

# LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C À L'ÈRE DES AAD :

Les répercussions pour les  
premières lignes

PRÉSENTÉ PAR

**Michael Bailey, Modérateur**

**La Dre Claire Wartelle-Bladou,**

**Isabelle Têtu,**

**Elaine Polflit**

21 juin 2018



## Déroulement du webinaire (1 h 30)

- Aperçu du traitement par AAD  
*La Dre Claire Wartelle-Bladou, 25 minutes*
- Réflexions sur la façon dont le traitement par AAD a modifié le travail des premières lignes  
*Isabelle Têtu, 15 minutes*  
*Elaine Polflit, 15 minutes*
- Q & R  
*30 minutes*

## **Dre Claire Wartelle-Bladou**

**Hépatologue, Service de médecine des toxicomanies, NCHUM  
Directrice médicale – projet ECHO® CHUM, hépatite C**

La Dre Wartelle-Bladou est hépato-gastroentérologue et directrice médicale du projet ECHO® CHUM Hépatite C. Elle exerce au Québec depuis 6 ans, où elle est professeure adjointe de clinique au CHUM. Elle s'est consacrée à la formation des médecins de première ligne au traitement de l'hépatite C, l'optimisation du suivi des patients infectés grâce à une collaboration efficace entre médecins de famille et spécialistes, la facilitation de l'accès au traitement pour les populations vulnérables notamment les détenus et les sujets usagers de drogue. Elle a ainsi travaillé plusieurs années en milieu carcéral pour développer le traitement des détenus infectés par le VHC. Elle a présidé le comité de rédaction du premier guide pour les professionnels de la santé du Québec pour la prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Son autre volet d'expertise concerne l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique et l'utilisation du Fibroscan®. Elle travaille actuellement au Service de médecine des toxicomanies du CHUM.





# Le traitement de l'hépatite C à l'ère des AAD : les répercussions pour la première ligne

Auteur :

Dre Claire Wartelle-Bladou

Date :

21 juin 2018



## Conflit d'intérêt potentiel

Subventions des compagnies Giléad et Merck au RUIS de l'Université de Montréal pour le programme ECHO® CHUM Hépatite C

Conférences                      Abbvie, Merck, Giléad

Comités aviseurs                Abbvie, Merck



# Objectifs

- **Aperçu des traitements antiviraux contre l'hépatite C**
- **Comment fonctionnent les agents antiviraux directs?**
- **Quels sont les bénéfices du traitement?**
- **A quoi s'attendre chez une personne sous traitement antiviral C?**



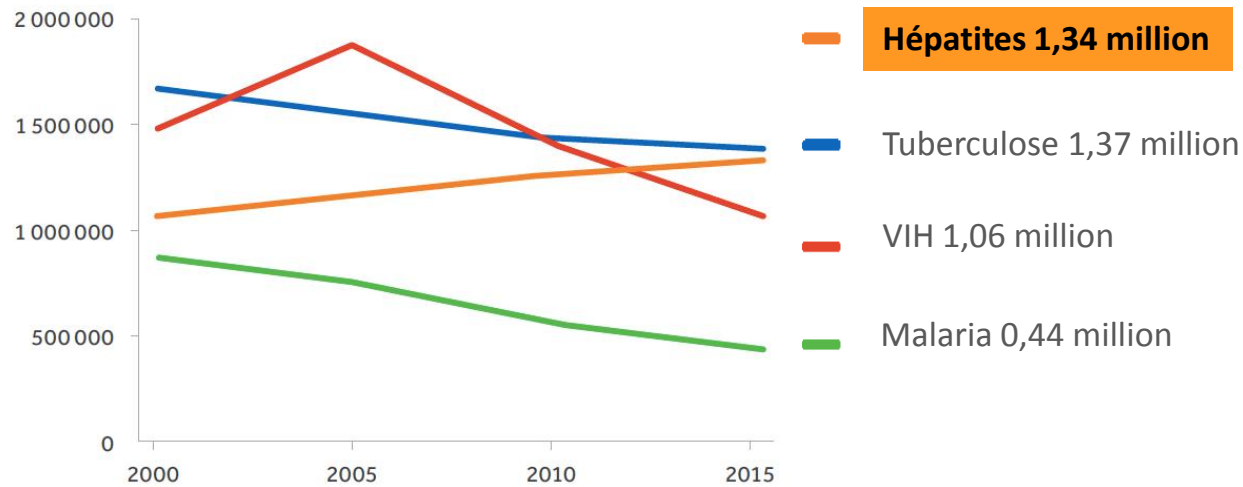
# Contexte mondial

**71 millions de personnes virémiques C**  
**1,75 million de nouvelles infections<sup>1</sup>**



96% secondaires aux complications du VHB et VHC

**Mortalité annuelle globale 2000-2015 dus aux Hépatites virales – VIH - malaria - tuberculose<sup>1</sup>**



**Augmentation de la mortalité de 22% entre 2000 et 2015**

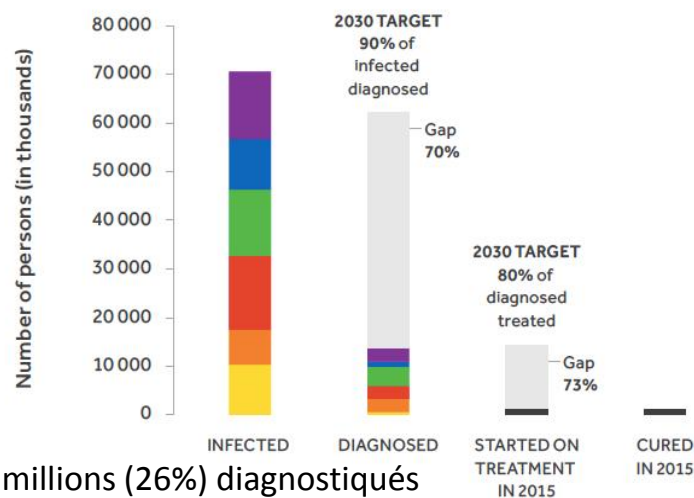
<sup>1</sup> Global Hepatitis Report 2017. Geneva:World Health Organization; 2017



# Cascade de soins dans le monde en 2015



Projet de stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale, 2016-2021 – une première mondiale



14 millions (26%) diagnostiqués

1,1 millions (7% des diagnostiqués) traités

## Cibles stratégiques pour 2030<sup>2</sup>

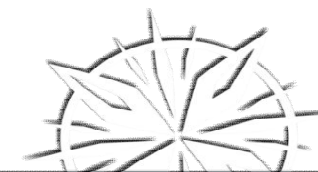
Incidence	↓ 80%
Mortalité	↓ 65%
Diagnostic	90%
Traitement	80%

## Objectif principal

**Éliminer les hépatites virales d'ici 2030 comme grave menace de santé publique**

<sup>1</sup>Global Hepatitis Report 2017. Geneva:World Health Organization; 2017

<sup>2</sup>[http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/GHSS\\_VH\\_FR\\_06012016.pdf?ua=1](http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/GHSS_VH_FR_06012016.pdf?ua=1)





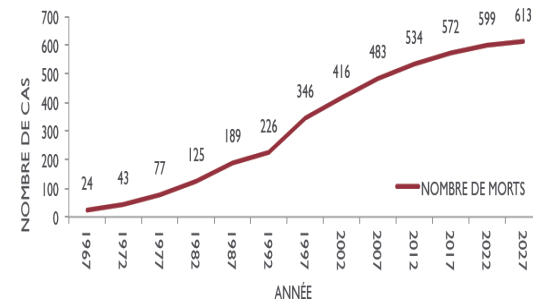
# Hépatite C au Canada

252 000 sujets vivant avec le VHC

**70 à 80% des nouvelles infections surviennent chez les personnes UDI**

**44% non dépistés<sup>1</sup>**

**1<sup>ère</sup> cause de greffe hépatique<sup>2</sup>**



Sans amélioration de l'accès au traitement, 32 500 personnes décéderont au Canada de complications secondaires au VHC entre 2013 et 2035<sup>2</sup>

# L'hépatite C au Québec

Prévalence estimée <sup>2,3</sup> 0.74% 40-70 000 sujets

Diminution puis stabilisation du nombre de cas déclarés par an (1073 en 2015)<sup>4</sup>

En 2004, moins de 10% des sujets infectés avaient été traités

<sup>1</sup>Turbnikov M. RMTTC 2014 <sup>2</sup>Myers R. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014. <sup>3</sup>Remis. Agence de santé publique du Canada. 2007.

