	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>) + sofosbuvir</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg/grazoprévir (100 mg) et de sofosbuvir (400 mg)				C-ISLE <sup>13</sup> 12 semaines 100 % (17/17)
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	ENDURANCE-3 <sup>2</sup> 8 semaines 95 % (149/157)	SURVEYOR-II <sup>14</sup> 12 semaines 98 % (39/40)  Expedition-8 <sup>4</sup> 8 semaines 98,4 % (60/61)  Analyse per-protocole. La co-infection par le VIH était un critère d'exclusion de cette étude.		SURVEYOR-II <sup>14</sup> 16 semaines 96 % (45/47)

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

<b>GÉNOTYPE 3 (suite)</b>				
<b>Traitement (Par ordre alphabétique)</b>	<b>Patients jamais traités</b>		<b>Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV</b>	
	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-3 <sup>(a)</sup> 12 semaines 98 % (160/163)	ASTRAL-3 <sup>(a)</sup> 12 semaines 93 % (40/43)	ASTRAL-3 <sup>(a)</sup> 12 semaines 91 % (31/34)	ASTRAL-3 <sup>(a)</sup> 12 semaines 89 % (33/37) ASTRAL-4 <sup>15</sup> 12 semaines +RBV 85 % (11/13) Dans cette cohorte, il s'agissait de cas de cirrhose décompensée et 54 % des sujets avaient déjà été traités
<b>Sofosbuvir/velpatasvir et voxilaprèvir (Vosevi<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg) et voxilaprèvir (100 mg)				Étude GS-US-367-1169 <sup>16</sup> 12 semaines 94 % (16/17) Polaris-3 <sup>17</sup> 8 semaines 97 % (34/35)
(a) Données tirées des monographies canadiennes.				

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

GÉNOTYPE 4				
Traitement (Par ordre alphabétique)	Patients jamais traités		Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée
<b>Elbasvir/grazoprévir (Zepatier<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg)/ grazoprévir (100 mg)	C-EDGE TN <sup>(a)</sup> 12 semaines 100 % (18/18) Au total dans l'étude, 22 % des sujets ont une cirrhose		C-EDGE TE <sup>(a)</sup> 12 semaines sans RBV 78 % (7/9) Rechuteurs : 12 semaines sans RBV <sup>(d)</sup> 100 % (2/2), tous cirrhotiques 16 semaines + RBV <sup>(b)</sup> 100 % (8/8) Non-répondeurs : 16 semaines avec RBV <sup>(b), (d)</sup> 100 % (5/5), 1 non-cirrhotique et 4 cirrhotiques	
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	Données groupées <sup>(a)</sup> 8 semaines 92,3 % (36/39)	Données groupées 1 <sup>(a)</sup> 12 semaines 100 % (12/12) Expedition-8 <sup>4</sup> 8 semaines 100% (13/13) Analyse per-protocole. La co-infection par le VIH était un critère d'exclusion de cette étude	Endurance 4 <sup>18</sup> 8 semaines 99 % (75/76) Au total dans l'étude, 32 % des sujets ont déjà été traités	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 100 % (16/16) Au total dans l'étude, 25 % des sujets ont déjà été traités

(a) Données tirées des monographies canadiennes.  
(b) Les doses recommandées pour la RBV doivent être ajustées de façon individuelle en fonction du poids et des autres caractéristiques du patient. Voir la monographie d'Ibavir<sup>MC</sup> pour plus de précisions. La dose usuelle de RBV avec les AAD est de 1 000 mg par jour si le poids est < 75 kg et de 1 200 mg par jour si le poids est ≥ 75 kg. La prise doit être divisée en 2 doses et administrée aux 12 heures avec de la nourriture. Un ajustement posologique peut être requis en présence d'effets indésirables, en cas d'insuffisance rénale ou après une greffe.  
(d) Données internes de Merck, analyse en intention de traitement des données de C-EDGE TE.



