

Symposium canadien sur le virus de l'hépatite C :

Répercussions pour les
travailleurs de première ligne

PRÉSENTÉ PAR

Michael Bailey, CATIE

Marjolaine Pruvost,
CAPAHC

Martin Pagé,
Dopamine

11 juillet 2019

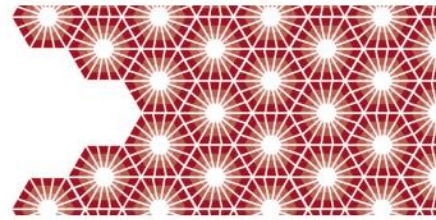
Ordre du jour du webinaire (1 heure et demie)

- Aperçu des thèmes clés et de la recherche présentés lors du 8^e Symposium canadien sur le virus de l'hépatite C et du Canadian Liver Meeting
- *Michael Bailey, Coordonnateur régional de l'éducation en matière de santé, CATIE*
- Réflexions et répercussions pour la pratique de première ligne
- *Marjolaine Pruvost, Coordinatrice de projets, CAPAHC*
- *Martin Pagé, Directeur général, Dopamine*
- Q & A



CANADIAN
LIVER
MEETING

May 24 - 26, 2019
Hôtel Bonaventure
Montréal



8^e Symposium canadien sur le virus de l'hépatite C

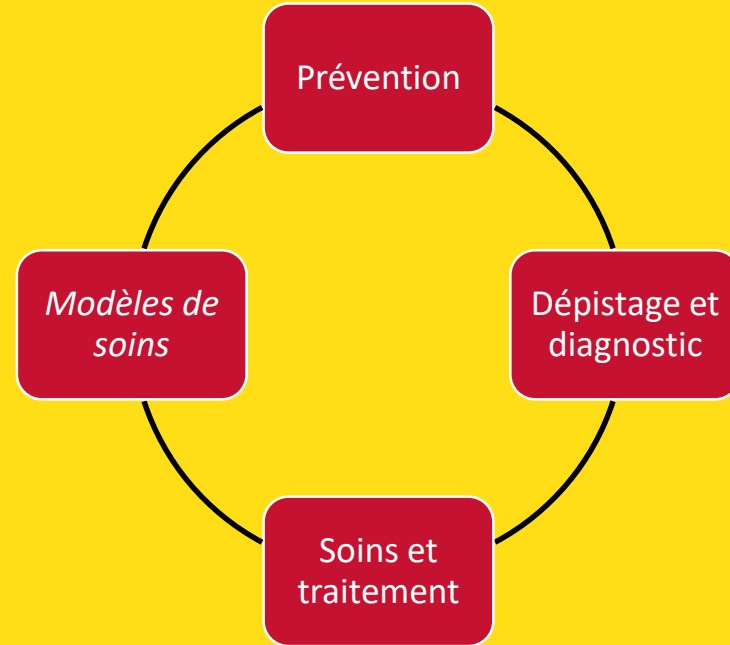
Vendredi 24 mai

Améliorer le diagnostic : Comment rejoindre la population non diagnostiquée



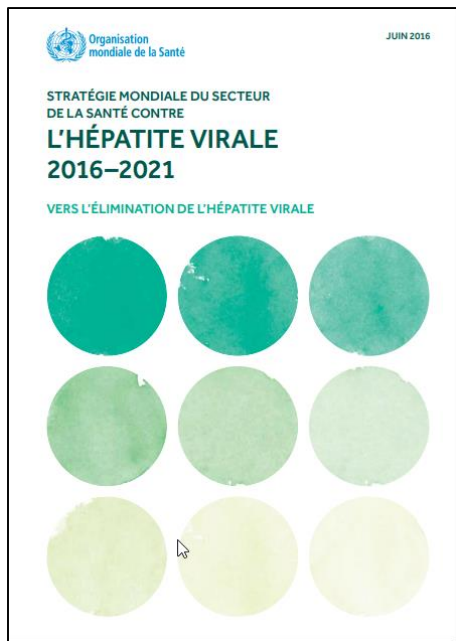
May 24-26, 2019
Hôtel Bonaventure, Montréal