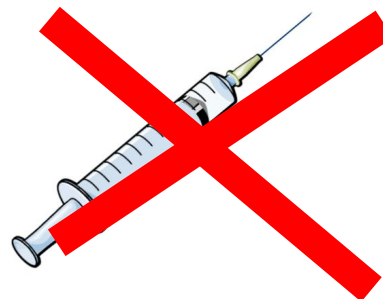
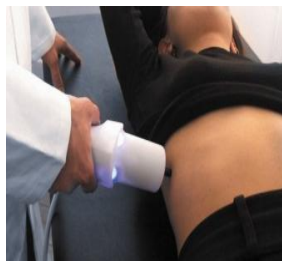
<sup>4</sup>Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2015 (et projections 2016). INSPQ



## Deux atouts majeurs



**Evaluation non invasive du  
stade de fibrose**



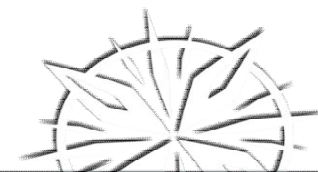
**Agents antiviraux directs  
Traitement oral de 2-3 mois, sans  
E.I  
Guérison définitive > 95%**



**AST to Platelet Ratio Index <sup>1</sup>**

*AST, LSN AST, plaquettes*

<http://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri>



# Quel est l'objectif du traitement?

**Réponse virologique soutenue ou RVS (*SVR*)**

définie par

**HCV ARN non détecté dans le sang**

**3 (ou 6) mois après la fin du traitement antiviral C**

signifie

**Éradication définitive du virus**

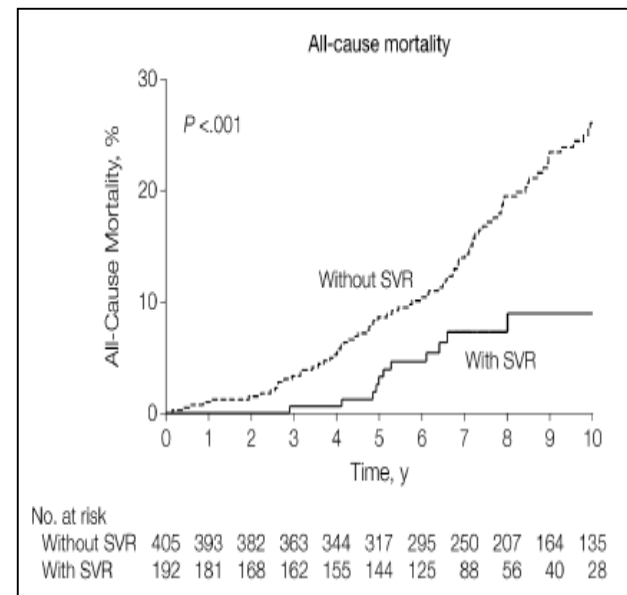
Dans une approche intégrative avec prise en compte des  
déterminants sociaux et culturels



# Quels sont les bénéfices d'une RVS?

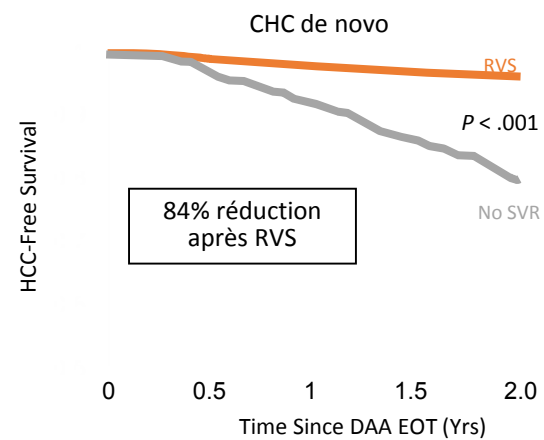
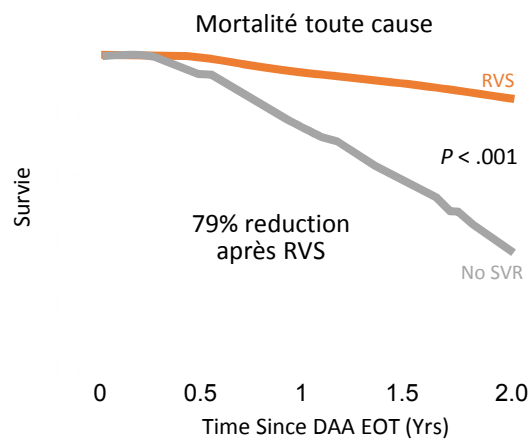
## A l'ère de l'interféron

- ↓ Le risque de décompensation
- ↓ Le risque de CHC  
RR 0.1 – 0.25
- ↓ Le recours à la greffe hépatique
- ↓ La mortalité d'origine hépatique  
RR 0.03-0.2
- ↓ La mortalité globale  
RR 0.1-0.3



# Bénéfices démontrés à l'ère des AAD?

- Registre des VA (n = 15,059) Patients FIB-4 > 3.25



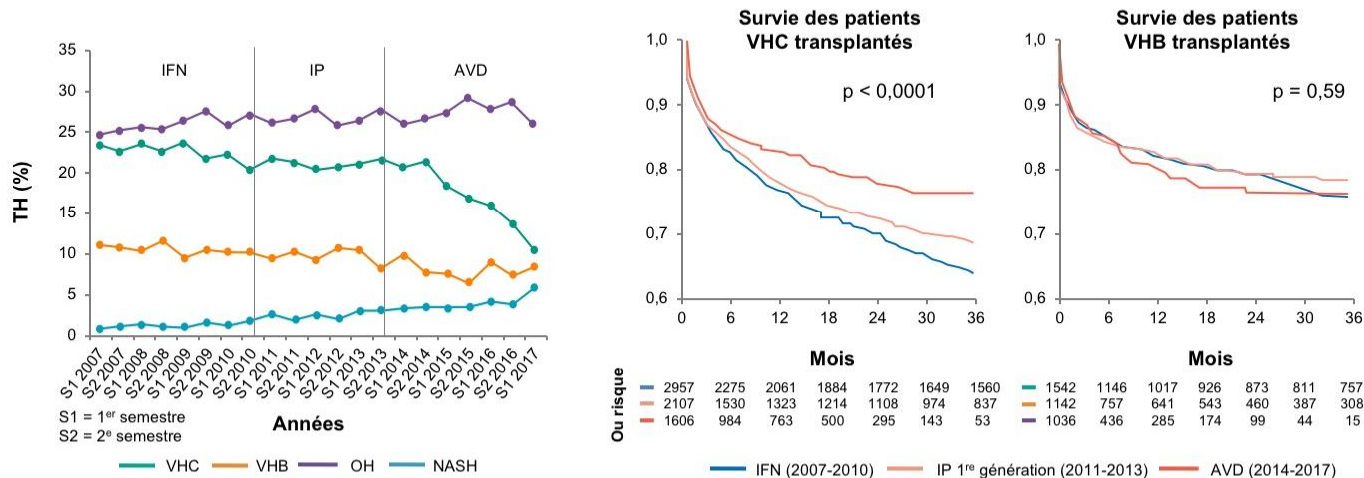
Slide credit: [clinicaloptions.com](http://clinicaloptions.com)

## Réduction significative de la mortalité et du risque de de CHC

Backus LI, et al. Hepatology. 2017

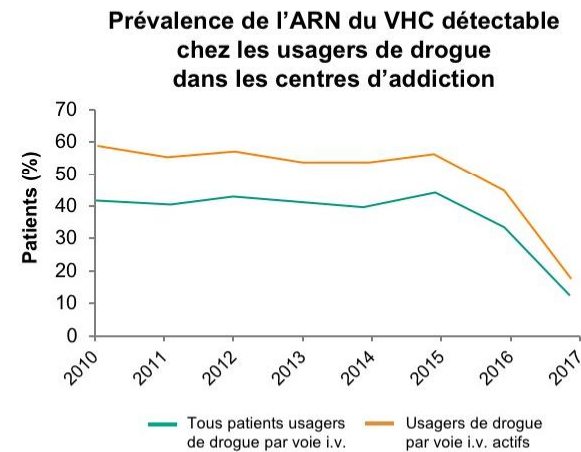
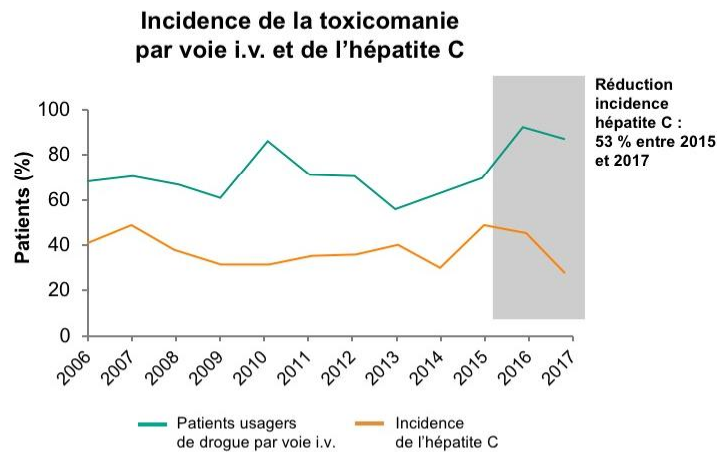