**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

<b>GÉNOTYPE 4 (suite)</b>				
<b>Traitement (Par ordre alphabétique)</b>	<b>Patients jamais traités</b>		<b>Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV</b>	
	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>	<b>Absence de cirrhose</b>	<b>Présence d'une cirrhose compensée</b>
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MC</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	SYNERGY <sup>19</sup> 92 % (12/13) Au total dans l'étude, 33 % des sujets ont une cirrhose 1 échec par non-adhésion (sujet jamais traité, non cirrhotique)		SYNERGY <sup>19</sup> 100 % (8/8) Au total dans l'étude, 33 % des sujets ont une cirrhose	
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-1 <sup>(a)</sup> 12 semaines 100 % (116/116) Au total dans l'étude, parmi les sujets ayant un virus de génotype 4 : 27 ont une cirrhose et 52 ont déjà été traités, et leur RVS est de 100 %			
(a) Données tirées des monographies canadiennes.				

**Tableau DA2. Réponses virologiques soutenues (RVS) observées dans les études pivots selon le génotype viral, le degré de fibrose hépatique et l'usage antérieur ou non de thérapies antivirales (suite)**

GÉNOTYPES 5 ET 6				
Traitement (Par ordre alphabétique)	Patients jamais traités		Patients déjà traités avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence d'une cirrhose compensée
<b>Glécaprévir/pibrentasvir (Maviret<sup>MD</sup>)</b> Trois comprimés une fois par jour de la co-formulation glécaprévir (100 mg)/pibrentasvir (40 mg)	Données groupées <sup>(a)</sup> 8 semaines 90 % (9/10)	Données groupées <sup>(a)</sup> 12 semaines 100 % (8/8) Expedition-8 <sup>4</sup> 8 semaines 100% (10/10) Analyse per-protocole. La co-infection par le VIH était un critère d'exclusion de cette étude	Métanalyse Puoti <i>et al.</i> <sup>20</sup> 8 semaines 100 % (2/2) pour le génotype 5 et 92 % (12/13) pour le génotype 6 Au total dans l'étude, 19 % des patients avaient déjà été traités avec Peg-IFN	Expedition-1 <sup>3</sup> 12 semaines 100 % (9/9) Au total dans l'étude, 25 % des patients ont déjà été traités
<b>Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni<sup>MC</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg)/sofosbuvir (400 mg)	Étude 337-1119 <sup>21</sup> 12 semaines Génotype 5 : 94 % (17/18) Gane et autres <sup>22</sup> Génotype 6 : 96 % (24/25) Inclut 2 patients déjà traités et 2 cirrhotiques	Étude 337-1119 <sup>21</sup> 12 semaines Génotype 5 : 100 % (3/3)	Étude 337-1119 <sup>21</sup> 12 semaines Génotype 5 : 100 % (14/14)	Étude 337-1119 <sup>21</sup> 12 semaines Génotype 5 : 83 % (5/6)
<b>Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa<sup>MD</sup>)</b> Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg)	ASTRAL-1 <sup>(a), 5</sup> 12 semaines Génotype 5 : 97 % (34/35) Au total dans l'étude, parmi les sujets ayant un virus de génotype 5 : 5 ont une cirrhose et 11 ont déjà été, et leur taux de RVS est de 100 % Génotype 6 : 100 % (41/41) Au total dans l'étude, parmi les sujets ayant un virus de génotype 6 : 6 ont une cirrhose et 3 ont déjà été traités, et leur taux de RVS est de 100 %			
(a) Données tirées des monographies canadiennes.				
<b>Abréviations :</b> AAD : antiviral à action directe ; kg : kilogramme ; mg : milligramme ; PEG-IFN : interféron pégylé ; RBV : ribavirine ; RVS : réponse virologique soutenue.				

**Tableau DA3. Résumé, à l'intention des professionnels de première ligne, des régimes thérapeutiques recommandés chez les sujets non cirrhotiques et cirrhotiques compensés Child-Pugh A 5-6 (à l'exclusion des sujets en échec d'un traitement antiviral antérieur comportant un inhibiteur NS5A)**

Se référer à un expert pour 1) les sujets avec cirrhose décompensée ; 2) les sujets en échec d'un traitement par agents antiviraux à action directe ayant comporté un inhibiteur NS5A.