Aperçu de la synthèse du webinaire



Engagements mondiaux

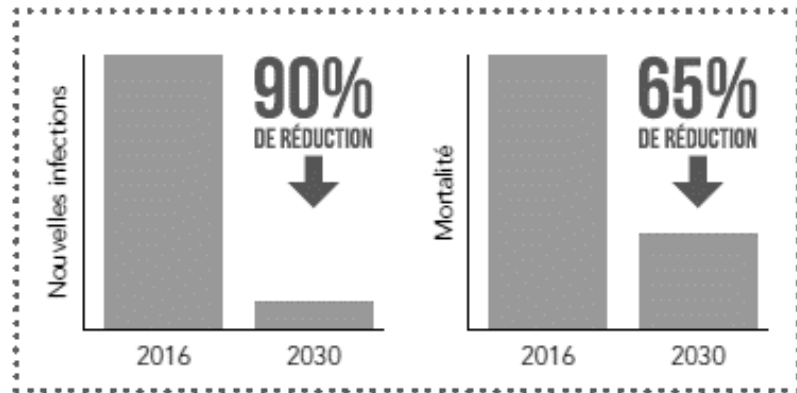
Le Canada est l'un des pays signataires



Éliminer l'hépatite virale d'ici 2030 en tant que grave menace pour la santé publique



Appel lancé à tous les pays pour qu'ils mettent sur pied un plan d'action national



Qu'entend-on par « élimination » ?

Éradication

- Diminuer la prévalence **mondiale** à zéro cas
- Aucun effort continu de surveillance ou de contrôle n'est requis

Probablement impossible sans un vaccin (entre autres!)

Élimination

- Diminuer la prévalence **régionale/nationale** sous un certain seuil **afin de limiter l'impact en tant que problème de santé publique**
- **Une surveillance et un contrôle continus sont requis**

Difficile, mais possible avec les bons outils



Pourquoi parler d'élimination?

Nous avons à présent les outils

Diagnostic simple

- Tests sanguins disponibles
- Dépistage au point de service
- Dépistage *Reflex*

Traitement efficace

- 1 à 3 pilules/jour pendant 2-3 mois
- Taux de guérison de plus de 95 %
- Peu d'effets secondaires, voire aucun

Stratégies de prévention

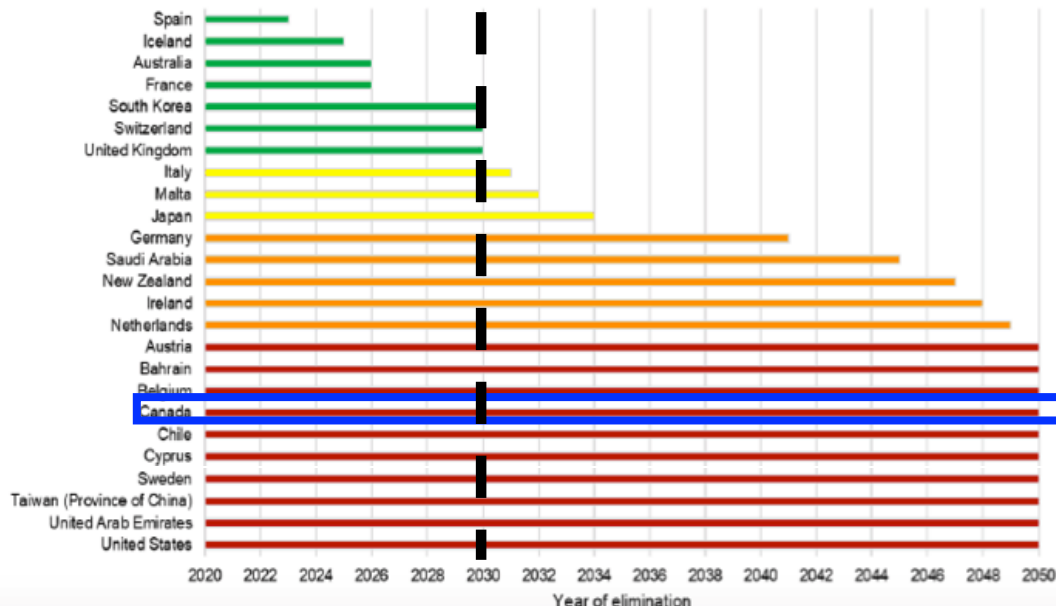
- Réduction des méfaits
- Programmes de seringues/aiguilles
- Traitement agonistes pour les opioïdes

Combinés, ces outils peuvent servir à éliminer l'hépatite C



Progrès vers l'élimination

Année où l'élimination est attendue, par pays

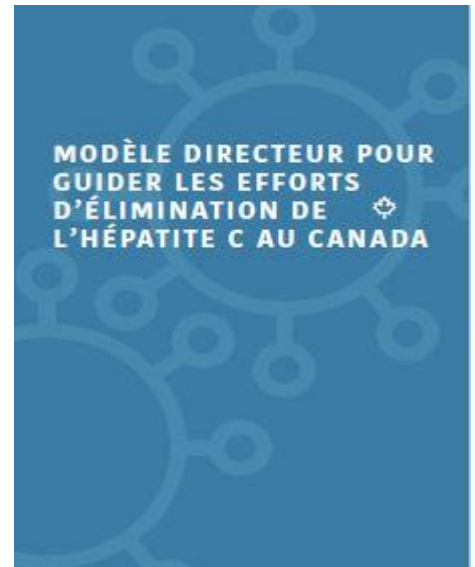


- Certains pays sont en voie de réaliser l'élimination avant 2030
- Facteurs clés
 - Plans d'action nationaux
 - Volonté politique
 - Vigoureux systèmes de santé publique
- Plusieurs pays, dont le Canada, ne sont peut-être pas du tout en voie de réaliser l'élimination