- Données obtenues à partir du registre européen des transplantations hépatiques (TH)
- 36 382 TH entre janvier 2007 et juin 2017
- Indication : VHC/VHB/OH/NASH avec ou sans CHC



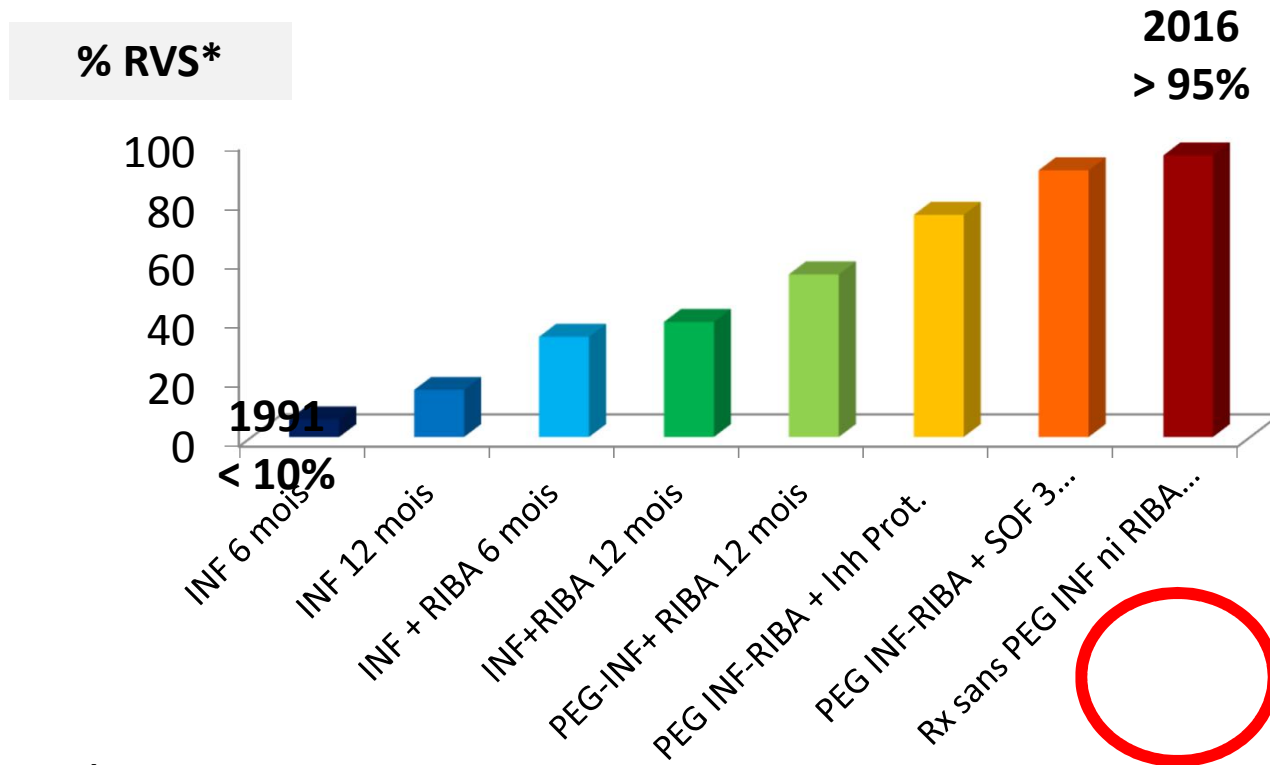
- Diminution de moitié du nombre de TH pour VHC à l'ère des AVD
- Diminution plus marquée pour la cirrhose décompensée que pour le CHC
- Amélioration de la survie des transplantés pour VHC, devenant comparable à celle des transplantés pour VHB

**Résultats de la mise en place d'un plan national de prise en charge  
de l'hépatite C en Islande en termes de prévalence et d'incidence  
chez les usagers de drogue actifs**



→ **Un plan d'élimination ciblant les usagers de drogue permet de diminuer la prévalence et l'incidence de l'hépatite C en Islande**

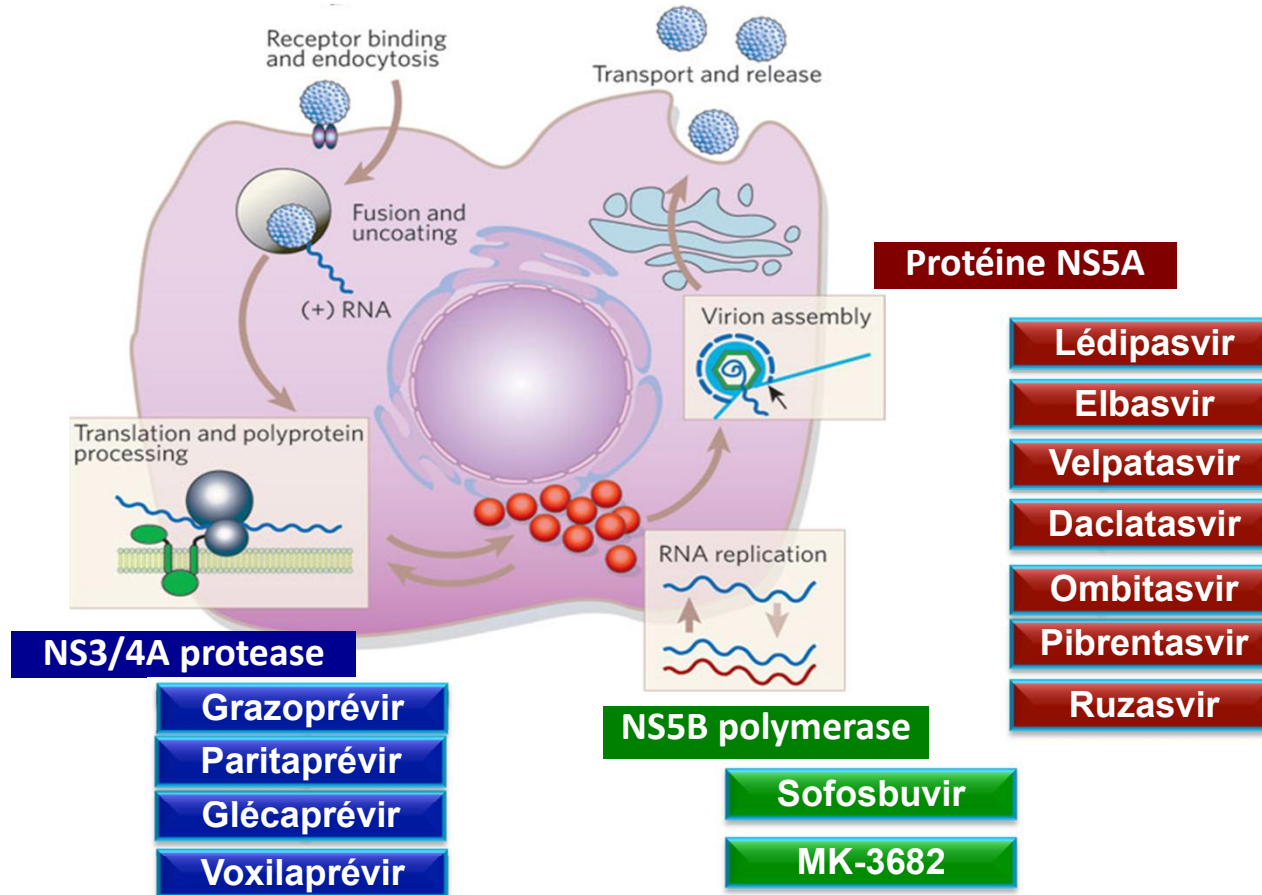
# Révolution thérapeutique



**\*Réponse Virologique Soutenue soit HCV ARN non détecté  
3 mois après la fin du Rx = guérison**



# Agents antiviraux directs (AAD)



# Combinaisons d'AAD

**Afin d'agir sur différentes cibles du virus**

**On vise:**

- **Efficacité très élevée**
- **Barrière élevée aux résistances**
- **Absence d'effets indésirables**
- **Interactions médicamenteuses limitées**
- **Facilité d'administration (n pilules, n prises)**
- **Sans adjonction nécessaire de ribavirine**



Quel est le taux de succès thérapeutique?