Fond grisé : régime thérapeutique non remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec en date du 8 juillet 2020. Se référer au site Web de l'INESSS (<https://www.inesss.qc.ca/index.php?id=759>) pour l'actualisation des traitements remboursés.

Fond bleuté : Monographie canadienne différant des recommandations de l'AASLD.

		<b>EBR/gzp</b> Zepatier <sup>MD</sup>	<b>GLE/PIB</b> Maviret <sup>MD</sup>	<b>LDV/SOF</b> Harvoni <sup>MD</sup>	<b>Sof/vel</b> Epclusa <sup>MD</sup>	<b>SOF/VEL/VOX</b> Vosevi <sup>MD</sup>
<b>Génotype 1a</b>	<b>Jamais traité</b>	Non-cirrhotique : 12 sem. <sup>(a)</sup> Cirrhotique : 12 sem. <sup>(a)</sup>	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 8 sem. <sup>(b)</sup>	F0-F3 : 8 ou 12 sem. <sup>(c)</sup> Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
	<b>Expérimenté PEG-RBV</b>	12 sem. pour les rechuteurs <sup>(a)</sup> 16 sem. + RBV pour les non-répondeurs	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. –	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
<b>Génotype 1b</b>	<b>Jamais traité</b>	Non-cirrhotique : 8 ou 12 sem. <sup>(d)</sup> Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 8 sem. <sup>(b)</sup>	F0-F3 : 8 ou 12 sem. <sup>(c)</sup> Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
	<b>Expérimenté PEG-RBV</b>	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. –	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–

(a) Sans égard à la présence ou non de résistance NS5A

(b) En cas de co-infection par le VIH, contrairement à la monographie canadienne qui recommande un traitement de 8 semaines, l'AASLD recommande que celui-ci dure 12 semaines.

(c) Traitement de 8 semaines possible si le sujet n'est pas infecté par le VIH et que sa charge virale est < 6 millions UI/mL (trousse Roche Cobas).

(d) Un traitement de 8 semaines peut être envisagé chez les sujets sans fibrose sévère, soit les sujets F0, F1 ou F2.

**Abréviations :**

EBR : elbasvir ;

GLE : glécaprévir ;

GZP : grazoprévir ;

LDV : lédipasvir ;

NS5A : protéine non structurale 5A ;

PEG : interféron pégylé ;

PIB : pibrentasvir ;

RBV : ribavirine ;

sem. : semaine ;

SOF : sofosbuvir ;

VEL : velpatasvir ;

VOX : voxilaprévir.

**Tableau DA3. Résumé, à l'intention des professionnels de première ligne, des régimes thérapeutiques recommandés chez les sujets non cirrhotiques et cirrhotiques compensés Child-Pugh A 5-6 (à l'exclusion des sujets en échec d'un traitement antiviral antérieur comportant un inhibiteur NS5A) (suite)**