Le Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada est lancé lors du Canadian Liver Meeting

- Développé dans le cadre d'un processus consultatif ayant pour but d'établir ce qui doit être fait pour atteindre l'élimination du virus de l'hépatite C comme menace de santé publique d'ici 2030 au Canada.
- Identifie les objectifs et les cibles pour réaliser l'élimination.
- Offre un menu d'activités et de bonnes pratiques recommandées pour aider les provinces et les territoires à élaborer leurs propres plans d'action pour éliminer l'hépatite C.

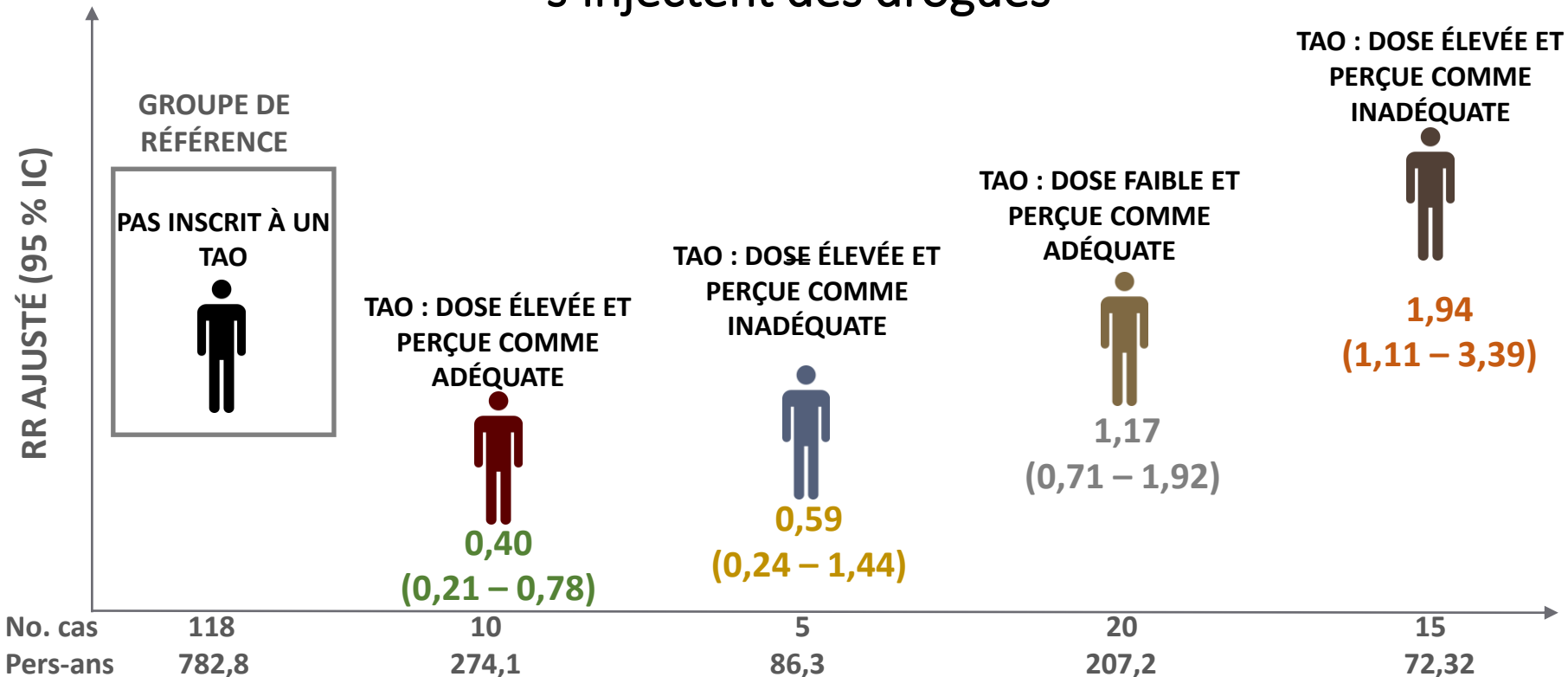


Prévention

Tableau 1. Objectifs et cibles du *Modèle directeur* (p. 10)