Chez des personnes jamais traitées  
auparavant:

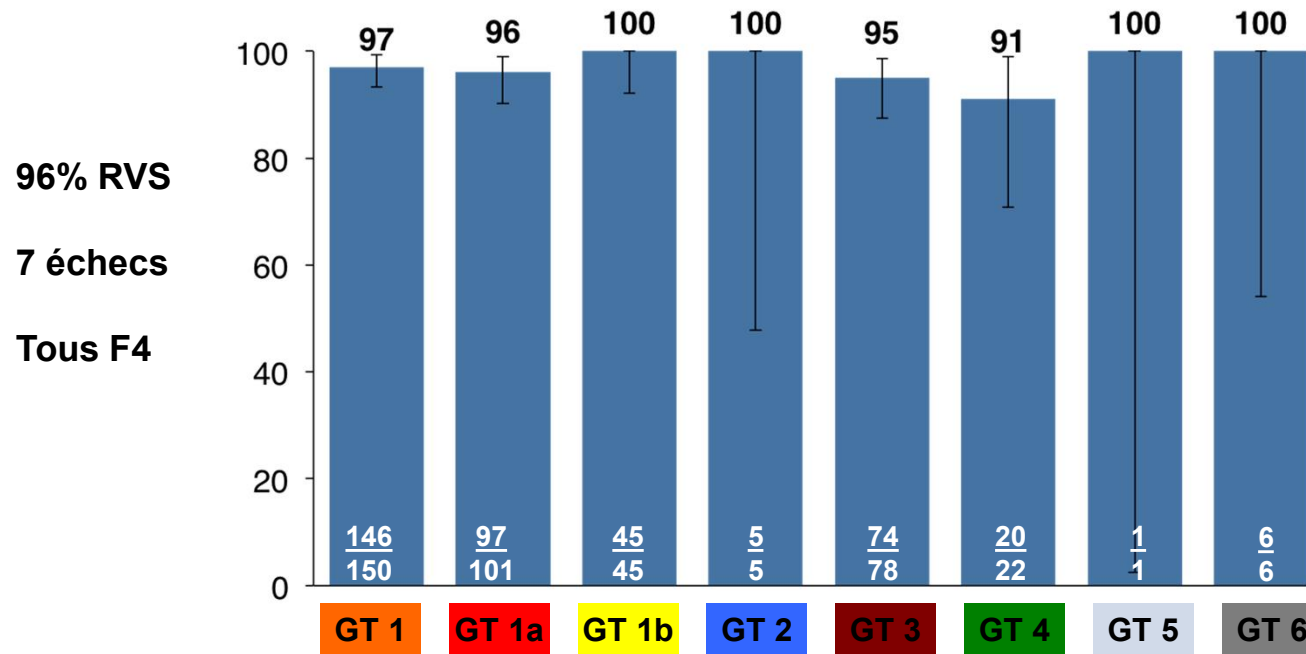
RVS > 95% pour toutes les  
combinaisons approuvées



# Et si échec thérapeutique aux AAD?

415 pts Génotype 1-6 en échec de traitement par AAD

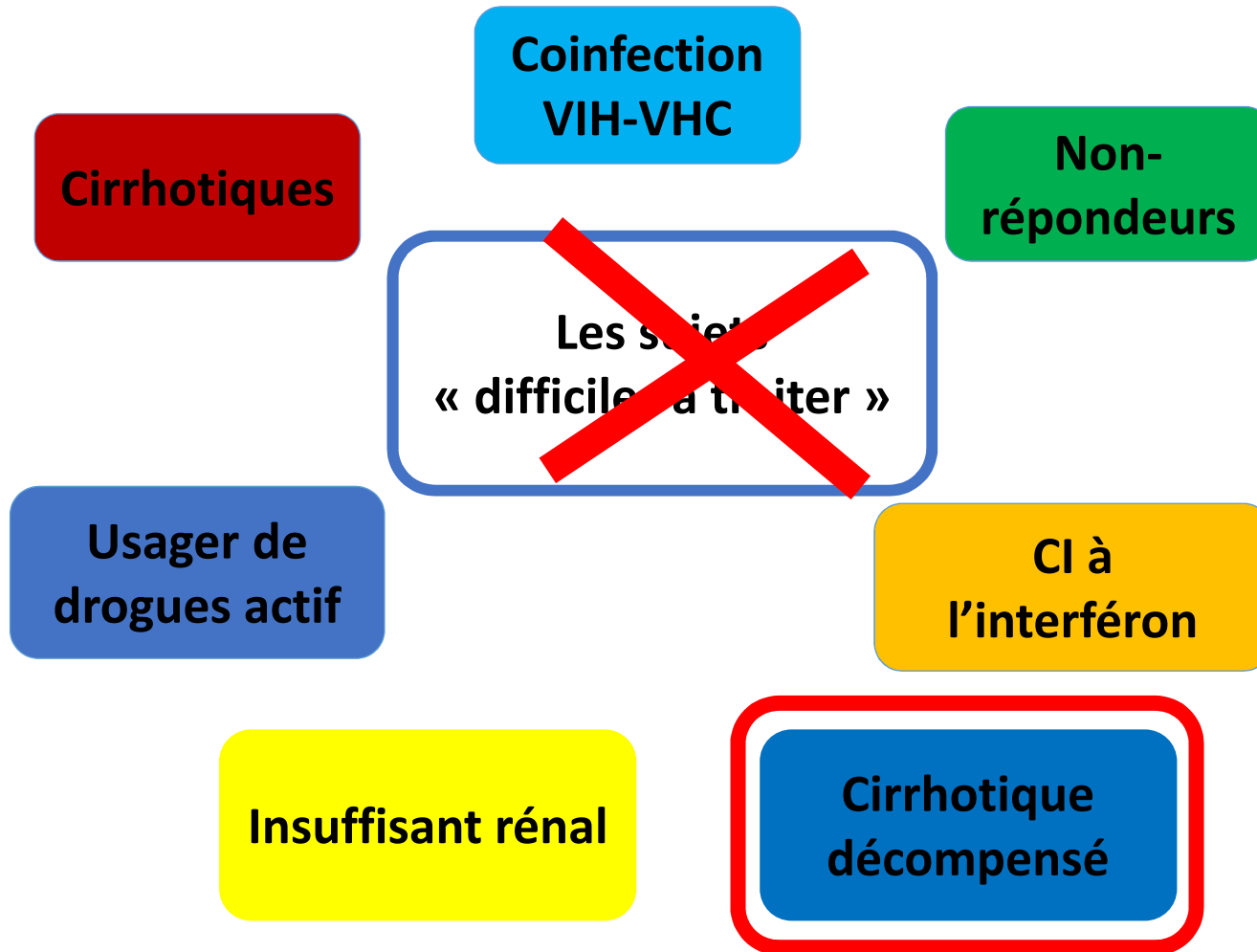
Traitement de 12 semaines SOF/VEL/VOX (263) contre placebo (152)



## Combinaisons approuvées par Santé Canada

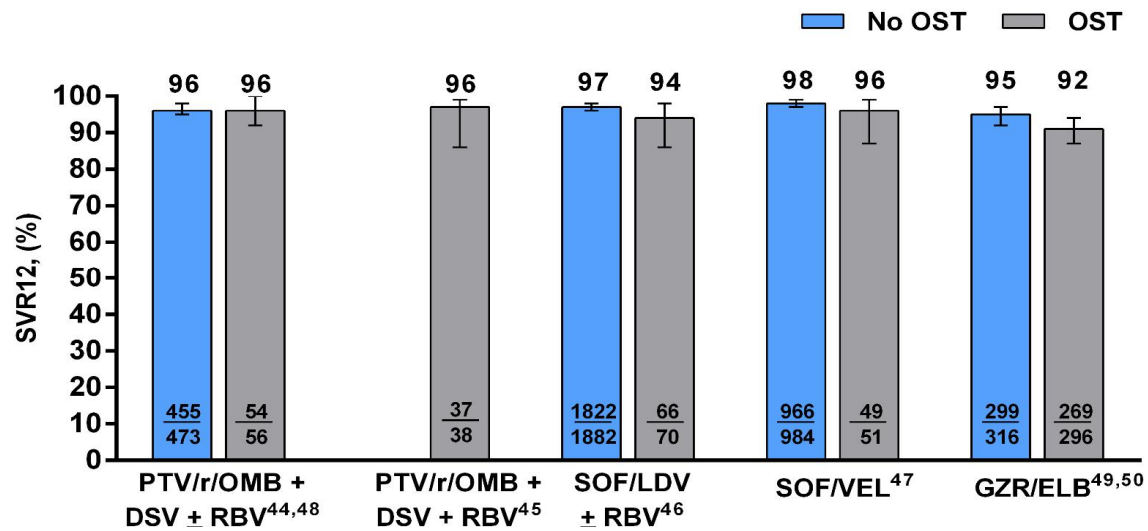
Combinaisons	Génotype	n pilules	Durée du traitement	Commentaires
Elbasvir/Grazoprevir <b>Zepatier<sup>MC</sup></b>	1a, 1b, 4	1	12 à 16 semaines	- Adjonction RBV chez certains pts expérimentés
Glécaprévir/pibrentasvir <b>Maviret<sup>MC</sup></b>	1-6	3	8-16	
Lédipasvir/Sofosbuvir <b>Harvoni<sup>MC</sup></b>	1a,1b 4,5,6	1	8-24	
Paritaprévir/ritonavir/ombitasvir + Dasabuvir <b>3-D Holkira Pak<sup>MC</sup></b>	1, 1b	4	8-24	- Ribavirine nécessaire si 1a
Paritaprévir/ritonavir/ombitasvir <b>Technivie<sup>MC</sup></b>	4	2	12	- Ribavirine nécessaire
Sofosbuvir + Daclatasvir <b>Sovaldi<sup>MC</sup> + Daklinza<sup>MC</sup></b>	1a,1b,3	2	12-24	
Sofosbuvir/velpatasvir <b>Eplusa<sup>MC</sup></b>	1-6	1	12	
Sofosbuvir/velpatasvir/ voxilaprévir <b>Vosevi<sup>MC</sup></b>	1-6	1	12	Seulement pour échec AAD