		<b>EBR/gzp</b> Zepatier <sup>MD</sup>	<b>GLE/PIB</b> Maviret <sup>MD</sup>	<b>LDV/SOF</b> Harvoni <sup>MD</sup>	<b>Sof/vel</b> Epclusa <sup>MD</sup>	<b>SOF/VEL/VOX</b> Vosevi <sup>MD</sup>
<b>Génotype 1</b>	<b>Expérimenté PEG-RBV + inhibiteurs de protéase<sup>(d)</sup></b>	–	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. –	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
	<b>Expérimenté SOF sans inhibiteurs de protéase<sup>(e)</sup></b>	–	Non-cirrhotique : 8 sem. <sup>(f)</sup> Cirrhotique : 12 sem.	–	<b>Génotype 1b seulement</b> Non-cirrhotique : 12 sem.	<b>Génotype 1a seulement</b> Non-cirrhotique : 12 sem.
<b>Génotype 2</b>	<b>Jamais traité</b>	–	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 8 sem. <sup>(b)</sup>	–	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
	<b>Expérimenté PEG-RBV ou SOF/RBV</b>	–	Non-cirrhotique : 8 sem. <sup>(g)</sup> Cirrhotique : 12 sem.	–	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
<p>(b) En cas de co-infection par le VIH, contrairement à la monographie canadienne qui recommande un traitement de 8 semaines, l'AASLD recommande que celui-ci dure 12 semaines.</p> <p>(d) Un traitement de 8 semaines peut être envisagé chez les sujets sans fibrose sévère, soit les sujets F0, F1 ou F2.</p> <p>(e) Soit les sujets en échec d'un traitement par PRG-RBV + bocéprévir ou télaprévir ou siméprévir.</p> <p>(f) Soit les sujets en échec d'un traitement par PEG-RBV+ sofosbuvir. La monographie canadienne recommande un traitement de 8 semaines pour les non-cirrhotiques, alors que l'AASLD recommande que celui-ci dure 12 semaines</p> <p>(g) Pour les patients déjà traités avec sofosbuvir + ribavirine, infectés par un VHC de génotype 2 et non cirrhotiques, la monographie canadienne recommande un traitement de 8 semaines, alors que l'AASLD recommande que celui-ci dure 12 semaines</p>						
<p><b>Abréviations :</b>            EBR : elbasvir ;      GLE : glécaprévir ;      GZP : grazoprévir ;      LDV : lédipasvir ;      NS5A : protéine non structurale 5A ;            PEG : interféron pégylé ;      PIB : pibrentasvir ;      RBV : ribavirine ;      sem. : semaine ;      SOF : sofosbuvir ;            VEL : velpatasvir ;      VOX : voxilaprévir.</p>						

**Tableau DA3. Résumé, à l'intention des professionnels de première ligne, des régimes thérapeutiques recommandés chez les sujets non cirrhotiques et cirrhotiques compensés Child-Pugh A 5-6 (à l'exclusion des sujets en échec d'un traitement antiviral antérieur comportant un inhibiteur NS5A) (suite)**

		<b>EBR/gzp</b> Zepatier <sup>MD</sup>	<b>GLE/PIB</b> Maviret <sup>MD</sup>	<b>LDV/SOF</b> Harvoni <sup>MD</sup>	<b>Sof/vel</b> Epclusa <sup>MD</sup>	<b>SOF/VEL/VOX</b> Vosevi <sup>MD</sup>
<b>Génotype 3</b>	<b>Jamais traité</b>	–	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem. <sup>(h)</sup>	–
	<b>Expérimenté PEG-RBV</b>	–	– Cirrhotique: 16 sem. <sup>(i)</sup>	–	Non-cirrhotique : 12 sem. <sup>(h)</sup> –	– Cirrhotique <sup>(i)</sup> : 12 sem.
	<b>Expérimenté SOF</b>	–	Non-cirrhotique : 16 sem. Cirrhotique : 16 sem. <sup>(k)</sup> ..	–		Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique <sup>(i)</sup> : 12 sem.
<p>(h) L'AASLD recommande, dans cette situation, de rechercher la mutation Y93H et, si la mutation est présente, de prescrire un autre traitement, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour le sujet jamais traité et ayant une cirrhose compensée, ajouter la RBV en plus du sofosbuvir/velpatasvir pendant 12 semaines ou le sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprèvir pendant 12 semaines ;</li> <li>– pour le sujet déjà traité avec Peg-IFN et RBV, non cirrhotique, le sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprèvir pendant 12 semaines ou le glécaprèvir/pibrentasvir pendant 16 semaines.</li> </ul> <p>(i) Vosevi<sup>MD</sup> est indiqué au Canada seulement pour les personnes qui ont un virus de génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 et qui ont déjà pris un traitement contre le VHC comprenant un inhibiteur de la NS5A ou les personnes qui ont un virus de génotype 1, 2, 3 ou 4 et qui ont déjà pris un traitement comprenant du sofosbuvir, sans inhibiteur de la NS5A.</p> <p>(j) Chez les sujets infectés par un virus de génotype 3, un traitement de 16 semaines est indiqué au Canada, et remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour les non-cirrhotiques et les cirrhotiques compensés en échec d'un traitement par PEG-RBV ou par une association SOF/RBV et n'ayant jamais été traités par un inhibiteur de la protéase ni par un inhibiteur de la NS5A.</p> <p>(k) En présence de cirrhose compensée et si le traitement antérieur comprenait un inhibiteur de la NS5A, l'AASLD recommande d'ajouter la RBV pendant 12 semaines.</p>						
<p><b>Abréviations :</b></p> <p>EBR : elbasvir ;      GLE : glécaprèvir ;      GZP : grazoprèvir ;      LDV : lédipasvir ;      NS5A : protéine non structurale 5A ;  PEG : interféron pégylé ;      PIB : pibrentasvir ;      RBV : ribavirine ;      sem. : semaine ;      SOF : sofosbuvir ;  VEL : velpatasvir ;      VOX : voxilaprèvir.</p>						