OBJECTIFS	CIBLES POUR 2025	CIBLES POUR 2030
Prévention du VHC		
Réduire les nouvelles infections au VHC	80 % ↓ incidence*	80 % ↓ incidence*
Augmenter le nombre annuel de seringues et d'aiguilles stériles fournies à chaque personne qui s'injecte des drogues (PID)	500 seringues/aiguilles stériles	750 seringues/aiguilles stériles
Augmenter le nombre de PID qui ont accès à un traitement par agonistes opioïdes (TAO)	40 % des PID reçoivent un TAO	≥40 % des PID reçoivent un TAO**

Association entre la suffisance des doses de TAO et le risque d'infection par le VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues



Recommandations du Modèle directeur pour la prévention de l'hépatite C

- Diminuer la stigmatisation liée à l'hépatite C, y compris par le biais d'une réforme des politiques sur les drogues.
- Les gouvernements devraient financer et mettre en place des interventions de réduction des méfaits, y compris des services de consommation supervisée.

Dépistage et diagnostic

Tableau 1. Objectifs et cibles du *Modèle directeur* (p. 10)

Dépistage et diagnostic du VHC		
Augmenter le nombre de personnes vivant avec le VHC qui sont diagnostiquées	70 % des personnes vivant avec le VHC sont diagnostiquées et ont reçu un dépistage pour confirmer l'infection active	90 % des personnes vivant avec le VHC sont diagnostiquées et ont reçu un dépistage pour confirmer l'infection active
Augmenter le nombre de personnes recevant un résultat positif au dépistage d'anticorps anti-VHC qui sont dépistées pour l'infection à VHC active (p. ex., ARN du VHC)	90 % des personnes ayant reçu un résultat positif au dépistage d'anticorps ont reçu un dépistage d'ARN du VHC	100 % des personnes ayant reçu un résultat positif au dépistage d'anticorps ont reçu un dépistage d'ARN du VHC

Le dépistage est le plus grand obstacle à la réalisation de l'élimination

- Nous devons étudier le nombre de personnes dépistées afin de réaliser l'élimination – il s'agit d'une très grande partie de la population.
- Le processus de dépistage actuel est-il le plus judicieux à l'heure actuelle?



Dépistage de l'hépatite C

1.



Le test de dépistage des anticorps
vérifie si la personne a déjà été exposée à l'hépatite C.

2.



Le test de confirmation de l'ARN VHC
confirme si la personne a actuellement l'infection par l'hépatite C.

Les tests de dépistage des anticorps et de confirmation

- Pourquoi faisons-nous passer le test de dépistage des anticorps?
 - Parce qu'il est moins cher que le test de confirmation.
- Nous avons besoin d'un test de dépistage de l'infection par l'hépatite C moins cher.
 - 99,8 % des personnes ayant l'hépatite C chronique ont des niveaux de virus supérieur à 1 000 UI/ml – alors peut-être que les tests pourraient avoir une limite plus élevée de détection.

Repenser le dépistage

- Le premier problème est que nous envoyons les gens passer le test ailleurs (Stuart Ray, Faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins)
- Analyse de gouttes de sang séché (John Kim, Agence de la santé publique du Canada) :
 - Nous devons décentraliser et arrêter d'attendre que les gens viennent aux laboratoires pour se faire tester.
 - Si vous n'avez pas accès à la phlébotomie, alors l'analyse de gouttes de sang séché est suffisante.



Dépistage aux points de service

- Le test de dépistage des anticorps hépatite C aux points de service s'appelle OraQuick Antibody test et il est disponible au Canada et utilisé dans de nombreux programmes.
- Le test d'ARN par prélèvement au doigt Cepheid est utilisé dans un certain nombre de projets de recherche y compris dans un service de consommation supervisée (SCS) de Toronto (Bernadette Lettner, Centre de santé communautaire de South Riverdale).



Apporter le dépistage aux gens là où ils sont déjà

Des recherches ont été faites pour évaluer les stratégies de dépistage de l'hépatite C aux urgences, dans les cliniques sans rendez-vous et dans le cadre du travail de proximité communautaire, comme l'analyse de gouttes de sang séché et les tests aux points de service (Camelia Capraru, Toronto Centre for Liver Disease/VIRCAN, Réseau universitaire de santé) :

- Utilisation d'un système de téléavertisseur lorsqu'un patient né entre 1945 et 1975 est inscrit aux urgences.
- Certains patients n'ont pas attendu de recevoir le résultat du test de dépistage des anticorps, alors il vaudrait mieux passer directement au test de confirmation.
- 1,8 % de prévalence de l'hépatite C aux urgences.