# Taux de guérison chez les sujets UD sous TSO

## Etudes de phase 3



1) Feld, J.J. N Engl J Med 2014. 2) Puoti, M. AASLD 2014. 3) Lalezari, J. J Hepatol 2015. 4) Grebely CID 2016. 5) Grebely CID 2016. 6) Zeuzem, S. Ann Intern Med 2015. 7) Dore, G.J. Ann Intern Med 2016.



## Indications du traitement antiviral C

### **Treatment**

*All patients with chronic HCV infection should be considered candidates for antiviral therapy (class of recommendation: 1; level of evidence: A).*

## Quelles sont les contre-indications au traitement par AAD?

- Les combinaisons comportant un inhibiteur de protéase sont CI chez les cirrhotiques Child-Pugh B et C
- Espérance de vie < 1 an
- Grossesse (en l'absence de données)





## Critères de choix du traitement antiviral C

Si cirrhose: compensée ou décompensée?

Combinaison avec Inh.Protéase CI si cirrhose CPT B ou C

Durée de TT variable

Quel est le génotype du VHC?

Sujet jamais traité ou échec thérapeutique?

Durée de TT variable et +/- adjonction de RBV

Possibles interactions médicamenteuses?

IPP? Statines? HART?

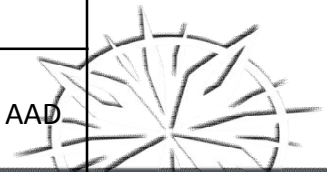
Le DFG est-il  $< 30$  ml/min?

Combinaison avec Sofosbuvir CI si IRC stade 4-5



## Combinaisons approuvées par Santé Canada

Combinaisons	Génotype	n pilules	Durée du traitement	Commentaires
Elbasvir/ <b>Grazoprevir</b> <b>Zepatier</b> <sup>MC</sup>	1a, 1b, 4	1	12 à 16 semaines	- Adjonction RBV chez certains pts expérimentés
<b>Glécaprévir</b> /pibrentasvir <b>Mavret</b> <sup>MC</sup>	1-6	3	8-16	
Lédipasvir/Sofosbuvir <b>Harvoni</b> <sup>MC</sup>	1a,1b 4,5,6	1	8-24	
<b>Paritaprévir</b> /ritonavir/ombitasvir + Dasabuvir <b>3-D Holkira Pak</b> <sup>MC</sup>	1, 1b	4	8-24	- Ribavirine nécessaire si 1a
<b>Paritaprévir</b> /ritonavir/ombitasvir <b>Technivie</b> <sup>MC</sup>	4	2	12	- Ribavirine nécessaire
Sofosbuvir + Daclatasvir <b>Sovaldin</b> <sup>MC</sup> + <b>Dakimza</b> <sup>MC</sup>	1a,1b,3	2	12-24	
Sofosbuvir/velpatasvir <b>Eplclusa</b> <sup>MC</sup>	1-6	1	12	
Sofosbuvir/velpatasvir/ <b>voxilaprévir</b> <b>Vosevi</b> <sup>MC</sup>	1-6	1	12	Seulement pour échec AAD



# Stratégies pour favoriser l'adhérence

- Adopter une routine en prétraitement
- Laisser la médication à la vue du patient
- Utiliser un pilulier
- Programmer des alarmes
- Planifier un appel pour vérifier la compréhension de la posologie et l'adhérence après 1 semaine de traitement
- Impliquer les proches
- Impliquer un travailleur de rue ou un pair aidant
- Traitement d'observation directe par la pharmacie
- Hébergement supervisé
- Thérapie fermée



# Monitoring du traitement

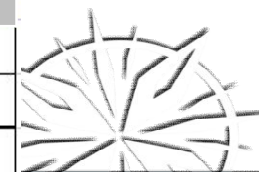
	PRE-TRAITEMENT	DURANT LE TRAITEMENT (1)			POST-TRAITEMENT	
	dans les 12 semaines précédant le tx	Sem 2	Sem 4	q. mois jusqu'à la fin du tx	4 sem post-tx	12 sem post-tx
FSC	X	si RBV	X	si RBV	prn (4)	prn (4)
INR (1)	X		X	prn (4)	prn (4)	prn (4)
Bilirubine totale et libre (1)	X	Si cirrhose et Rx par Holskira	X	prn (4)	prn (4)	prn (4)
AST	X	Si cirrhose et Rx	X	prn (4)	prn (4)	prn (4)

prn (4) Si anomalie à contrôler ou cliniquement indiqué.

Répéter l'ALT q.4 semaines durant la durée du traitement si traitement par Zépatier.

Suivi mensuel du bilan hépatique souhaitable durant le traitement puis à 4 et 12 sem post-Rx si cirrhose, rapproché au besoin si CPT B ou C ou si le traitement comporte un inhibiteur de protéase.

HCV RNA quantitatif	X		X	Optionnel à la fin du traitement		X (6)
HBV-DNA			prn (3)	prn (3)	prn (3)	prn (3)
Visite clinique	prn (2)		X	prn (5)	prn (5)	X



# Suivi après obtention d'une RVS

## **Maintien de comportements à risque d'infection**

Interventions ciblées en prévention de la réinfection

Offrir un suivi et dépistage de l'ARN viral

## **Sujets F ≤ 2 avant le traitement**

Pas de suivi spécifique

Suivi des facteurs de risque de fibrose autres prn (TLU d'alcool, obésité..)

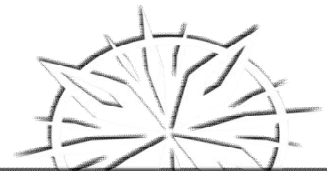
## **Sujets F3 ou F4 pré-thérapeutique**

Poursuite suivi nécessaire avec contrôle cofacteurs de fibrose

Dépistage du carcinome hépatocellulaire reste nécessaire

## **Sujets cirrhotiques F4**

Dépistage des VO selon les recommandations en vigueur



# Réinfection, mythe et réalités

Peu de données - Taux rapportés bas

Étude C-EDGE CO-STAR **2,8 réinfections pour 100 personnes-années**

- **Prévenir**
  - Réduction des méfaits , traitement de substitution aux opioïdes
  - Traiter les partenaires d'injection (Stratégie « bring a friend »)
  - Augmenter rapidement l'accès au traitement → le bassin de personnes infectées → réduit l'incidence de la réinfection
- **Dépister**
  - Comportements à risque persistants? HCV ARN q. 6-12 mois
  - Anomalies inexplicables du bilan hépatique? HCV ARN
- **Diagnostic**
  - Répéter HCV ARN jusqu'à 6 mois car possibilité de clairance spontanée
- **Retraiter**
  - Sans stigma



# Accès universel aux AAD

AAD disponibles au Québec depuis 2015 (Gt1)

Octobre 2015

Le Québec rejoint pCPA: pan-Canadian Pharmaceutical Alliance

2016

Approbation par Santé Canada de Zépatier<sup>MC</sup> et Epclusa<sup>MC</sup>

Mars 2017

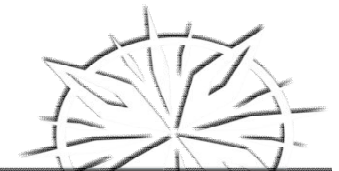
Zépatier<sup>MC</sup> et Epclusa<sup>MC</sup> listés comme médicaments d'exception

Mêmes critères d'accès pour **tous les génotypes**:

- F2, F3, F4 compensée et F 0 et F1 avec au moins un facteur de mauvais pronostic associé

Mars 2018

Accès universel au traitement par AAD



# CASL 2018      Dépistage élargi

## **Box 2: Populations for whom testing for hepatitis C virus (HCV) is recommended**

### **Risk factor–based screening<sup>24</sup>**

- History of current or past (even once) injection drug use\*
- Received health care or personal services where there is a lack of infection prevention and control practices
- Received a blood transfusion, blood products or organ transplant before 1992 in Canada
- History of or current incarceration
- Born or resided in a region where hepatitis C prevalence is > 3%, such as:
  - Central, East and South Asia;
  - Australasia and Oceania;
  - Eastern Europe;
  - Sub-Saharan Africa;
  - North Africa or Middle East
- Born to a mother who is HCV-infected
- History of sexual contact or sharing of personal care items with someone who is HCV-infected\*
- HIV infection, particularly men who have sex with men\*
- Received chronic hemodialysis treatment
- Elevated alanine aminotransferase

### **Population-based screening<sup>25</sup>**

- Born between the years 1945 and 1975

\*Retesting should be performed at least once per year in those individuals who are engaged in ongoing high-risk activities and must be done with HCV RNA, as anti-HCV will remain positive even after achievement of sustained virologic response.

The management of chronic hepatitis C:2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver CMAJ 2018 June 4;190:E677-87





# Tests diagnostiques rapides disponibles

Résultat sérologique en moins de 20 minutes

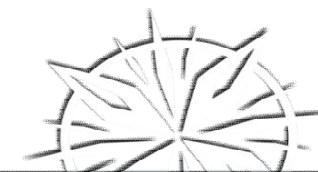
Prélèvement capillaire ou salivaire

Oraquick® homologué par Santé Canada janvier 2017

## 8.1. Recommendations

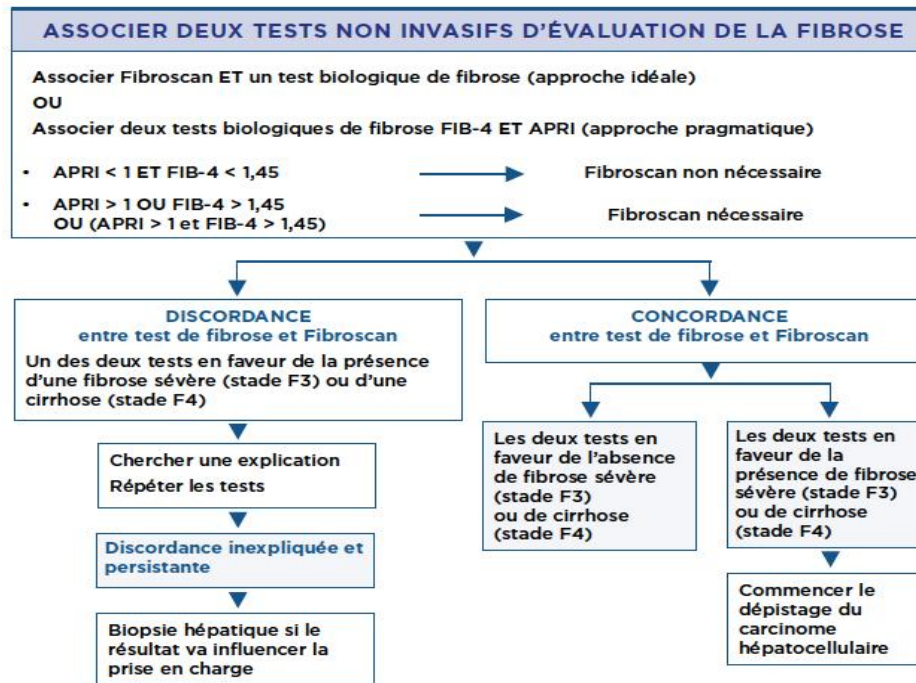
HOW TO TEST FOR CHRONIC HCV INFECTION AND MONITOR TREATMENT RESPONSE	
Topic	Recommendations
<b>Which serological assays to use</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>To test for serological evidence of past or present infection in adults, adolescents and children (&gt;18 months of age<sup>1</sup>), an HCV serological assay (antibody or antibody/antigen) using either RDT or laboratory-based immunoassay formats<sup>2</sup> that meet minimum safety, quality and performance standards<sup>3</sup> (<i>with regard to both analytical and clinical sensitivity and specificity</i>) is recommended.<ul style="list-style-type: none"><li>In settings where there is limited access to laboratory infrastructure and testing, and/or in populations where access to rapid testing would facilitate linkage to care and treatment, RDTs are recommended. <i>Strong recommendation, low/moderate quality of evidence</i></li></ul></li></ul>
<b>Serological testing strategies</b>	In adults and children older than 18 months <sup>1</sup> , a single serological assay for initial detection of serological evidence of past or present infection is recommended prior to supplementary nucleic acid testing (NAT) for evidence of viraemic infection. <i>Conditional recommendation, low quality of evidence</i>

<sup>1</sup>WHO guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva:World Health Organization; 2017



# Évaluation simplifiée

## ALGORITHME PRAGMATIQUE POUR LA DÉTERMINATION DU STADE DE FIBROSE HÉPATIQUE



La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C  
Guide à l'intention des professionnels de la santé du Québec 2018



# Modèles de soins démontrés efficaces

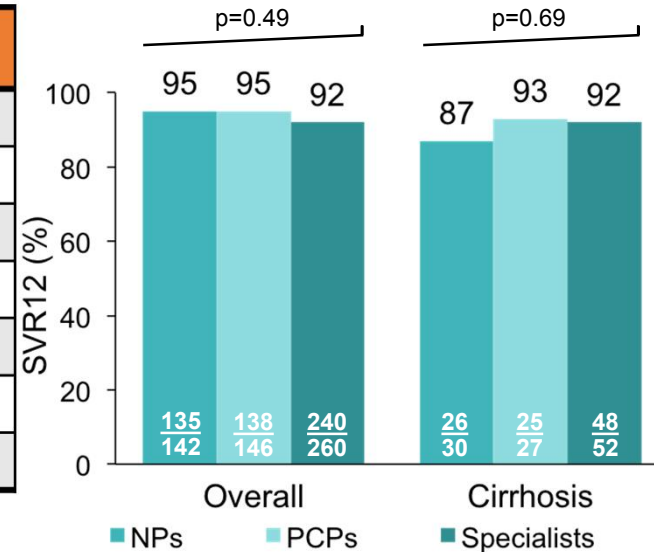
Etude ASCEND en milieu communautaire

Traitement LDV/SOF mené et suivi par des professionnels de santé non-spécialistes

## Caractéristiques

Patients	N=600
Age (années)	58.7
Male, n (%)	416 (69)
AfroAmeric, n (%)	578 (96)
HIV/HCV, n (%)	138 (23)
Cirrhose, n (%)	121 (20)
Naïfs, n (%)	494 (82)
LDV/SOF 12 sems, n (%)	539 (90)

## Taux de RVS selon le prescripteur (per protocol)



Score d'adhésion aux visites plus élevé chez les pts cirrhotiques avec le suivi infirmières (75%) versus omnipraticiens (56%) et spécialistes (61%); p=0.04



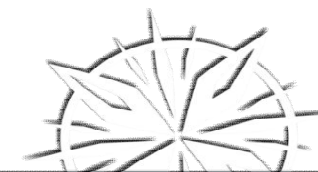
## Modèles de soins démontrés efficaces

Australie Traitement en prison supervisé par infirmières

Écosse Traitements menés en pharmacie

*We suggest that all individuals who test positive for HCV RNA be evaluated by practitioners with experience in HCV management (class of recommendation: 1; level of evidence: C).*

Despite a diagnosis of chronic hepatitis C, many patients are never seen by HCV experts, leading to low rates of treatment uptake and screening for complications.<sup>29</sup> Training primary care providers, addiction specialists, nurses and nurse practitioners to provide HCV care, as well as using telemedicine approaches (e.g., Project ECHO) to co-manage patients, can lead to delivery of high-quality HCV treatment with outcomes similar to those achieved in academic centres.<sup>30,31</sup> Expansion of nonspecialist HCV care will be required in Canada to ensure that all infected individuals receive appropriate care.



## Programme ECHO CHUM Hépatite Lancement avril 2017



**PARTENAIRES**

**65 participants**  
 26 Infirmier(e)s  
 19 Omnipraticiens  
 10 Méd. spécialistes  
 4 Intervenants com.  
 3 Pharmaciens  
 3 Autres

**GROUPE D'EXPERTS**

- 22 téléCliniques
- 20 capsules péd.
- 38 cas discutés
- 26 traitements recommandés: 22 débutés



Réunion en  
plateforme web

Présentation de cas réels  
dé-identifiés

Capsule  
didactique  
en fin de session

# Conclusion

## Des opportunités sans précédent

- Un accès universel au traitement de l'hépatite C
- Une simplification majeure de l'évaluation et du monitoring
- Des combinaisons thérapeutiques efficaces et disponibles pour tous dont les anciens « difficiles à traiter »

## Des challenges

- Dépister, dépister les patients qui n'ont pas été traités
- Développer une collaboration optimale entre professionnels pour accélérer la cascade de soins et augmenter le taux de traitement
- Dans approche intégrative et de réduction des méfaits



## Isabelle Têtu

Infirmière praticienne

La Coopérative de Solidarité SABSA

Isabelle Têtu est infirmière praticienne en soins de première ligne et cofondatrice de la coop SABSA à Québec, une clinique de proximité au centre-ville qui rejoint les clientèles vulnérables dont ceux atteints du VIH et VHC. Elle travaille auprès des personnes marginalisées (UDI, travailleurs-euses du sexe, itinérants, etc.) depuis de nombreuses années, d'abord comme travailleuse de rue pour un organisme communautaire puis comme infirmière dans un CLSC puis comme IPS à SABSA.



COOPÉRATIVE  
DE SOLIDARITÉ

**SABSA**

# Le traitement de l'hépatite C à l'ère des AAD: les premières pour les premières lignes Situation à SABSA

---

PAR ISABELLE TÊTU IPSPL

COOP SABSA

21 JUIN 2018





# Historique de la Coop SABSA

---

Historique: constituée en décembre 2011 par cinq membres fondateurs (infirmières et intervenantes) dans le but de donner accès au traitement de l'hépatite C.

SABSA signifie services à bas seuil d'accessibilité.

Trouver une alternative permettant d'avoir les forces du réseau institutionnel et du milieu communautaire. Sans lourdeur administrative et paliers hiérarchiques.

Désir de s'engager auprès des populations touchées.

Cette formule permet un partenariat entre des individus qualifiés ayant des intérêts communs et une expertise dans le domaine visé. Le processus de décision est démocratique, le pouvoir est partagé et donne une opportunité aux différents acteurs (membres utilisateurs et travailleurs) d'être parties prenantes dans l'élaboration d'une réponse à des problèmes de santé.

But non lucratif



# Mission et objectifs

---

Offrir des soins et des services de proximité de santé par une équipe multidisciplinaire regroupant différents professionnels.

## **Objectifs :**

Améliorer et favoriser l'accès à des soins et des services de santé préventifs ou curatifs;

Responsabiliser les personnes face à leur santé;

Favoriser le mouvement coopératif auprès de nos membres.



# Volets de services

---

- Volet clinique de proximité de soins infirmiers
  - Soins courants, maladies chroniques, santé mentale avec RV ou SRV:  
Infirmière, IPSPL
  - Liens avec md omni
  - TS CRDQ 1 jour par semaine (bientôt 3 jours par semaine)
  - Développement d'un projet en troubles concomitants (toxico-santé mentale).  
Psychiatre ½ -1 journée par semaine.
- Volet hépatite C/VIH
  - Intervenant psychosocial
  - infirmière, IPSPL
  - pharmacienne
  - Gastroentérologues, infectiologues
  - Fibroscan

# Mécanismes de référence

---

- Critères d'admissibilité:
  - Clinique de proximité: quartiers St-Roch, St-Sauveur, pas md de famille
  - Volet VHC/VIH: pas de limite de secteur
  - Nous acceptons les gens sans RAMQ
  
- Téléphone ou fax
  
- Sommaires et résultats

# Contexte de vulnérabilité

---

Contexte de vulnérabilité augmente les risques de transmission de l'hépatite C et d'autres ITSS ou problèmes de santé chroniques.

Les personnes que nous rencontrons présentent souvent de nombreux problèmes de santé. Traiter l'hépatite C n'est pas toujours leur priorité par rapport aux difficultés vécues et aux autres problèmes de santé.

Le traitement de l'hépatite C permet de commencer une prise en charge de leur santé.

Difficulté pour ces personnes de naviguer au travers du système de santé.

Se retrouvent aux urgences.

Importance de la prévention.


Adapter les services pour les personnes.



# Des personnes 'pas toujours faciles' ...

---

**L'attitude de l'intervenant va avoir un impact majeur sur l'efficacité des interventions.**

- Croyance profonde que le patient est intéressé à changer, en dépit de tout (comportements).
  - Conviction que ces patients peuvent s'améliorer.
  - Sentiment que ces patients sont sympathiques.
  - Conviction qu'on peut aider ces patients.
  - Capacité de travailler de concert avec une équipe traitante.
  - Soutien émotionnel en cas de besoin.
- 

# Changements et impacts dans la pratique avec l'arrivée des AAD

---

- Plus de patients traités.
- Suivis plus intensifs dans la communauté.
- Miser davantage sur les risques de réinfection.
- Miser sur le traitement de l'hépatite C pour une meilleure prise en charge globale de la personne (et vice-versa).
- Utiliser la période entre l'évaluation initiale et le début du traitement pour faire le maximum d'enseignement.
- Miser sur le travail multi et interdisciplinaire.

# Coop SABSA en chiffres – Clinique de proximité

---

Pour l'année 2017 :

- 3655 visites de consultation pour 1349 personnes différentes;
- 515 personnes se présentaient pour une première fois;
- Nombre moyen de visite/personne: 2,7 visites
- Hommes: 53% Femmes : 47%
- Âge moyen de 43,8 ans




# Coop SABSA en chiffres - Volet VHC

---

## Traitement de l'hépatite C - au 31 décembre 2017

- Traitement complété avec succès : **67** personnes
- En attente pour débiter un traitement : **114** personnes
- En cours de traitement : **10** personnes
- Traitement complété sans succès : **4** personnes

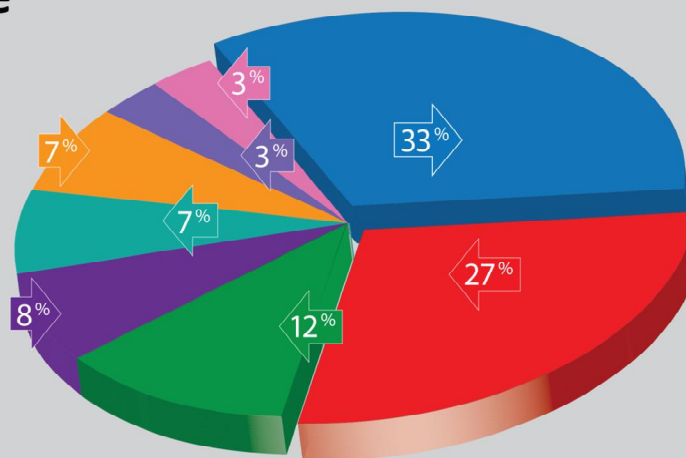
## Intervention psychosociale - 2017

- Nombre de personnes rencontrées : 95
  - Personnes accompagnées qui ont complété un traitement : 21
- 

# Coop SABSA en chiffres – la suite

## Quartiers de résidence

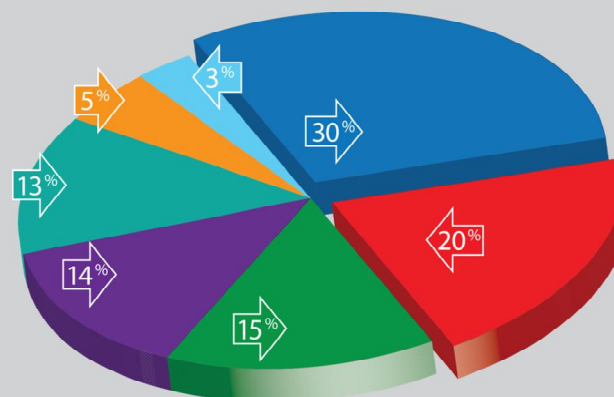
- Saint-Sauveur
- Saint-Roch
- Autres quartiers centraux  
(Saint-Jean-Baptiste, Saint-Sacrement, Montcalm, Haute ville, Limoilou, Maizerets)
- Couronne Ouest  
(Sainte-Foy, Sillery, Vanier, Duberger, Ancienne Lorette)
- Sans domicile fixe
- Couronne Nord  
(Charlesbourg, Lebourneuf, Loretteville, Neufchâtel)
- Couronne Est  
(Beauport, Côte de Beauport...)
- Autres villes  
(Lévis, Shannon, Donnacona, Chicoutimi, etc.)



# Coop SABSA en chiffres- la suite

## Sources de la référence

- Réseau familial et personnel
- PECH
- Réseau de la santé
- Réseau communautaire
- Pharmacies
- Autres (médias, Internet, établissement de détention)
- Références internes

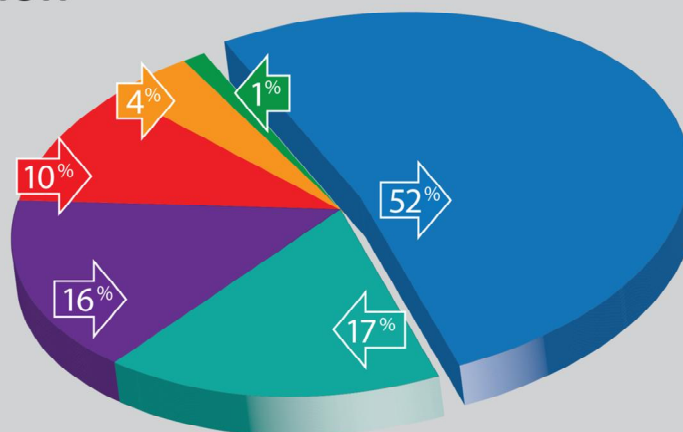


# Coop SABSA en chiffres – la suite

---

## Motifs de consultation

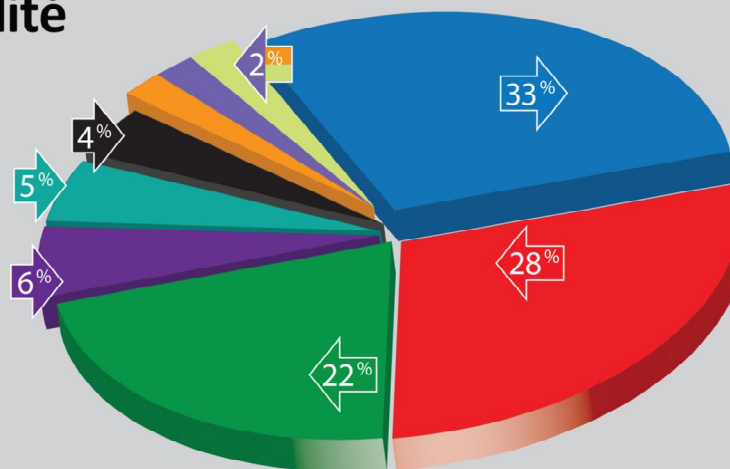
- Soins courants
- VHC/VIH
- Suivi santé mentale
- Suivi maladies chroniques
- Examen annuel
- Suivi grossesse



# Coop SABSA en chiffres – la suite

## Codes de vulnérabilité

- Toxicomanie
- Problèmes de santé mentale
- VIH/VHC
- Diabète
- TDAH
- Douleur Chronique
- Troubles dépressifs majeurs
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques
- Autres



# Financement actuel

---

- Campagne de financement annuelle : objectif de 250 000\$
- Entente avec le CIUSSS (IPSPL, TS, fournitures médicales) qui ne couvre que 20% de nos dépenses...
- Et de nombreuses donations individuelles!


Avant l'arrivée du projet-pilote de la FIQ, SABSA a fonctionné sans aucune subvention gouvernementale.

De nombreuses heures de bénévolat, de persévérance et d'engagement citoyen!



# Défis et enjeux

---

- Augmentation des inégalités sociales et de santé
  - Difficulté d'accès aux services de santé et sociaux
  - Réorganisation du système de santé avec la fusion des établissements, l'arrivée de super cliniques
  - D'où la venue de nouvelles alternatives comme la clinique de proximité de soins infirmiers.
  - Reconnaissance de notre modèle
- 

# En pratique... et en conclusion

---

Bien que les personnes qui consomment des drogues aient généralement un piètre état de santé, elles **consultent trop peu les services de santé**. Lorsqu'elles le font, c'est en urgence, alors que la situation s'est passablement dégradée.

Le **rôle des intervenants** est ici primordial. Il a été démontré que lorsque des travailleurs de milieu ayant une bonne relation de confiance avec les consommateurs les incitaient à consulter des services de santé, ces derniers avaient tendance à agir sur ces recommandations.





# Merci de votre attention

---


Coopérative de Solidarité SABSA  
60, rue St-Vallier Est  
Québec (Qc)  
G1K 3N8

T 418-914-9295

F 418-914-5646

**Courriel** [coordination@coop-sabsa.com](mailto:coordination@coop-sabsa.com)

[www.coop-sabsa.com](http://www.coop-sabsa.com)



## Elaine Polflit

**Chef de l'administration de programmes SIS  
CIUSSS Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal**

Détentrice d'un baccalauréat en psychologie et étudiante à la Maîtrise en administration publique, Mme Elaine Polflit œuvre dans le domaine de la dépendance et de la santé urbaine à Montréal depuis près de 15 ans. Elle est présentement la Chef d'administration de programmes pour les Services d'Injection Supervisée (SIS) au CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et y coordonne les activités infirmières. Ces dernières années, Mme Polflit a assumé la gestion de la clinique à bas seuil d'exigence Relais du programme Cran, qui offre des services en traitement de la dépendance aux opioïdes à une population vulnérable n'adhérant pas aux services traditionnels. Dans le cadre de ses fonctions, elle a structuré l'offre de service afin d'y intégrer entre autres des services d'évaluation psychiatrique et l'accès au traitement de l'hépatite C.



# L'INTÉGRATION DU TRAITEMENT VHC DANS UN CONTEXTE À BAS SEUIL

Elaine Polflit, Chef de service SIS, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

PLUS FORT  
AVEC VOUS

---

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal

Québec 

# LA CLINIQUE À BAS SEUIL D'EXIGENCE RELAIS

La force d'une offre de service intégrée

PLUS FORT  
AVEC VOUS

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal*

Québec 

## Relais

- Accès à différentes molécules
- Accessibilité accrue
- Équipe interdisciplinaire
- Travail de proximité
- Offre de soins globale

# COMMENT S'Y RENDRE

La longue route vers l'intégration du traitement à l'offre de service

PLUS FORT  
AVEC VOUS

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal*

Québec 

## Le traitement pré-DAA

- **Les obstacles**
  - Offert dans un contexte hospitalier ou en clinique privée
  - À haut seuil
  - Nouvelle équipe = nouvelles règles
  - Offre de service morcelée
- **Les personnes y ayant accès**
  - Usagers plus organisés, plus âgés
  - Abstinents
- **Ce qui arrivait**
  - Perte en suivi
  - Démobilisation

## Pourquoi ce fut si complexe?

- Souvenirs de l'interferon
- Peur de la surcharge de travail
- Inconfort à offrir le traitement à des personnes consommant activement
- Peu de cliniciens formés
- Craintes de réinfection
- Traitement déjà offert ailleurs



## Lentement mais surement

- Offre accrue de formation pour le personnel
- Mentorat
- Adaptation des questionnaires d'admission et de suivi
- Soutien pharmaceutique

# ÉLIMINER LE VIRUS OU GUÉRIR LA MALADIE

'I always used to say we eliminate the virus but we also cure the patients, which are two different things and the new treatments will carry on eliminating the virus but may not cure the patient, and I think we have to look into how we replace that role, and that is going to be difficult.' (London Hepatologist)

Source: Harris, M. & Rhodes, T. (forthcoming). From the social relations of care to the pharmaceuticalisation of treatment: Transitions in treating hepatitis C. Health

PLUS FORT  
AVEC VOUS

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal

Québec 

## Ce qui a changé pour le mieux

- Accès accru
- Pas de requis minimal de fibrose
- Effet stabilisateur du traitement
- Offert à des personnes consommant activement
- Rejoindre des personnes plus jeunes, plus précaires
- Changement dans le modèle de traitement

## La 'pharmacisation' du traitement

- Limiter le traitement à l'accès à la molécule
- Retirer le soutien psychosocial de l'équation
- Sous-estimer les effets secondaires et les impacts sur les usagers
- Ne pas prendre en considération les différents changements de vie associés au traitement

# ET LA SUITE?

Le traitement de l'hépatite C en SIS

PLUS FORT  
AVEC VOUS

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de l'Île-de-Montréal*

Québec 

## Premiers pas vers une offre de service

- Formation du personnel infirmier
- Arrimage avec les ressources déjà présentes dans le milieu
- Augmentation de l'offre de dépistage
- Consultation de l'organisme et des usagers
- Création d'un modèle infirmier de traitement
- Possiblement offrir sur place le traitement

# MERCI!

---

PLUS FORT  
AVEC VOUS

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal*

Québec 



## **Des questions?**

Veillez écrire votre question ou commentaire  
dans la boîte de clavardage.



# Merci

PRÉSENTÉ PAR

**Michael Bailey, Modérateur**

**La Dre Claire Wartelle-Bladou,**

**Isabelle Têtu,**

**Elaine Polflit**

21 juin 2018