**La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C**  
**Guide pour les professionnels de la santé du Québec**

		<b>EBR/gzp</b> Zepatier <sup>MD</sup>	<b>GLE/PIB</b> Maviret <sup>MD</sup>	<b>LDV/SOF</b> Harvoni <sup>MD</sup>	<b>Sof/vel</b> Epclusa <sup>MD</sup>	<b>SOF/VEL/VOX</b> Vosevi <sup>MD</sup>
<b>Génotype 4</b>	<b>Jamais traité</b>	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 8 sem. <sup>(b)</sup>	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
	<b>Expérimenté PEG-RBV</b>	Non-cirrhotique : 12 sem. pour les rechuteurs Cirrhotique : 12 sem. pour les rechuteurs	Non-cirrhotique : 8 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. –	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
<b>Génotypes 5 ou 6</b>	<b>Jamais traité et expérimenté PEG-RBV</b>	–	Non-cirrhotique : 8 sem. <sup>(b)</sup> . Cirrhotique jamais traité : 8 sem. <sup>(b)</sup> . Cirrhotique déjà traité : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	Non-cirrhotique : 12 sem. Cirrhotique : 12 sem.	–
<p>(b) En cas de co-infection par le VIH, contrairement à la monographie canadienne qui recommande un traitement de 8 semaines, l'AASLD recommande que celui-ci dure 12 semaines.</p>						
<p><b>Abréviations :</b>            EBR : elbasvir ;      GLE : glécaprèvir ;      GZP : grazoprèvir ;      LDV : lédipasvir ;      NS5A : protéine non structurale 5A ;            PEG : interféron pégylé ;      PIB : pibrentasvir ;      RBV : ribavirine ;      sem. : semaine ;      SOF : sofosbuvir ;            VEL : velpatasvir ;      VOX : voxilaprèvir.</p>						