Défis associés à l'expansion du dépistage et du traitement

- Qui devons-nous dépister?
 - Un test universel unique réalisé aux États-Unis, sans restrictions quant au traitement, entraînerait une guérison de 62 % de la population d'ici 2030
- Il est très cher de lancer le dépistage et le traitement, et pourtant c'est l'option la plus économique à long terme.
 - Financement novateur de médicaments : modèle de 'Netflix' où on paie un montant fixe et on a un accès illimité au traitement pendant une durée donnée.

Soins et traitement

Tableau 1. Objectifs et cibles du *Modèle directeur* (p. 10)

Soins et traitements pour le VHC		
Augmenter le nombre de personnes diagnostiquées d'une infection au VHC qui sont arrimées aux soins, traitements et services de soutien continus	50 % des personnes diagnostiquées sont arrimées à un fournisseur de soins qui s'y connaît en VHC	90 % des personnes diagnostiquées sont arrimées à un fournisseur de soins qui s'y connaît en VHC
Augmenter le nombre de personnes vivant avec le VHC qui amorcent un traitement d'AAD	50 % des personnes vivant avec le VHC ont amorcé un traitement d'AAD	80 % des personnes vivant avec le VHC ont amorcé un traitement d'AAD
Assurer des taux élevés d'achèvement du traitement et de documentation de la réponse virologique soutenue (RVS)	95 % d'achèvement du traitement avec 85 % de RVS documentées	95 % d'achèvement du traitement avec 85 % de RVS documentées
Réduire la prévalence du VHC	50 % ↓ *	90 % ↓ *
Réduire le nombre de greffes du foie dues au VHC	30 % ↓ *	65 % ↓ *
Réduire la mortalité associée au VHC	30 % ↓ *	65 % ↓ *

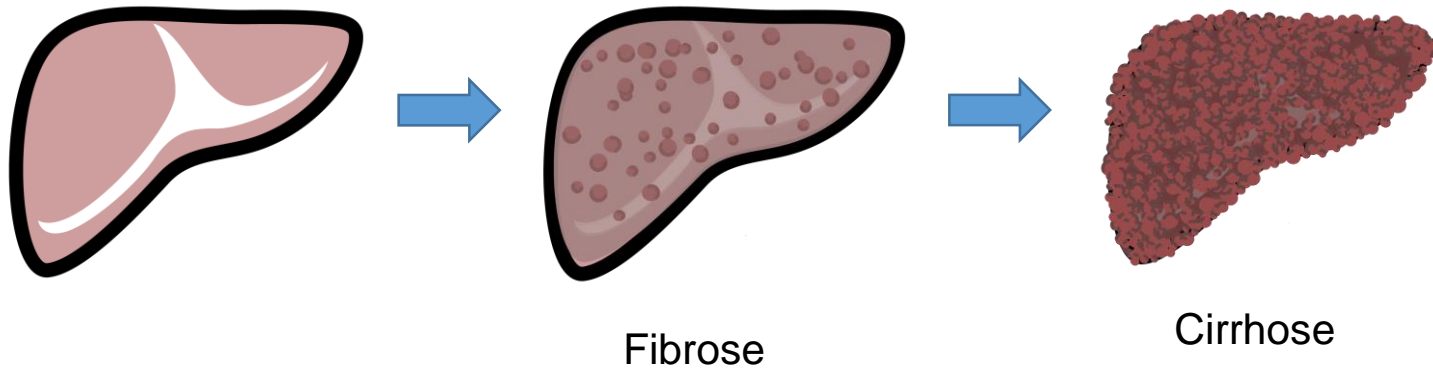
On n'est jamais trop vieux pour être traité par AAD pour l'hépatite C

Le traitement est hautement efficace pour les personnes âgées de plus de 75 ans (Curtis Cooper, Université d'Ottawa)

- 93,6 % (73/78) des patients ont atteint une RVS
- 98 % des patients ont atteint une RVS avec un traitement seulement à base d'AAD
- 69 % des patients ont atteint une RVS avec un traitement à base d'AAD et de ribavirine (17 % des patients ont reçu la ribavirine)
- Aucun échec virologique



L'infection par l'hépatite C peut causer la fibrose et la cirrhose



Évaluation de la fibrose avant le traitement

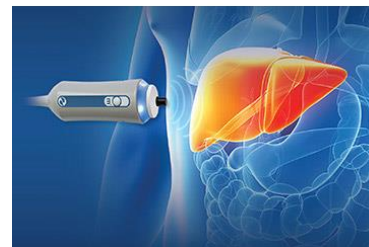
- L'évaluation de la fibrose du foie est essentielle afin de déterminer si une personne a la cirrhose.
- Il existe plusieurs tests non invasifs de quantification de la fibrose du foie – ils sont tous bons, et il n'y en a pas un qu'on recommande en particulier.



Évaluation de la fibrose après le traitement

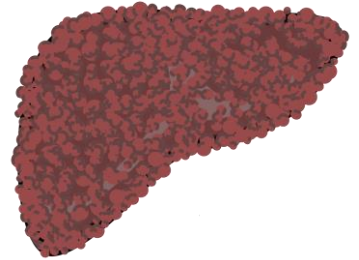
Davantage de recherche est nécessaire afin d'évaluer la régression de la cirrhose après la guérison.

FibroScan



Risque de cancer du foie après la guérison

- Il n'y a presque pas de risque de carcinome hépatocellulaire (CHC) si une personne n'a pas la cirrhose.
- Il y a un risque considérable de cancer du foie si une personne a la cirrhose.
 - Le fait d'être guéri signifie une réduction considérable du risque de cancer du foie au cours d'une courte période de temps, bien qu'un risque à long terme demeure.





Le traitement de l'hépatite C pour une personne ayant un cancer du foie

- Il est généralement recommandé d'attendre six mois après le traitement du cancer du foie afin de s'assurer que le cancer est complètement guéri, et avant de commencer le traitement à base d'AAD.

Modèles de soins

Populations prioritaires au Canada



Participation significative des personnes ayant une expérience vécue à la conception et à la mise en œuvre de programmes et de recherche

- L'expérience vécue est une expertise.
- La participation peut aider à créer des milieux sécuritaires, exempts de stigmatisation et accessibles.
- Les personnes ayant une expérience vécue devraient se voir offrir une rémunération juste et raisonnable pour leur travail, et il faut faire preuve de flexibilité en ce qui concerne leur choix de rémunération (salaire horaire, allocation, cartes-cadeaux).
- Les personnes ayant une expérience vécue devraient se voir offrir du soutien afin de prévenir l'épuisement professionnel.

Modèles de soins : Thèmes clés généraux

- Les modèles de soins dirigés par les infirmières sont hautement efficaces dans des contextes multiples et divers dans le cadre de la prestation de soins pour l'hépatite C.
- Reconnaître les obstacles structureaux et la violence structurelle. Créer des programmes afin de faire face ou de travailler en tenant compte de ces défis
- Apporter les services aux gens là où ils sont et réduire le nombre d'étapes/de rendez-vous dont une personne a besoin pour se faire dépister et traiter.
- Répondre aux autres besoins de santé et de soins de santé (non liés à l'hépatite C).



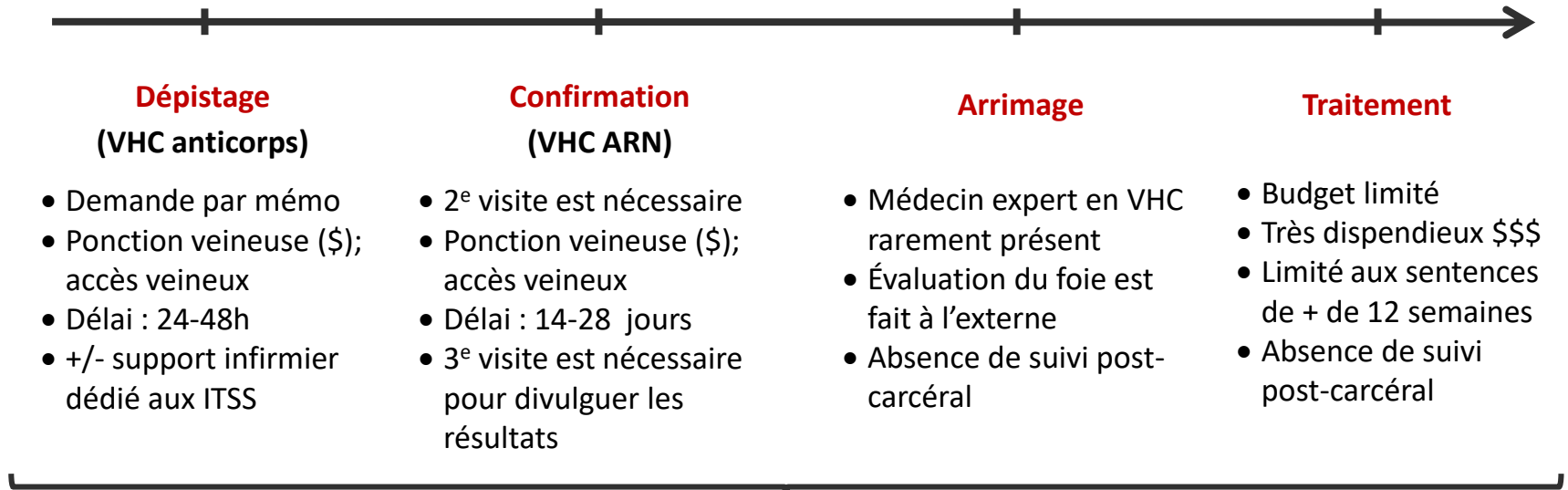
Modèles de soins : Réduire le temps entre le diagnostic et la guérison

- Les personnes qui s'injectent des drogues ont passé un test d'ARN aux points de services avec Cepheid, rempli une évaluation de lésions hépatiques avec FibroScan, et ont parlé du traitement lors de leur premier rendez-vous. Le traitement a commencé dès le deuxième rendez-vous (Valerie Martel-Laferriere, Université de Montréal).
- Le programme d'élimination de l'Île-du-Prince-Édouard a trouvé le traitement rapide efficace et sécuritaire. Ceci a impliqué une évaluation avant le traitement, et avant le rendez-vous initial sur l'hépatite C afin de pouvoir commencer le traitement immédiatement (Shawn Greenan, Santé Î.P.E.).

Modèles de soins : Prisons provinciales/territoriales

- Les personnes ayant une expérience d'incarcération sont 40 fois plus susceptibles d'avoir l'hépatite C que la population générale.
- Le Canada n'atteindra pas sa cible d'élimination si nous ne prêtons pas attention à l'hépatite C dans les prisons provinciales et territoriales.

Enjeux et défis du milieu carcéral provincial le long de la cascade des soins



- Durée moyenne d'incarcération : 28 jours
- Transferts inter-établissements fréquents
- Libérations non-planifiées

Modèles de soins : Prisons provinciales/territoriales

Les provinces où le système de santé paie pour le traitement (et non les Services correctionnels) pourraient avoir une meilleure participation au traitement :

- Île-du-Prince-Édouard : Traitement contre l'hépatite C fourni entre 2012 et 2015 et en 2019 (Lisa Barrett, Université Dalhousie)
- Nouvelle-Écosse : Aucun accès au traitement pour les personnes incarcérées dans des prisons provinciales (Lisa Barrett, Université Dalhousie)

Modèles de soins : Prisons provinciales/territoriales

Centre correctionnel provincial à Regina, Saskatchewan (Dennaye Fuchs, Autorité sanitaire de la Saskatchewan) :

- Des cliniques d'hépatite C dirigées par des infirmières sont offertes.
- Collaboration avec le personnel de soins de santé du service correctionnel.
- Traitement couvert par le régime provincial d'assurance médicaments.
- Un soutien est fourni pour l'arrimage aux soins après la libération.

Modèles de soins : Sites de consommation supervisée

Service de consommation supervisée KeepSIX (SCS), Toronto
(Bernadette Lettner & Kate Mason, Centre de santé communautaire
de South Riverdale)

- A offert le test de recherche d'ARN par prélèvement au doigt Cephied aux points de service ainsi qu'une orientation chaleureuse au groupe de traitement de l'hépatite C.
- L'avantage c'est que les gens ont tendance à revenir au SCS tous les jours.
- Ce modèle appuie de meilleures relations entre l'infirmière et les clients ainsi que l'échange d'information sur la consommation plus sécuritaire de drogues.

Modèles de soins : Rejoindre les sans-abris et les personnes mal logées

Refuges et ensembles de logement Cool Aid, Victoria (Tamara Barnett, Cool Aid) :

- Projet de micro-élimination afin de dépister et de traiter tout le monde dans l'unité de logement et dans les réseaux de partage sociaux.
- Modèle dirigé par une infirmière avec un solide appui des pairs.
- Tous ont reçu le même régime de traitement, parce qu'ils partageaient tous leurs médicaments et ont commencé le traitement le même jour.
- D'autres problèmes de santé ont pu être abordés dans le cadre de ce processus.

Modèles de soins : Rejoindre les sans-abris et les personnes mal logées

Travail mobile de sensibilisation à la santé dans les rues à Halifax (Jacqueline Atkinson, Mobile Outreach Street Health) :

- Un camion fournit des soins de santé primaires principalement grâce à un modèle dirigé par une infirmière, avec des plages horaires spécifiques pour les soins de l'hépatite C.
- Il se rend dans les soupes populaires, les fumeries de crack, les refuges, les tentes et les programmes de réduction des méfaits.
- C'est tout un défi de parvenir à donner des médicaments aux personnes lorsqu'elles sont incarcérées.

Modèles de soins : Rejoindre les nouveaux arrivants et les immigrants

- Environ 35 % des personnes vivant avec l'hépatite C au Canada sont nées dans des pays où l'hépatite C est endémique.
- Les nouveaux arrivants et les immigrants font face à des obstacles et défis spécifiques en termes de dépistage et de soins liés à l'hépatite C.

Obstacles au dépistage/à la participation au traitement

Patient	Fournisseur	Système de santé
<ul style="list-style-type: none">• Obstacles linguistiques• Navigation du système de santé• Responsabilités contradictoires• Pas en mesure de quitter le travail pour se rendre à la clinique• Stigmatisation des conséquences liées à la maladie• Peur de la discrimination• Manque de connaissances sur la maladie• Aspect financier• Aspect juridique	<ul style="list-style-type: none">• Manque de connaissances quant à savoir quels migrants sont à risque, qui devrait être dépisté ou même quels tests demander• Manque de temps• Manque de connaissances quant à savoir quels migrants ont droit aux soins de santé	<ul style="list-style-type: none">• Manque d'interprètes• Étapes multiples pour un test de dépistage• Processus de dépistage/de test complexe (médecins différents/contextes)• Manque d'espace confidentiel approprié• Financement

Modèles de soins : Nouveaux arrivants et immigrants

- Projet (de sensibilisation) Aagahi, communauté pakistanaise de Montréal (Christina Greenaway, Université McGill) :
 - Fournit une sensibilisation et des activités éducatives sur l'hépatite C adaptées sur les plans culturel et linguistique.
 - Dépistage aux points de service et soutien pour l'arrimage aux soins.
- Dépistage basé dans la communauté avec la Progressive Intercultural Society (PICS), C.- B. (Jeanette Feizi Farivar, GI Research Institute) :
 - Travailleurs de soutien en hépatite C formés de PICS.
 - A organisé des événements de dépistage liés à d'autres activités, a offert un dépistage aux points de service, le FibroScan, l'arrimage aux soins, et des discussions sur le traitement.



L'élément clé ici c'est que le [lancement du] **Modèle directeur** [ne marque pas] la fin. Il se veut un **guide pour chaque province et territoire** et idéalement pour le **gouvernement fédéral** afin d'élaborer un plan d'action spécifique pour aborder l'élimination de l'hépatite C au sein de leur juridiction. **Ce n'est donc que le début du travail.**

[...] J'espère que vous trouverez qu'il s'agit d'un **outil utile** qui nous aidera à élaborer des plans d'action et, au final, à **atteindre les objectifs ambitieux d'élimination de [l'hépatite C] d'ici 2030.**

- Jordan Feld, Université de Toronto, Lancement du Modèle directeur

Conférence INHSU 2019 à Montréal



**Réflexions
pour la
recherche et
les premières
lignes**

Marjolaine Pruvost

Coordinatrice de projets, CAPAHC

Marjolaine est coordinatrice de projets chez CAPAHC à Montréal et travaille là-bas depuis septembre 2018. Titulaire d'une maîtrise en santé publique, Marjolaine a travaillé cinq ans dans le milieu communautaire en France. Marjolaine s'est d'abord investie dans la mise en place de programmes communautaires, puis elle est passée à la coordination de projets s'inscrivant dans la lutte contre le VIH, l'hépatite et les ITS.



Martin Pagé

Directeur général, Dopamine

Martin Pagé, est le directeur général de l'organisme Dopamine depuis 2013, il travaille depuis 25 ans dans des organisations de réduction des méfaits à Montréal et à Toronto. Superviseur et formateur auprès des travailleurs de rue dans la province de Québec depuis plus de 10 ans.

Dopamine est un organisme communautaire situé dans le quartier Hochelaga- Maisonneuve qui, depuis 1994, a pour mandat d'accueillir, soutenir et accompagner les personnes consommant des drogues, leur entourage et la population en général du quartier et des secteurs environnants, dans un cadre de prévention du VIH/Sida, hépatites et autres ITSS (infections transmises sexuellement et par le sang).



Réflexions et répercussions pour la pratique de première ligne

1. Réflexions clés tirées de la conférence
2. Occasions et défis considérables pour le travail de première ligne
3. Réduire l'écart entre les données probantes fondées sur la pratique et les données probantes fondées sur la recherche

Questions?

Veillez saisir votre question ou commentaire dans la zone de clavardage.

Merci

PRÉSENTÉ PAR

Michael Bailey, CATIE

Marjolaine Pruvost,
CAPAHC

Martin Pagé,
Dopamine

11 juillet 2019