## Références

1. AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LIVER DISEASES et INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA, *HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C*, [En ligne]. [\[https://www.hcvguidelines.org/\]](https://www.hcvguidelines.org/).
2. S. ZEUZEM et autres, « Glecaprevir–pibrentasvir for 8 or 12 weeks in HCV genotype 1 or 3 infection », *The New England Journal of Medicine*, vol. 378, n° 4, 25 janvier 2018, p. 354-369. doi : [10.1056/NEJMoa1702417](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1702417).
3. X. FORNS et autres, « Glecaprevir plus pibrentasvir for chronic hepatitis C virus genotype 1, 2, 4, 5, or 6 infection in adults with compensated cirrhosis (EXPEDITION-1): a single-arm, open-label, multicentre phase 3 trial », *The Lancet. Infectious Diseases*, vol. 17, n° 10, octobre 2017, p. 1062-1068. doi : [10.1016/S1473-3099\(17\)30496-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30496-6).
4. R.S. BROWN JR et autres, « Glecaprevir/pibrentasvir for 8 weeks in treatment-naïve patients with chronic HCV genotypes 1-6 and compensated cirrhosis: The EXPEDITION-8 trial », *Journal of Hepatology*, vol. 72, n° 3, mars 2020, p. 441-449. doi : [10.1016/j.jhep.2019.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.10.020).
5. Z.M. YOUNOSSEI et autres, « Sofosbuvir/velpatasvir improves patient-reported outcomes in HCV patients: Results from ASTRAL-1 placebo-controlled trial », *Journal of Hepatology*, vol. 65, n° 1, juillet 2016, p. 33-39. doi : [10.1016/j.jhep.2016.02.042](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.02.042).
6. X. FORNS et autres, « Grazoprevir and elbasvir plus ribavirin for chronic HCV genotype-1 infection after failure of combination therapy containing a direct-acting antiviral agent », *Journal of Hepatology*, vol. 63, n° 3, septembre 2015, p. 564-572. doi : [10.1016/j.jhep.2015.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.04.009).
7. F. POORDAD et T. PILOT-MATIAS, « MAGELLAN-I Study, Part 2: Glecaprevir, pibrentasvir, genotype 1, genotype 4, NS3-experienced, NS5A-experienced, cirrhosis, no cirrhosis », EASL, 2017, Abrégé SAT-204. Également disponible en ligne : <http://www.hcv-trials.com/showStudy.asp?Study=150>.
8. F. POORDAD et autres, « Glecaprevir and pibrentasvir for 12 weeks for hepatitis C virus genotype 1 infection and prior direct-acting antiviral treatment », *Hepatology*, vol. 66, n° 2, août 2017, p. 389-397. doi : [10.1002/hep.29081](https://doi.org/10.1002/hep.29081).
9. N. AFDHAL et autres, « Ledipasvir and sofosbuvir for previously treated HCV genotype 1 infection », *The New England Journal of Medicine*, vol. 370, n° 16, 17 avril 2014, p. 1483-1493. doi : [10.1056/NEJMoa1316366](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1316366).
10. M. BOURLIERE et autres, « SOF/VEL/VOX for 12 Weeks in NS5A-Inhibitor-Experienced HCV-Infected Patients: Results of the Deferred Treatment Group in the Phase 3 POLARIS-1 Study », American Association for the Study of Liver Diseases, The Liver Meeting, Washington (DC), October 20-24, 2017. Également disponible en ligne : [http://www.natap.org/2017/AASLD/AASLD\\_10.htm](http://www.natap.org/2017/AASLD/AASLD_10.htm).
11. T. ASSELAH et autres, « Efficacy of glecaprevir/pibrentasvir for 8 or 12 weeks in patients with hepatitis C virus genotype 2, 4, 5, or 6 infection without cirrhosis », *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, vol. 16, n° 3, mars 2018, p. 417-426. doi : [10.1016/j.cgh.2017.09.027](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.09.027).
12. G.R. FOSTER et autres, « Sofosbuvir and velpatasvir for HCV genotype 2 and 3 infection », *The New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 27, 31 décembre 2015, p. 2608-2617. doi : [10.1056/NEJMoa1512612](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1512612).

## La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

### Guide pour les professionnels de la santé du Québec

---

13. G. FOSTER, « C-ISLE study: EBR/GZR + SOF ± RBV in genotype 3 and cirrhosis », American Association for the Study of Liver Diseases, The Liver Meeting, Boston (Massachusetts), November 11-15, 2016, Abrégé 74. Également disponible en ligne : <http://www.hcv-trials.com/showStudy.asp?Study=128>.
14. D. WYLES et autres, « Glecaprevir/pibrentasvir for hepatitis C virus genotype 3 patients with cirrhosis and/or prior treatment experience: A partially randomized phase 3 clinical trial », *Hepatology*, vol. 67, n° 2, février 2018, p. 514-523. doi : [10.1002/hep.29541](https://doi.org/10.1002/hep.29541).
15. M.P. CURRY et autres, « Sofosbuvir and velpatasvir for HCV in patients with decompensated cirrhosis », *The New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 27, 31 décembre 2015, p. 2618-2628. doi : [10.1056/NEJMoa1512614](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1512614).
16. E.J. GANE, « GS-US-367-1169 Study: SOF/VEL + GS-9857 in genotype 2, 3, 4 or 6 – Phase II », *Gastroenterology*, vol. 151, p. 902-909, 2016. Également disponible en ligne : <http://www.hcv-trials.com/showStudy.asp?Study=108>.
17. I. JACOBSON, « POLARIS-3 study: SOF/VEL/VOX 8 weeks vs SOF/VEL 12 weeks in patients with genotype 3 and cirrhosis », American Association for the Study of Liver Diseases, The Liver Meeting, Boston (Massachusetts), November 11-15, 2016, Abrégé 258. <http://www.hcv-trials.com/showStudy.asp?Study=136>.
18. V. DE LÉDINGHEN et autres, « Évaluation non-invasive de la fibrose hépatique au cours de l'hépatite C », *Gastroentérologie clinique et biologique*, vol. 32, n° 3, Partie 2, mars 2008, p. S90-S95.
19. A. KOHLIET AUTRES, « Ledipasvir and sofosbuvir for hepatitis C genotype 4: a proof-of-concept, single-centre, open-label phase 2a cohort study », *The Lancet. Infectious Diseases*, vol. 15, n° 9, septembre 2015, p. 1049-1054. doi : [10.1016/S1473-3099\(15\)00157-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00157-7).
20. M. PUOTI et autres, « Liver fibrosis progression is related to CD4 cell depletion in patients coinfecting with hepatitis C virus and human immunodeficiency virus », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 183, n° 1, 1<sup>er</sup> janvier 2001, p. 134-137. doi : [10.1086/317644](https://doi.org/10.1086/317644).
21. A. ABERGEL et autres, « Ledipasvir-sofosbuvir in patients with hepatitis C virus genotype 5 infection: an open-label, multicentre, single-arm, phase 2 study », *The Lancet. Infectious Diseases*, vol. 16, n° 4, avril 2016, p. 459-464. doi : [10.1016/S1473-3099\(15\)00529-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00529-0).
22. E.J. GANE et autres, « Efficacy of ledipasvir and sofosbuvir, with or without ribavirin, for 12 weeks in patients with HCV genotype 3 or 6 infection », *Gastroenterology*, vol. 149, n° 6, novembre 2015, p. 1454-1461.e1. doi : [10.1053/j.gastro.2015.07.063](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.07.063).





L

a progression rapide de la morbidité et de la mortalité liées à l'hépatite C chronique ainsi que leurs conséquences sur la société sont alarmantes et ont conduit à la première stratégie mondiale des services de santé contre l'hépatite virale, élaborée en 2016 par l'Organisation mondiale de la santé.

Le Québec dispose de plusieurs moyens pour éradiquer l'hépatite C, dont des outils diagnostiques non effractifs et des traitements par agents antiviraux directs qui sont très bien tolérés et qui permettent de guérir la vaste majorité des personnes infectées par le VHC en deux à trois mois. Il s'avère nécessaire de les faire connaître aux médecins, infirmières, pharmaciens et intervenants de première ligne en santé et en services sociaux. En effet, l'utilisation optimale des outils diagnostiques et thérapeutiques requiert la collaboration de tous et n'appartient plus uniquement aux services tertiaires. Elle doit prendre en compte les aspects cliniques, socioéconomiques et culturels, et se déployer notamment auprès des populations carcérales et d'usagers de drogue, pour qui les risques d'infection ou de réinfection sont élevés.

Avec une approche pragmatique, le présent guide donne, à tous les professionnels de la santé, une vue d'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge globale des personnes infectées par le VHC. À cet effet, on peut aussi faire appel à l'équipe d'experts du Service spécialisé de consultation téléphonique sur le VIH/sida, les hépatites B et C et les autres ITSS à l'intention des professionnels de la santé, que l'on peut joindre au 1 800 363-4814, ainsi qu'au Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites (PNMVH) qui offre, dans les différentes régions du Québec, toute une gamme d'outils de formation : pairage avec un médecin, stages cliniques, ateliers de perfectionnement et conférences. Ce document constitue le résumé de la version intégrale qui est aussi mise en ligne sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux.