

# UNE OCCASION IDÉALE

Approches relatives aux programmes  
intégrés en matière d'hépatite C pour  
les populations prioritaires

Dialogue délibératif national sur les programmes  
et services intégrés en matière d'hépatite C

Rapport de la réunion | 2015



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



<b>1.</b>	<b>Sommaire – Une occasion idéale</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Introduction</b>	<b>8</b>
2.1	Objectifs, processus et méthode d'analyse du Dialogue	8
<b>3.</b>	<b>Résultats : Facteurs de succès communs à chacun et à tous les programmes pour des populations distinctes</b>	<b>12</b>
3.1	Modèles d'intégration	12
3.1.1	Approches et principes généraux d'intégration	12
3.1.2	Types d'organismes offrant des modèles intégrés au Canada	14
3.1.3	Techniques et méthodes de mise en œuvre de l'intégration	16
3.2	Facteurs de succès communs recommandés	18
3.2.1	Recommandations de programme	18
3.2.2	Recommandations organisationnelles	24
3.2.3	Recommandations structurelles	29
3.3	Ressources et outils d'échange des connaissances pour renforcer les capacités nécessaires au changement	33
3.4	Orientations prioritaires pour des populations distinctes	35
3.4.1	Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les peuples autochtones	35
3.4.2	Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues	37
3.4.3	Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada	39
3.4.4	Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les adultes âgés	41
<b>4.</b>	<b>Limitations du dialogue délibératif</b>	<b>42</b>
<b>5.</b>	<b>Remerciements</b>	<b>43</b>
<b>6.</b>	<b>Annexes</b>	<b>44</b>
i.	Liste des conseillers et participants à la réunion	44
ii.	Ordre du jour de la réunion	49
iii.	Liste des documents préliminaires	53
iv.	Résultats de l'évaluation	54

# 1. Sommaire – Une occasion idéale

Le paysage de l'hépatite C est en pleine évolution. De nouveaux traitements contre l'hépatite C ont fait augmenter les taux de guérison de façon considérable et raccourci la durée du traitement, tout en ayant peu d'effets secondaires. Les premières pratiques exemplaires nationales recommandées pour la réduction des méfaits ont été produites, et de plus en plus de preuves probantes viennent éclairer l'élaboration de nouvelles lignes directrices nationales fondées sur la cohorte d'âge les risques pour le diagnostic et le dépistage de l'hépatite C. Il existe aussi des données épidémiologiques mises à jour sur les populations prioritaires, ainsi que de nouveaux résultats de recherche sur la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ensemble, ces changements pourraient transformer et améliorer considérablement l'intervention nationale de première ligne en ce qui concerne la prévention, le dépistage, le traitement et les soins relatifs à l'hépatite C pour les communautés et les personnes touchées et à risque. Il y a maintenant possibilité d'éliminer le virus de l'hépatite C comme menace de santé publique.

Pour que cet objectif devienne une réalité, non seulement les nouveaux traitements doivent-ils être accessibles à tous, mais les programmes, organismes et systèmes de santé doivent être en mesure de répondre adéquatement aux besoins des populations les plus touchées. Cela suppose de diagnostiquer l'infection à l'hépatite C chez les personnes atteintes, de fournir un traitement et des soins à ces dernières et de prévenir la propagation du virus. L'hépatite C touche principalement les populations les plus mal desservies par le système de santé traditionnel, notamment les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les populations autochtones, les jeunes de la rue, les immigrants et les nouveaux arrivants<sup>1</sup> en provenance de pays où le virus est endémique. Les adultes âgés affichent une prévalence d'hépatite C chronique plus élevée que les jeunes et sont souvent aux prises avec des comorbidités et des problèmes liés au vieillissement. Le défi et l'occasion consistent à mettre en place un système de santé qui tienne compte des réalités uniques des populations touchées par l'hépatite C grâce à un engagement envers l'équité en matière de santé.

CATIE a organisé un *Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C* dans le but d'explorer les modèles de continuum de soins (prévention, dépistage, traitement, soutien) pour les populations prioritaires et de cerner des orientations prometteuses en ce qui a trait aux programmes, aux politiques et à l'échange des connaissances en matière d'hépatite C.

Le *Dialogue délibératif national* a souligné le fait que les programmes sont les plus pertinents et les plus souples lorsqu'ils sont façonnés et adaptés par les personnes les plus touchées. Partout au Canada, les fournisseurs et les utilisateurs de services comblent les besoins de la communauté en élaborant, pour l'hépatite C, des modèles de soins intégrés qui comprennent un éventail de services de soutien plus larges offerts dans des milieux culturels et communautaires spécifiques. Les organismes qui font la promotion de programmes conçus et réalisés par les personnes les plus touchées sont en mesure de répondre aux besoins des communautés et offrent des programmes efficaces en matière d'hépatite C. Afin de s'attaquer aux causes profondes de l'épidémie et d'éliminer l'hépatite C comme menace de santé publique, il sera important de

<sup>1</sup> Les réfugiés sont un important sous-groupe à considérer dans la population de nouveaux arrivants.

maintenir et d'élargir la portée et l'ampleur des programmes ancrés dans la communauté à mesure que la durée des traitements diminue et que ces derniers deviennent plus faciles à gérer.

Bon nombre de modèles de soins intégrés en matière d'hépatite C ont été élaborés par des personnes et des organisations motivées de façon intrinsèque qui travaillent essentiellement en amont et évoluent à l'intérieur de structures politiques, sociales et de financement qui ne sont pas nécessairement propices à l'élaboration de modèles innovateurs d'équité en matière de santé. Afin de planifier une intervention nationale plus vaste et plus efficace, les fournisseurs et utilisateurs de services devront, au-delà des modèles aberrants et uniques de soins intégrés en matière d'hépatite C, se mobiliser pour instaurer des réformes dans le secteur de la santé, ainsi que des réformes sociopolitiques plus larges, y compris la décriminalisation de l'utilisation de drogues, l'élaboration d'une stratégie nationale en matière d'hépatite C et la promotion de politiques contre l'oppression et le racisme. Les initiatives qui contribuent à renforcer les systèmes communautaires comme la défense des intérêts, les relations inter-mouvements et le développement communautaire sont des facteurs de succès clés. Il est impératif que la communauté se mobilise afin de s'assurer que tous aient accès aux meilleures options possibles en fait de dépistage, de traitement et de soins, et ce, quels que soient leur taux de fibrose, leur niveau socio-économique, leur affiliation politique ou leur appartenance culturelle.

Les recommandations organisationnelles, structurelles et d'élaboration de programmes contenues dans le présent document peuvent commencer à informer une intervention collective à l'épidémie d'hépatite C. Chaque intervenant aura un rôle unique à jouer et les recommandations fournissent un point de départ pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action plus détaillés dans les régions, les organisations et les communautés. En tant que courtier national en connaissances sur la prévention, le dépistage, le traitement et les soins pour l'hépatite C, CATIE utilisera ces recommandations pour éclairer ses travaux d'échange des connaissances au cours des prochaines années. Les discussions tenues dans le cadre du Dialogue délibératif ont permis de déterminer que CATIE peut continuer à jouer un rôle dans la convocation de ces discussions visant à élaborer des plans d'action lorsque cela s'avère utile, et également à entreprendre des initiatives de renforcement des systèmes communautaires et des activités de transfert et d'échange des connaissances tel qu'il en est question dans la section 3.3. CATIE continuera de mobiliser, de consulter et d'être à l'écoute des personnes les plus touchées par l'hépatite C et d'un éventail d'autres intervenants pendant qu'il définit son rôle et ses responsabilités dans les efforts collectifs déployés en vue d'éliminer l'hépatite C.

## En bref

**Recommandations organisationnelles, structurelles et de programme. (Pour une liste et des détails complets, voir la Section 3.2)**

### **Recommandations de programme**

- 1 : Élaborer des programmes culturellement sécuritaires pour les communautés distinctes
- 2 : S'assurer d'offrir aux clients des occasions de s'impliquer dans des programmes dès qu'ils sont prêts
- 3 : Privilégier l'établissement de relations et de liens de confiance et de crédibilité avec les utilisateurs de services
- 4 : S'engager à adopter des approches axées sur la réduction des méfaits dans tous les aspects des programmes intégrés.
- 5 : En ce qui a trait au règlement des crises et des conflits, élaborer des approches qui tiennent compte des traumatismes et qui sont axées sur la réconciliation
- 6 : Malgré la durée réduite des traitements, s'assurer que les programmes englobent le continuum complet de soins
- 7 : Faciliter l'accès homogène aux services au-delà du continuum traditionnel de services liés à l'hépatite C
- 8 : Fournir des incitatifs non traditionnels aux utilisateurs de services
- 9 : Rehausser l'implication pertinente des utilisateurs de services
- 10 : Investir dans les programmes de soutien par les pairs
- 11 : Rehausser les efforts de travail de proximité et de dépistage, en particulier auprès des populations marginalisées et mal desservies
- 12 : Repérer, documenter et effectuer des recherches sur les approches de programme en matière d'hépatite C dans la nouvelle ère du traitement de l'hépatite C

### **Recommandations organisationnelles**

- 1 : Ancrer les partenariats interagences et intersectoriels pour les programmes liés à l'hépatite C dans la poursuite d'une vision et de buts communs.
- 2 : Créer, pour les services liés à l'hépatite C, des structures et des partenariats organisationnels en vue de promouvoir une approche pluridisciplinaire axée sur des équipes et centrée sur les clients
- 3 : Élaborer des structures de gouvernance communautaire et inclure l'équité en matière de santé dans les valeurs organisationnelles
- 4 : Investir dans le renforcement des systèmes communautaires
- 5 : Explorer d'autres sources de financement qui permettent une distribution interne des ressources et des structures d'incitatifs qui favorisent l'intégration et l'équité en matière de santé
- 6 : Déployer des efforts en vue d'instaurer une structure de rémunération fondée sur le salaire et investir des ressources dans la rémunération équitable des pairs et autres fournisseurs de soins de santé non traditionnels.
- 7 : Faire participer un large éventail d'intervenants aux changements organisationnels
- 8 : Aborder les déterminants sociaux de la santé grâce à des partenariats intersectoriels
- 9 : Combattre le racisme, la stigmatisation et la discrimination grâce à des pratiques d'embauche axées sur l'équité, la formation anti-oppression, le changement des structures de pouvoir internes et la sensibilisation du public

### **Recommandations structurelles**

- 1 : Élaborer un plan d'action national pour aborder l'hépatite C en ayant recours à différentes approches conçues par et pour chaque population prioritaire
- 2 : Veiller à ce que des options optimales en matière de dépistage, de suivi et de traitement pour l'hépatite C soient disponibles et accessibles pour toutes les personnes vivant avec l'hépatite C affectées par et celles qui sont à risque d'être infectées
- 3 : Rehausser la surveillance et le bassin de données épidémiologiques pour des populations prioritaires
- 4 : Veiller à intégrer l'hépatite C aux stratégies plus vastes sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang aux échelons municipal, provincial et national
- 5 : Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'approches axées sur les soins primaires et dirigées par un personnel infirmier pour l'hépatite C
- 6 : Élaborer des politiques nationales de réduction des méfaits, y compris la réduction des méfaits en milieu carcéral et investir dans des programmes liés à l'hépatite C dans les prisons
- 7 : Élaborer des modèles de financement qui appuient la rémunération fondée sur le salaire et promouvoir la fourniture de ressources aux fournisseurs de soins de santé non traditionnels comme des guérisseurs, des Aînés et des pairs autochtones
- 8 : Associer l'admissibilité au financement et les mesures d'évaluation aux résultats relatifs à l'équité en matière de santé
- 9 : Investir dans des réformes du système de santé qui favorisent l'équité en matière de santé, y compris des pratiques d'embauche axées sur l'équité, la formation antiracisme et anti-oppression et le transfert de pouvoir aux utilisateurs de services dans la conception des soins
- 10 : Investir dans des stratégies qui abordent les déterminants sociaux de la santé, y compris des initiatives de lutte contre la pauvreté et élaborer des politiques pour lutter contre le racisme, la stigmatisation et la discrimination dans la société
- 11 : Investir dans des initiatives de renforcement des systèmes, y compris la défense des intérêts et les relations inter-mouvements

## 2. Introduction

Le fardeau de l'hépatite C touche particulièrement les populations qui sont sous-desservies par les services de santé traditionnels, y compris les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les populations autochtones, les jeunes de la rue, les hommes séropositifs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les immigrants et les nouveaux arrivants. Les adultes nés entre 1945 et 1975 ont une prévalence d'hépatite C chronique plus élevée que toute autre cohorte d'âge et sont souvent aux prises avec des comorbidités et des problèmes liés au vieillissement<sup>2</sup>. Des modèles de soins intégrés en matière d'hépatite C ont été conçus pour créer des services plus accessibles et plus appropriés pour les populations vulnérables et mal desservies. Ces modèles relient les divers services de santé entre eux et assurent une transition homogène d'un service à l'autre afin de prévenir la transmission de l'hépatite C, d'administrer des tests de dépistage et de traiter et d'appuyer les personnes infectées par le virus ou à risque de l'être.

CATIE a organisé un *Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C* en vue de déterminer comment les modèles intégrés aident à combler les besoins uniques des utilisateurs de services et de cerner les facteurs de succès clés. Bien que l'intégration en soi aide grandement à créer des services plus accessibles et plus appropriés pour les populations mal desservies, d'autres approches liées à l'équité en matière de santé conçues pour aborder les obstacles aux soins et les déterminants sociaux de la santé sont également nécessaires. Le présent rapport se veut une synthèse thématique des principaux domaines abordés, y compris les facteurs de succès et les recommandées organisationnelles, structurelles et de programme. Les recommandations touchant des populations distinctes sont discutées tout au long de ce rapport et résumées dans la section 3.4.

Ce rapport fait ressortir comment les programmes intégrés en matière d'hépatite C sont conçus et réalisés et cerne les facteurs qui sont essentiels pour des pratiques souples et judicieuses en ce qui concerne les services liés à l'hépatite C. L'encadré des concepts clés de la page suivante présente les termes qui sont fondamentaux à tous les modèles relatifs à l'hépatite C abordés.

### 2.1 Objectifs, processus et méthode d'analyse du dialogue

Les 11 et 12 février 2015, CATIE a organisé une réunion nationale d'échange des connaissances pour examiner certains des défis soulevés par le paysage changeant de l'hépatite C et déterminer comment élaborer des approches intégrées, détaillées et axées sur les utilisateurs de services en matière d'hépatite C. L'état actuel des services liés à l'hépatite C et le contexte du dialogue délibératif sont décrits dans un rapport documentaire de CATIE.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Challacombe, L. *L'épidémiologie de l'hépatite C au Canada*, feuillet d'information de CATIE, 2015, disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/feuillet-info/epidemiologie/lepidemiologie-lhepatite-c-canada>

<sup>3</sup> CATIE. Document d'information : Contexte du Dialogue délibératif national de CATIE sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C. Janvier 2015.

Le dialogue était conçu de manière à réunir des personnes qui travaillent aux premières lignes de l'intervention en matière d'hépatite C pour discuter de pratiques exemplaires en élaboration de programmes et cerner des facteurs de succès clés susceptibles d'éclairer l'élaboration de programmes futurs au Canada. Des programmes innovateurs réalisés partout au pays fournissent des services liés à l'hépatite C aux populations prioritaires dans tout le continuum de soins. Afin de reproduire et d'adapter ces programmes et d'en élargir la portée, le dialogue visait à tirer un apprentissage essentiel de ces programmes et d'explorer certaines prochaines étapes critiques dans le cadre du développement d'une intervention nationale efficace menée à grande échelle.

## Objectifs

Le dialogue délibératif visait quatre objectifs principaux :

- éclairer les orientations prioritaires pour les politiques, les programmes et les services qui s'adressent à des populations distinctes et qui placent les utilisateurs de services au centre d'un cadre de travail intégré;
- fournir des orientations pour les nouveaux programmes réalisés partout au Canada sur les modèles de continuum de soins en matière d'hépatite C pour des populations distinctes;
- faciliter la collaboration, l'échange des connaissances et le réseautage inter-régions et intersectoriels entre les chefs de file en matière de programmes relatifs à l'hépatite C;
- éclairer l'élaboration d'un document d'orientation stratégique national.

## REMARQUE : CONCEPTS CLÉS

### Équité en matière de santé

L'équité en matière de santé signifie de donner à tout le monde des chances égales d'avoir une bonne santé. Les inégalités dans le domaine de la santé sont les différences dans la santé entre les groupes de population qui sont systémiques, évitables et injustes. Les preuves démontrent que les personnes appartenant à certains groupes de population font face à des disparités dans leur état de santé, l'accès aux services et la qualité des soins reçus. L'identité de genre, la race, l'orientation sexuelle, le statut d'immigration, le revenu et l'éducation sont tous des facteurs qui influencent l'accès à des soins opportuns, appropriés et de grande qualité. Les disparités qui existent entre les différents groupes de population sont le résultat d'une oppression individuelle, structurelle et systémique de ces groupes par la société. Afin d'obtenir l'équité en matière de santé, les approches de soins doivent reconnaître cette oppression et travailler pour aborder ces problèmes sociaux.

### Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions sociales et économiques qui influencent la santé des personnes, des communautés et des régions ou pays. La composition biologique, les traitements médicaux et/ou les choix de modes de vie d'un individu ne sont pas les seuls facteurs qui influencent son état de santé. Des facteurs socioéconomiques tels que le fait d'avoir un revenu raisonnable, un logement stable et sécuritaire, une alimentation saine, des liens culturels et un sentiment personnel d'appartenance, qui inclut une participation pertinente à la vie de la société jouent également un rôle clé dans la capacité d'une personne à rester en santé. Les déterminants sociaux de la santé peuvent également influencer la capacité d'avoir accès au système de santé ou de recevoir un traitement adéquat une fois les soins entamés.

### Populations prioritaires et l'infection à l'hépatite C au Canada

L'hépatite C touche certaines populations de façon disproportionnée au Canada, en particulier les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les peuples autochtones,<sup>4</sup> les jeunes de la rue, les immigrants et les nouveaux arrivants qui proviennent de pays à prévalence élevée d'hépatite C, les adultes âgés<sup>5</sup> et les hommes séropositifs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Qui plus est, plusieurs de ces populations se chevauchent.

Il est important de comprendre pourquoi certains groupes particuliers ont une prévalence ou une incidence élevée d'infection parce que cela peut éclairer l'élaboration des stratégies de prévention, de dépistage, de soins et de traitement adaptés aux besoins de ces populations.

<sup>4</sup> *Autochtone* est utilisé ici comme un terme inclusif pour désigner les personnes et les communautés, y compris les Premières nations, les Métis et les Inuits.

<sup>5</sup> Le terme adultes âgés désigne la cohorte née entre 1945 et 1975.

Le dialogue examinait principalement les modèles de continuum de soins en matière d'hépatite C et le cheminement du patient à travers la lentille de l'équité en matière de santé. On s'est particulièrement attardé aux modèles de programmes intégrés en matière d'hépatite C pour les populations prioritaires les plus exposées à des risques et les plus susceptibles de voir leur état de santé se détériorer à cause de l'hépatite C. Quatre populations prioritaires ont été ciblées : les peuples autochtones, les personnes qui s'injectent des drogues, les immigrants et nouveaux arrivants, ainsi que les adultes âgés.

Les participants au dialogue ont discuté des défis et des leçons découlant des efforts de première ligne afin de repérer les facteurs de succès clés dans les modèles de programmes intégrés existants en vue de cerner des orientations prometteuses en ce qui a trait aux programmes, aux politiques et à l'échange des connaissances en matière d'hépatite C.

## Processus

Plusieurs stratégies ont été utilisées pour assurer la réussite de l'événement :

1. *Processus : orientation et engagement*
2. *Processus : assurer un dialogue inclusif*
3. *Processus : assurer une compréhension commune*
4. *Ordre du jour et structure du Dialogue délibératif : passer d'un point de vue à une vue des points*

Avant le dialogue, CATIE a eu recours à une variété de méthodes pour veiller à ce que les commentaires et suggestions d'autant d'intervenants que possible soient pris en compte dans la préparation de l'événement et pour rehausser la participation à ce dernier. CATIE a aussi travaillé de près avec cinq spécialistes sur les populations distinctes pour élaborer des présentations sommaires résumant les principaux défis auxquels les populations prioritaires font face. CATIE voulait s'assurer que le dialogue était inclusif et qu'il faciliterait la réflexion et la reconnaissance de points de vue multiples sur les modèles de programmes intégrés. En gardant ces objectifs à l'esprit, nous avons sollicité le concours de certaines personnes en fonction de leur expertise et de leur expérience en conception et en réalisation de programmes intégrés innovateurs pour diverses populations au Canada. Le processus de sélection des participants visait également à assurer une diversité régionale et une représentation d'un large éventail d'intervenants qui participent à l'intervention en matière d'hépatite C, y compris des travailleurs de première ligne, des travailleurs de la santé publique, des chercheurs, des décideurs et des personnes qui vivent avec l'hépatite C et sont touchées par elle. CATIE voulait également assurer un équilibre dans le nombre de participants qui travaillent auprès de chacune des populations prioritaires.<sup>6</sup>

L'ordre du jour final a été structuré de façon à maximiser la discussion animée entre les participants (Annexe III) afin qu'ils puissent partager des expériences, des leçons apprises, des préoccupations et des défis et cerner ainsi les directives nationales globales et/ou au niveau des populations en vue de faire avancer les modèles intégrés de continuum de soins en matière d'hépatite C à l'échelle régionale. Les participants ont reçu des documents à lire, dont un document d'information élaboré par CATIE et six présentations en ligne préenregistrées par des spécialistes externes (Annexe II, Liste des documents préliminaires) afin de s'assurer que les participants participeraient à la réunion avec une compréhension commune de l'évolution rapide du paysage de l'hépatite C et des programmes intégrés.

La réunion a débuté par la présentation d'un aperçu du continuum de soins liés à l'hépatite C, suivi de courtes présentations sur divers modèles intégrés relatifs à l'hépatite C de partout au pays. Les présentations ont été

<sup>6</sup> Quarante-deux des participants n'étaient pas des employés de CATIE, dont 8 de l'Ontario, 4 du Québec, 8 de la Colombie-Britannique, 6 des Prairies, 5 de la région atlantique, 2 des Territoires, 8 représentants nationaux et un conférencier international des É.-U. (Annexe I, Liste des conseillers et participants à la réunion).

suivies d'une discussion en grand groupe sur les similarités et les différences entre les divers modèles.

La deuxième journée était consacrée aux discussions sur les populations. Elle a débuté par cinq présentations résumant comment l'hépatite C touche chacune des populations prioritaires et soulignant les défis dans les programmes. Le reste de la journée consistait en des discussions animées en petits groupes et en grand groupe sur les populations visant à cerner les orientations prioritaires pour des populations distinctes.

### **Méthode d'analyse**

Des notes et des enregistrements du Dialogue délibératif ont été analysés en vue de repérer les facteurs communs qui ont contribué au succès des divers modèles et des programmes pour des populations distinctes qui ont été présentés (voir section 3.0.). Des notes et des enregistrements des discussions sur les stratégies pour des populations distinctes ont été organisés et synthétisés en vue de cerner des orientations prioritaires pour des populations distinctes (voir section 3.4.)

# 3. Résultats : Facteurs de succès communs à chacun et à tous les programmes pour des populations distinctes

Les programmes partout au pays fournissent des services liés à l'hépatite C à des populations prioritaires dans tout le continuum de soins. Bien qu'il y ait des différences entre ces programmes et au sein de ces derniers, un certain nombre de facteurs fondamentaux communs contribuent à leurs succès. Ces facteurs sont décrits dans cette section en général et dans la section 3.4 pour des populations distinctes.

Tous les programmes et modèles abordés dans le cadre du Dialogue délibératif offrent des services sur tout le continuum de soins. Ces modèles de continuum de soins sont également appelés modèles intégrés.

Cette section illustre comment les programmes mettent l'intégration en œuvre et présente des pratiques exemplaires pour les services liés à l'hépatite C à l'échelon des programmes, des organismes et des structures/systemes.

Plus spécifiquement, cette section comprend les éléments suivants :

- i) un aperçu des principes d'intégration
- ii) une description des principales techniques et méthodes utilisées pour mettre l'intégration en œuvre dans les programmes relatifs à l'hépatite C
- iii) une discussion des facteurs de succès essentiels et des recommandations prioritaires pour les programmes relatifs à l'hépatite C à l'échelon des programmes, des organismes et des structures/systemes
- iv) une description des ressources et outils requis pour élaborer des programmes intégrés efficaces en matière d'hépatite C et en élargir la portée

## 3.1 Modèles d'intégration

Différentes approches pour mettre l'intégration en œuvre ont été abordées dans le cadre du Dialogue délibératif. Deux grandes approches ont notamment été cernées : *l'intégration de services* et la *collaboration de programmes*. Chaque approche est décrite ci-dessous, tout comme le sont les principes directeurs d'intégration qui sous-tendent les modèles présentés.

### 3.1.1 Approches et principes généraux d'intégration

Les services de santé fragmentés créent des obstacles à l'accès, à des soins de qualité et à des résultats positifs sur le plan de la santé, surtout pour les populations marginalisées ou vulnérables. Une approche intégrée

aborde la fragmentation et permet d'élaborer un modèle de prestation de services holistique et coordonné.

Une approche intégrée reconnaît que la prévention, le dépistage, le traitement et les soins liés à l'hépatite C (y compris les services de soins continus après achèvement d'un traitement) sont des aspects d'une intervention détaillée et efficace à l'hépatite C qui se renforcent mutuellement.

Bien que les modèles de programmes intégrés soient mis en œuvre de diverses manières pour aborder les besoins de communautés et de régions spécifiques, les programmes intégrés tendent à partager deux principes :

- Ils sont centrés sur le client
- Ils souscrivent à l'équité en matière de santé.

De façon générale, il existe deux grandes approches à l'intégration : *l'intégration de services* et *la collaboration de programmes*.<sup>7</sup> La plupart des modèles combinent des éléments des deux approches.

- *L'intégration de services* offre aux utilisateurs de services un accès homogène aux programmes grâce à une approche axée sur un guichet unique. Cette approche vise à faciliter la tâche aux utilisateurs qui veulent avoir accès aux services en leur fournissant un seul point d'entrée. La plupart des modèles d'intégration de services comportent un certain degré de navigation du système de santé, de gestion de cas et d'aiguillage.
- *La collaboration de programmes* s'appuie sur des partenariats entre les programmes et services existants. Elle peut réduire les chevauchements dans les services et augmenter la participation à la prestation des services offerts par une variété de programmes et d'organismes. Elle peut s'avérer particulièrement utile dans les milieux où les ressources sont limitées, où les organismes communautaires forment des liens étroits avec d'autres programmes et services médicaux et communautaires en vue de fournir la navigation sur l'ensemble du continuum de soins.

### **Les modèles de programmes intégrés en matière d'hépatite C sont centrés sur les clients : un modèle de soins axé sur la demande**

Les programmes intégrés en matière d'hépatite C sont conçus d'abord et avant tout pour satisfaire les besoins des clients. La demande des clients est le fondement sur lequel ces programmes s'appuient.

Dans un modèle intégré, les utilisateurs de services ne sont pas tenus de naviguer par eux-mêmes un système de santé complexe et fragmenté pour avoir accès à l'information et aux services dont ils ont besoin. Un modèle de programmes intégrés en matière d'hépatite C vise à faciliter l'accès à tout le continuum de prévention, de dépistage, de traitement et de soins et à fournir un soutien aux utilisateurs de services pendant tout leur cheminement. Un modèle intégré facilite l'arrimage et l'implication, chaque service servant de tremplin vers d'autres services.

Beaucoup de modèles intégrés reconnaissent qu'aborder l'infection à l'hépatite C va plus loin que l'élimination du virus; il peut aussi s'agir d'habilitation, de validation et de formation de ponts vers d'autres objectifs de santé et de vie à plus long terme.

### **Les modèles intégrés d'hépatite C souscrivent à l'équité en matière de santé : desservir les populations mal desservies**

Bien que des services de santé fragmentés ne soient pas conviviaux pour qui que ce soit, les populations marginalisées ou vulnérables tendent à avoir le plus de difficulté à les naviguer. Des services fragmentés signifient que l'utilisateur doit assumer un rôle primaire dans les communications entre les fournisseurs de services, ce qui est difficile pour les clients qui parlent mal l'anglais ou qui ont d'autres problèmes de

<sup>7</sup> Belani H, Chorba T, Fletcher F, et al. *Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases and tuberculosis for people who use drugs illicitly: Summary guidance from CDC and the U.S Department of Health and Human Services, recommendations and reports*. Nov. 2012/ 61 (RR05); 1–40. Disponible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6105a1.htm>

communication. Les personnes qui s'injectent des drogues et autres personnes marginalisées peuvent faire l'objet de stigmatisation et de discrimination de la part des fournisseurs de soins de santé et peuvent donc être réticentes à aborder plusieurs fournisseurs de services et à être confrontées au jugement dans une variété de milieux.

Les modèles de programmes intégrés en matière d'hépatite C sont conçus de manière à réduire le nombre de personnes qui tombent entre les mailles du filet d'un système fragmenté. Étant donné le processus de diagnostic en deux étapes et la lente progression de l'infection à l'hépatite C, il arrive souvent que des patients cessent leurs soins de façon prématurée. Cela est particulièrement problématique sur le plan de l'équité en matière de santé parce que les clients qui tombent entre les mailles du filet sont souvent ceux qui sont le plus marginalisés ou vulnérables. En fournissant des services de santé homogènes, coordonnés et holistiques, les modèles intégrés peuvent aider les clients ayant des besoins multiples et complexes à avoir un accès plus facile aux systèmes de santé, sans avoir à forger des relations et à communiquer avec plusieurs fournisseurs de services.

### 3.1.2 Types d'organismes offrant des modèles intégrés au Canada

Au Canada, il n'existe pas de modèle unique d'intégration des programmes pour l'hépatite C. L'éventail d'organismes et de services disponibles et la manière dont les services liés à l'hépatite C sont fournis varient considérablement d'une province à l'autre et même à l'intérieur de chaque province et territoire.

Certaines régions, notamment celles à faible densité de population, ne disposent pas de services particuliers pour l'hépatite C. Dans une large mesure, les services sont déjà « intégrés » dans ces régions; le défi consiste à renforcer les capacités des services existants pour y inclure l'hépatite C. Dans d'autres régions, notamment celles à forte densité de population, les services sont différenciés et le défi consiste à les intégrer. À certains endroits, les clients devront parfois se rendre dans une autre province ou un autre territoire pour recevoir des soins et du soutien.

Les irrégularités sont même encore plus grandes dans le cas des programmes qui desservent les populations autochtones en raison des questions complexes liées aux secteurs de compétence et des incompatibilités dans les politiques et les ententes d'autonomie gouvernementale au pays.

#### **Des modèles de soins intégrés sont créés/adaptés par divers types d'organismes dans une variété de milieux**

Bon nombre de ***centres de santé communautaire*** (où des services cliniques et communautaires sont coordonnés et offerts au même endroit) ont intégré l'hépatite C aux services de base qu'ils offrent à des populations distinctes. Plusieurs de ces centres de santé communautaire desservent des collectivités fortement marginalisées et fournissent un éventail complet de soins primaires, y compris l'accès à une équipe pluridisciplinaire hépatite C. Le South Riverdale Community Health Centre à Toronto, la Calgary Urban Project Society et la Clinique Pender de Vancouver Coastal Health sont trois exemples de centres de santé communautaire qui ont intégré l'hépatite C à leurs services de base.

Plusieurs ***organismes de lutte contre le sida*** ont élargi leur intervention au-delà du VIH en réponse aux besoins changeants de leur bassin de clients. Cette tendance est particulièrement vraie pour les organismes qui desservent les communautés où l'utilisation de drogues et la co-infection par le VIH et l'hépatite C sont courantes – à titre d'exemples, citons le Centre Sida Amitié à St-Jérôme (Québec); Elevate Northwestern Ontario (anciennement AIDS Thunder Bay); le Nine Circles Community Health Centre à Winnipeg (Manitoba); et l'ASK Wellness Centre à Kamloops (Colombie-Britannique).

Dans certaines régions, les organismes de **santé publique** prennent les devants en ce qui concerne les programmes intégrés pour l'hépatite C. Le Yukon est un exemple de région à faible densité de population qui utilise un modèle de dépistage, de traitement, de soins et de soutien entièrement intégré en matière d'hépatite C, et qui est centralisé à l'intérieur de la santé publique. Le programme hépatite C est intégré au programme plus large élaboré pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le dépistage, le traitement et les soins relatifs à l'hépatite C sont entièrement intégrés à la santé publique. Une infirmière de la santé publique travaille avec un spécialiste pour s'assurer que toutes les personnes qui subissent un test de dépistage sont mises en contact avec des établissements de soins et de traitement.

Certains **programmes cliniques hépatite C** – dont le programme de télémédecine à l'hôpital d'Ottawa et le Centre de santé Sanguen à Guelph et à Waterloo (Ontario) – ont élaboré des modèles intégrés pour travailler de manière plus efficace avec les clients qui se heurtent à des obstacles lorsqu'ils tentent d'avoir accès à des soins.

Il existe un certain nombre de **modèles de conception autochtone** en place dans les réserves et hors réserve, y compris des modèles qui relèvent de la compétence des **autorités sanitaires autochtones**, dont le Centre de santé Ahtahkakoop situé dans une réserve en Saskatchewan.

Il y a des **organismes et des modèles intégrés dirigés par et pour des personnes qui s'injectent des drogues**, ainsi que des organismes et programmes dirigés par des personnes qui ont vécu avec l'hépatite C. L'Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des Personnes qui Consomment des Drogues Québec (ADDICQ), par exemple, est un réseau provincial de pairs dirigé par des personnes qui utilisent des drogues au Québec qui milite pour l'obtention de services de santé améliorés, y compris des services relatifs à l'hépatite C.

Bon nombre de ces programmes intégrés relatifs à l'hépatite C sont **dirigés par un personnel infirmier**. Une infirmière principale met les clients en contact avec un éventail de services de soins primaires et spécialisés le long du continuum de soins et élabore des programmes fondés sur les besoins des clients. Parmi les programmes intégrés en matière d'hépatite C dirigés par un personnel infirmier, citons le Programme Hépatite C au Centre de santé communautaire Pender à Vancouver et le Programme d'éducation et de soutien en matière d'hépatite C administré depuis le Centre de santé communautaire North End à Halifax.

Bien que le Dialogue délibératif n'ait pas accordé une attention particulière aux programmes en milieu carcéral, il existe certains programmes hépatite C **à l'intérieur des prisons fédérales et provinciales** et pour les personnes qui ont été libérées.<sup>8</sup> **Les groupes de pairs en santé dirigés par des détenus** font de la sensibilisation en matière d'hépatite C et mettent les gens en contact avec des services de santé. Certains établissements de santé publique, centres de santé communautaire, organismes de lutte contre le VIH, organismes autochtones et organismes de justice pour les prisonniers offrent aussi des programmes hépatite C dans les prisons.<sup>9</sup>

Les **centres d'établissement, les organismes d'aide aux nouveaux arrivants, les centres communautaires et les organismes de développement communautaire** commencent à organiser des activités de sensibilisation à l'hépatite C et à intégrer des initiatives liées à l'hépatite C dans leur travail.

<sup>8</sup> Betteridge G, Dias G. *Hard times: HIV and hepatitis C prevention programming for prisoners in Canada. Canadian HIV/AIDS Legal Network and Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN.)* 2007. Disponible à l'adresse : [http://www.pasan.org/Toolkits/Hard\\_Time.pdf](http://www.pasan.org/Toolkits/Hard_Time.pdf)

<sup>9</sup> Ibid.

### 3.1.3 Techniques et méthodes de mise en œuvre de l'intégration

Les programmes intégrés en matière d'hépatite C sont mis en œuvre de plusieurs manières. Il existe un certain nombre d'approches pour intégrer la prévention, le dépistage, le traitement et les soins et nombre d'entre elles assurent une transition homogène entre les services. Les méthodes décrites ci-dessous sont des exemples d'approches de collaboration de programmes; d'autres sont des approches d'intégration de services, et d'autres sont une combinaison des deux.

#### **Navigateurs du système de santé**

Les navigateurs du système de santé aident les clients à surmonter les obstacles aux soins en leur fournissant soutien, éducation, conseils, accompagnement, aiguillage et défense des intérêts sur une base individuelle pendant tout leur parcours de santé. Ils aident à faire le pont entre les services et aident les clients à naviguer les systèmes avec plus d'aisance. Le but des navigateurs des systèmes de santé est d'habiliter les clients pour qu'ils puissent prendre leurs propres soins en main et prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. La navigation des systèmes de santé s'inscrit dans le cadre de l'approche plus large qu'est la collaboration de programmes. Les navigateurs de santé peuvent être des pairs ou d'autres personnes possédant les aptitudes nécessaires en communication, en défense des intérêts et en établissement de relations pour appuyer les clients. Le Programme de navigation pour problèmes de santé chroniques de l'ASK Wellness Centre est un exemple de la manière dont les navigateurs du système de santé fournissent des services intégrés en matière d'hépatite C aux clients.<sup>10</sup>

#### **Coordination des services**

La coordination des services est un modèle qui suit une approche de collaboration de programmes où des organismes distincts et autonomes relient leurs services entre eux grâce à des stratégies de communication intentionnelle et la gestion de cas partagée.<sup>11</sup> Elle est appuyée par diverses technologies virtuelles et téléphoniques, et par des systèmes partagés d'établissement des horaires et des systèmes d'aiguillage clairs. Ce modèle est particulièrement utile dans la prestation de soins spécialisés en région reculée. Des technologies comme « Doc in the box » (« soins d'urgence ») – où des fournisseurs de services et des clients dans un milieu de soins primaires peuvent entrer en contact avec des spécialistes grâce à des technologies en ligne – permettent aux fournisseurs de services de collaborer et de promouvoir la communication en équipe malgré la distance physique. Le Programme de télémédecine du Programme de lutte contre l'hépatite virale de l'Hôpital d'Ottawa est un exemple de modèle de coordination des services qui fournit des soins et des traitements à des personnes en région reculée par l'entremise du Réseau télémédecine Ontario.

#### **Services centralisés**

Par l'intermédiaire d'une approche de services centralisés, des fournisseurs de soins primaires et/ou de soins spécialisés et un éventail d'autres fournisseurs de services sociaux et de santé travaillent tous ensemble dans un endroit central. La proximité des services facilite la coordination de ces derniers et la transition entre eux.<sup>12</sup> Les fournisseurs de services peuvent être physiquement présents dans une clinique spécialisée ou les services spécialisés peuvent être offerts dans un cadre de soins primaires comme un centre de santé communautaire. Les soins primaires et spécialisés peuvent également être offerts dans des organismes d'un domaine autre que la santé, y compris les centres d'établissement et les centres communautaires. Grâce à cette approche, les services peuvent rester indépendants ou s'aligner sur un modèle de soins partagés où la collaboration se produit en raison de la proximité des fournisseurs et des liens qui les unissent, et aussi parce qu'il existe un engagement organisationnel envers la collaboration.

<sup>10</sup> CATIE. Programme de navigation pour problèmes de santé chroniques. Connectons nos programmes. 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/cnp/programme/chronic-health-nav>

<sup>11</sup> Flexhaugh M, Noyes S, Phillips R. *Integrated models of primary care and mental health and substance use care in the community: Literature review and guiding document*. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Août 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/integrated-models-lit-review.pdf>

<sup>12</sup> Ibid

La clinique hépatite C de la Calgary Urban Project Society en Alberta est un exemple d'approche de services centralisés. La clinique est située dans un centre communautaire qui offre également un éventail d'autres services aux clients.

### **Services décentralisés**

Un modèle de services décentralisés comprend une équipe de travail de proximité spécialisée offrant des services sur place dans une variété de milieux; l'équipe met aussi les clients en contact avec un carrefour de services plus vaste au sein d'un organisme-hôte. Bon nombre d'approches de services décentralisés sont dirigées par une infirmière qui est liée à un établissement d'origine. Le programme d'éducation et de soutien en matière d'hépatite C du Centre de santé communautaire North End, à Halifax en Nouvelle-Écosse, est un exemple d'approche de services décentralisés : il est administré depuis le Centre de santé communautaire North End, mais son équipe de base passe 90 % de son temps à effectuer du travail de proximité.

### **Approche combinée**

Une approche combinée rassemble la collaboration de programmes et l'intégration de services jusqu'à un certain point. En vertu de cette approche, plusieurs fournisseurs de services se réunissent pour élaborer un programme intégré doté d'un mandat et d'une approche intégrés de prestation de services. Les fournisseurs de services offrent un large éventail de services en un seul endroit (intégration des services) et créent un mandat de programme et une vision/mission partagées (collaboration de programmes) entre les collaborateurs de programmes qui peuvent se trouver dans des endroits différents. Le Programme hépatite C de Toronto, par exemple, est un partenariat entre le Centre de santé communautaire de South Riverdale, le Centre de santé communautaire de Regent Park et le Centre de santé Sherbourne. Le Programme fournit des services interprofessionnels intégrés afin de permettre aux clients d'avoir accès à tous les services dont ils ont besoin dans un seul programme.

## 3.2 Facteurs de succès communs recommandés

Bien qu'il y ait des différences entre les programmes et à l'intérieur de ceux-ci pour les populations prioritaires abordées lors du Dialogue délibératif, les recommandations suivantes sont fondées sur des facteurs de succès communs à tous les programmes, notamment des pratiques touchant l'intégration de services et la réalisation de programmes de santé souples et pertinents axés sur l'équité en matière de santé.

Les recommandations sont regroupées selon trois catégories : programmes, organismes et structures. Les programmes n'existent pas de façon isolée; ils évoluent plutôt au sein d'organismes et de systèmes qui favorisent ou entravent l'élaboration et la réalisation efficaces de programmes. Pour ce qui est de reproduire, d'amplifier et de continuer à améliorer l'intervention en matière d'hépatite C, les facteurs liés aux programmes, aux organismes et aux structures peuvent s'avérer essentiels au succès.

### 3.2.1 Recommandations de programme

Les recommandations suivantes mettent en relief les approches et les mécanismes à l'échelon des programmes qui sont des facteurs de succès dans l'élaboration de modèles de soins intégrés accessibles, pertinents et efficaces pour aborder l'hépatite C.

#### **01** **Recommandation de programme n° 1 : Élaborer des programmes culturellement sécuritaires pour les communautés distinctes**

Les modèles de programmes intégrés fructueux sont culturellement pertinents et sécuritaires. Bien que le terme sécurité culturelle<sup>13</sup> ait été utilisé pour la première fois par et pour les peuples autochtones, le concept et son approche pratique peuvent s'appliquer à toutes les cultures et à toutes les collectivités. Faire évoluer les normes de soins au-delà de la compétence culturelle pour assurer la sécurité culturelle est un facteur de succès pour les programmes. La sécurité culturelle transforme les déséquilibres de pouvoir dans la société et elle favorise les progrès vers l'autodétermination et la décolonisation.

*« Non seulement l'appartenance autochtone constitue-t-elle un facteur de risque, mais cela fait aussi partie de la solution. »* – Participant à la réunion

Les programmes culturellement sécuritaires commencent par la reconnaissance que les personnes autochtones et celles qui appartiennent à d'autres communautés culturelles/ethniques/spirituelles ont accès aux services fournis. Les investissements dans des modèles de soins dirigés par des personnes autochtones peuvent produire des programmes culturellement sécuritaires. L'embauche et le maintien en poste d'un personnel autochtone sont des facteurs critiques. Les peuples autochtones du Canada ont élaboré une variété de programmes culturellement sécuritaires.

*« Une des choses qui me préoccupe le plus est que ces populations sont des personnes autochtones. Quand vous parlez de vos populations, il serait respectueux de reconnaître que vous avez en effet des personnes autochtones dans vos dossiers. C'est le début d'un dialogue avec les personnes autochtones dans toutes nos communautés. »*

– Participant à la réunion

#### **02** **Recommandation de programme n° 2 : S'assurer d'offrir aux clients des occasions de s'impliquer dans des programmes dès qu'ils sont prêts**

Lorsqu'un client est prêt à commencer à aborder son infection à l'hépatite C, il est important que les programmes soient en mesure de combler ce besoin et qu'ils ne refusent pas les clients. Bien qu'un traitement

<sup>13</sup> Brascoupe S, Waters, C. Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *Journal of Aboriginal Health*. 2009;7 (1): 6–40. Disponible à l'adresse : [http://www.naho.ca/jah/english/jah05\\_02/V5\\_I2\\_Cultural\\_01.pdf](http://www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Cultural_01.pdf)

puisse ne pas être disponible dans l'immédiat, les programmes qui disposent d'éléments pré et post-traitement peuvent accueillir les clients immédiatement et de façon progressive, ce qui limite les occasions ratées d'implication et de traitement.

*« Au lieu de simplement se demander si la personne est assez malade pour entamer un traitement contre l'hépatite C, il faut se demander s'il y a une occasion que l'on doit saisir maintenant parce que la personne est prête maintenant. Effectuer un triage fondé sur les occasions plutôt que sur le stade d'avancement de la maladie. » - Participant à la réunion*

Cet accueil immédiat est particulièrement important lorsqu'on travaille avec des utilisateurs de services marginalisés ou vulnérables pour lesquels leur ouverture au traitement et aux soins peut être directement liée à des moments précis : lorsque leur mode de vie, leur état de préparation émotionnel, leur stabilité relative et d'autres facteurs sont présents. Au moment de sélectionner les services et de déterminer leur priorité, il est essentiel de tenir compte des occasions critiques où un utilisateur de services peut être particulièrement bien positionné pour recevoir un traitement et des soins (c'est-à-dire personnellement prêt). Par exemple, il y a une « occasion idéale » de discuter du dépistage et du traitement de l'hépatite C lorsqu'une personne entame un traitement à la méthadone. Dans cet exemple, le traitement contre l'hépatite C peut faire partie d'un plan de stabilisation plus vaste; « le traitement vient à faire partie de l'implication et de la stabilisation, et non l'inverse où la stabilisation est requise avant d'entamer le traitement » (comme l'a expliqué un participant).

### **03** **Recommandation de programme n° 3 : Privilégier l'établissement de relations et de liens de confiance et de crédibilité avec les utilisateurs de services**

*« La meilleure chose est de créer des liens de confiance. Si vous faites toujours ce que vous dites, la confiance s'établira. C'est une population qui reçoit des messages équivoques auxquels on ne donne pas toujours suite. Quand une promesse est tenue, c'est impressionnant; c'est même choquant. »*

- Participant à la réunion

Un des facteurs de succès clé dans l'intégration des programmes d'hépatite C est le lien de confiance établi avec les utilisateurs de services. Les personnes qui font constamment face à de l'hostilité et à de la discrimination de la part des fournisseurs traditionnels sont naturellement méfiantes envers les professionnels de la santé et les fournisseurs de services. Il est essentiel de fournir des services respectueux et dénués de jugement, de respecter ses engagements, d'offrir des heures flexibles et appropriées, d'effectuer un suivi en temps opportun et de fournir les services avec patience et souplesse. L'expression « aller à leur rencontre » dénote une approche qui est attentive aux priorités et aux réalités de la personne et favorise la confiance et l'établissement de relations en faisant en sorte que la personne se sente comprise et respectée.

Les programmes qui se déroulent dans une ambiance familiale et qui favorisent des relations sincères entre les fournisseurs de services et les clients peuvent promouvoir une implication et une observance accrues du traitement et du programme. Au Centre Sida Amitié, par exemple, les patients reçoivent un diplôme à la fin de leur traitement et disent ressentir un sentiment d'appartenance familiale, utilisant des termes comme « tante », « oncle » et « cousin » pour décrire les fournisseurs et les clients.

*« Le médecin est comme un grand-père, les infirmières sont comme des tantes et les autres sont comme des cousins. C'est difficile d'abandonner la relation. » - Participant à la réunion*

04

#### **Recommandation de programme n° 4 : S'engager à adopter des approches axées sur la réduction des méfaits dans tous les aspects des programmes intégrés**

Une approche axée sur la réduction des méfaits dans tout le continuum de soins de l'hépatite C est critique pour offrir des services de façon efficace aux personnes qui s'injectent des drogues. Les programmes de réduction des méfaits peuvent inclure des sites de consommation sécuritaires, la distribution de matériel sécuritaire, l'éducation pour une utilisation sécuritaire, des interventions de prévention des surdoses et les initiatives de lutte contre la stigmatisation. De tels services réduisent les méfaits potentiels associés à l'utilisation de drogues et ouvrent la voie à des tests de dépistage et à d'autres services de santé qui peuvent mener à un traitement et à des soins.

La criminalisation de l'utilisation de drogues rend les personnes qui consomment des drogues plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé et de se heurter à des obstacles lorsqu'ils tentent d'avoir accès à des services de soins de santé traditionnels. Une approche de réduction des méfaits comprend la prestation de services conçus pour créer des espaces sécuritaires et rendre les soins de santé plus accessibles. Un modèle intégré devrait utiliser une approche axée sur la réduction des méfaits pour la prévention, le dépistage, des programmes de traitement et de soins (y compris les soins après-traitement).

05

#### **Recommandation de programme n° 5 : En ce qui a trait au règlement des crises et des conflits, élaborer des approches qui tiennent compte des traumatismes et qui sont axées sur la réconciliation**

Un facteur de succès clé des programmes intégrés en matière d'hépatite C est leur capacité de prévoir les conflits et les crises et de les aborder de manière appropriée. Les personnes qui vivent avec l'hépatite C, en sont affectés ou qui sont à risque d'être infectées par l'hépatite C peuvent également être confrontées quotidiennement à une série d'autres facteurs de stress, à l'exclusion sociale et à des besoins non comblés. Il est normal que des malentendus et des conflits surviennent de temps à autre, compte tenu du stress et parfois des traumatismes qui affligent certaines personnes. Les programmes qui protègent l'espace dans lequel ces moments de conflits et de malentendus surviennent et qui disposent de mécanismes de règlement des conflits, surtout pour les personnes en situation de crise ont plus de succès dans le travail de proximité, le maintien dans les soins et les résultats obtenus. Le même succès n'est pas atteint lorsque les programmes renvoient les individus en situation de crise.

## **Remarque**

### **Centre Sida Amitié, St-Jérôme, Québec**

#### **Une clinique qui offre une ambiance familiale : une approche de réduction des méfaits à faible seuil**

Une approche de traitement axée sur la réduction des méfaits permet de s'assurer que le traitement est accessible aux clients, qu'ils aient un logement stable ou non et qu'ils soient sobres ou non. Le Centre Sida Amitié à St-Jérôme (Québec) est un organisme à faible seuil qui dessert les personnes de la rue et celles qui utilisent des drogues. L'engagement de l'organisme envers la réduction des méfaits lui a permis d'impliquer les utilisateurs de services, dont plusieurs sont des jeunes de la rue qui ont suivi avec succès des traitements contre l'hépatite C. Les membres du personnel du programme forgent des liens avec les utilisateurs de services, reconnaissant que dans bien des cas, ils sont les seules personnes avec qui les utilisateurs entretiennent une relation.

*« Je n'ai jamais renvoyé un patient. Je dis toujours "Peut-être pas tout de suite, mais vous pouvez revenir me voir demain." La vie est tellement stressante et on utilise tous des stratégies différentes pour composer avec ce stress. Nous sommes tous des êtres humains. »*  
- Participant à la réunion

Bannir ou exclure les gens des services à cause de conflits ou de comportements a pour effet d'exacerber les traumatismes et d'aggraver les problèmes d'iniquité en matière de santé pour des populations qui sont très mal desservies. Les méthodes d'engagement qui tiennent compte des traumatismes peuvent prévenir les conflits et éclairer les approches axées sur la réconciliation. Il est important de fournir au personnel une formation en réconciliation, en justice transformative, en règlement des conflits et en approches qui tiennent compte des traumatismes. Il est également essentiel d'embaucher du personnel qui sait faire preuve d'empathie, établir des relations et créer des liens de confiance.

## **06** **Recommandation de programme n° 6 : Malgré la durée réduite des traitements, s'assurer que les programmes englobent le continuum complet de soins**

Avec l'avènement de traitements plus courts et mieux tolérés, le rôle des soins de soutien dans le contexte de l'hépatite C change, mais il ne peut certainement pas être entièrement éliminé. Bien que les individus n'aient plus à se rendre dans un centre de santé pour recevoir un traitement et que la gestion des effets secondaires sera moins importante qu'avant, il y aura un besoin plus grand de soutien pour l'observance puisque les personnes. Il y aura aussi un besoin soutenu de stratégies de prévention et de soins de santé et de soutien après traitement, y compris des soins pour le foie et un soutien pour la santé mentale, ainsi que des services soutenus au besoin. Bien qu'il soit plus facile d'éliminer le virus, le défi consistera à fournir un soutien aux patients une fois le traitement terminé.

*« Nous ne réussissons pas à enrayer l'épidémie par des traitements. Nous avons parlé d'éradication, mais ne pourrons pas y arriver uniquement avec des traitements; il faut aussi, parallèlement, renforcer les stratégies de prévention. »* - Participant à la réunion

Le traitement contre l'hépatite C est un tremplin vers d'autres services de santé et de base. Les personnes appartenant à des populations prioritaires sont plus susceptibles d'avoir d'autres besoins de santé et de base liés à l'hépatite C qui sont également importants en ce qui concerne les résultats du traitement contre l'hépatite C, la vie saine avec le VHC et les soins.

## **07** **Recommandation de programme n° 7 : Faciliter l'accès homogène aux services au-delà du continuum traditionnel de services liés à l'hépatite C**

Un facteur de succès clé pour les services intégrés en matière d'hépatite C est l'accès homogène à des services et des soutiens qui ne sont pas spécifiques à l'hépatite C. Les personnes appartenant aux populations prioritaires peuvent avoir d'autres besoins de santé et de base plus urgents comme (mais sans s'y limiter) avoir accès à un logement, à un soutien du revenu, à une alimentation saine, à de l'entraide, à un soutien psychosocial, à une aide juridique, à une aide en matière d'emploi, à une formation linguistique et autres services. Il est important de préciser la portée des services de santé et de soutien non traditionnels qui sont essentiels à un modèle de programme détaillé en matière d'hépatite C.

*« Qui veut aller voir un médecin quand on n'a pas pris de douche depuis une semaine? »*  
- Participant à la réunion



## **Recommandation de programme n° 8 : Fournir des incitatifs non traditionnels aux utilisateurs de services**

*« Les incitatifs sauvent des vies. Vous n'en aurez peut-être pas besoin pendant toute votre vie, mais ils peuvent être réellement bénéfiques. Il ne s'agit pas toujours de choses matérielles; cela peut être de la gentillesse, du respect et des gestes. »*

- Participant à la réunion

Les incitatifs non traditionnels peuvent faire en sorte que les programmes correspondent davantage aux besoins et aux réalités des clients. Toute personne qui entame un programme de soins de santé le fait parce qu'elle est motivée en ce sens et l'incitatif est souvent l'amélioration de son état de santé. Pour bien des gens, la santé à long terme est une question moins urgente que d'autres problèmes comme les services de garde, l'emploi, la sécurité alimentaire et l'accès aux médicaments et à du matériel. Les clients ont des priorités divergentes et la progression lente et asymptomatique de l'hépatite C signifie que l'élimination du virus n'est pas une préoccupation prioritaire pour les personnes qui ont de multiples besoins immédiats. Les incitatifs non traditionnels au-delà des simples avantages de santé peuvent rendre les programmes plus pertinents et mieux adaptés aux besoins et aux réalités des clients. Les incitatifs non traditionnels comme une salle de lavage, des collations, des cartes-cadeaux, des paniers de nourriture, des honoraires et des services de garde peuvent rendre les programmes accessibles et aptes à répondre aux besoins variés et plus immédiats des clients.

*« Nous voulons trouver des façons significatives d'impliquer les personnes les plus touchées et parfois la rémunération y joue un rôle. J'espère que cela continuera de faire partie du dialogue. Je m'inquiète que cet élément pourrait être relégué aux oubliettes. »*

- Participant à la réunion



## **Recommandation de programme n° 9 : Rehausser l'implication pertinente des utilisateurs de services**

Les modèles de programmes intégrés en matière d'hépatite C sont culturellement situés et centrés sur les clients. Faire participer les utilisateurs de services à la planification, à la prestation et à l'évaluation des programmes et des services est un facteur clé pour s'assurer que les programmes sont pertinents aux personnes à qui ils sont destinés et qu'ils reflètent les communautés dans lesquelles ils sont offerts/fournis. Par exemple, le fait d'avoir des conseils consultatifs de patients qui guident la recherche, l'évaluation et l'élaboration de programmes constitue une stratégie utile. La clé d'une implication pertinente des utilisateurs de services et des pairs est le transfert de la propriété et du pouvoir réels, ainsi que le respect fondamental de l'expertise issue de de l'expérience vécue.

*« Ça vaut la peine de croire au par et pour et d'asseoir les gens comme égaux à la table et de ne pas les prendre pour de jolis personnages qui viennent s'asseoir et qui paraissent bien dans un rapport. Parce que oui on inclut les gens, mais finalement on ne les a pas écoutés. »* - Participant à la réunion

Il y a beaucoup à apprendre des principes du VIH comme le principe de la participation accrue des personnes qui vivent avec le VIH/sida (GIPA) et le principe d'engagement significatif des personnes vivant avec le VIH (MEPA), ainsi que le principe des droits des personnes handicapées « Rien de ce qui nous concerne sans nous ».

**10****Recommandation de programme n° 10 : Investir dans les programmes dirigés par les pairs**

*« Nous n'aurions réalisé absolument aucun progrès sans nos programmes d'entraide et les personnes qui ont une expérience vécue. Ça en vaut la peine. »* – Participant à la réunion

*« La plupart d'entre nous n'aiment pas nous faire appeler "pairs". Pour ma part, je suis un travailleur de soutien communautaire. Je reçois la même formation que les autres travailleurs. La seule différence est que j'ai une expérience vécue et eux non. Nous sommes traités sur un pied d'égalité dans notre milieu de travail donc il n'y a aucun problème. Notre modèle fonctionne vraiment très bien. »* – Participant à la réunion

Afin de concevoir et d'offrir des programmes pertinents, efficaces et culturellement sécuritaires, il est important que les personnes appartenant aux populations prioritaires participent au processus de façon significative. Le succès d'éléments particuliers des programmes dépend très fortement des commentaires, des suggestions et des conseils de ceux qui ont une expérience vécue. Par exemple, demander à des pairs de concevoir et de diriger des stratégies de travail de proximité s'est avéré extrêmement efficace lorsqu'on dessert les populations très marginalisées et très mal desservies. Les personnes qui ont une expérience vécue et des liens de confiance avec des communautés particulières peuvent déterminer où, comment et quand aborder ces dernières. Les navigateurs autochtones se sont avérés essentiels pour ce qui est de mettre les utilisateurs de services en contact avec le système de soins de santé dans les communautés autochtones.

*« Je crois que les capacités nécessaires pour combler ce besoin se trouvent actuellement dans les communautés d'immigrants et de nouveaux arrivants parce que les clients ont des diplômes universitaires en travail social et en médecine. »* – Participant à la réunion

**11****Recommandation de programme n° 11 : Rehausser les efforts de travail de proximité et de dépistage, en particulier auprès des populations marginalisées et mal desservies**

Des efforts améliorés dans le travail de proximité et le dépistage sont la clé du succès pour ce qui est de joindre les gens et de les arrimer à des soins. Bien qu'il n'y ait pas de solution simple, une première étape consiste à accorder une place plus prépondérante au dépistage de l'hépatite C dans les soins primaires, et à rehausser le dépistage ciblé.

Embaucher et engager des personnes qui ont une expérience vécue et pertinente pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies de travail de proximité et de dépistage pour les populations mal desservies et marginalisées est une approche importante. Les personnes qui s'identifient à des communautés particulières et qui ont créé des liens de confiance au sein de ces dernières sont bien positionnées pour planifier où, comment et quand les aborder. Par exemple, les Punjabi Community Health Services, un centre de santé communautaire qui dessert les communautés sud-asiatiques, embauche des « tantes » à la retraite comme pairs navigateurs pour mettre l'ensemble de la communauté en contact avec ses services sociaux et de santé.

**12****Recommandation de programme n° 12 : Repérer, documenter et effectuer des recherches sur les approches de programmes en matière d'hépatite C dans la nouvelle ère de traitement de l'hépatite C**

Afin de continuer à améliorer les programmes de lutte contre l'hépatite C, il est essentiel de repérer, de documenter et de partager les nouvelles approches prometteuses et les pratiques exemplaires qui sont élaborées dans cette nouvelle ère de traitement de l'hépatite C. Il est également important de profiter des occasions de recherche pour élaborer des politiques, des programmes et des interventions fondés sur des

preuves. Pour ce qui est de favoriser l'innovation, les partenariats avec les chercheurs peuvent s'avérer une stratégie qui favorise les interventions peu susceptibles d'être financées par des sources traditionnelles, à tout le moins initialement, avant que des preuves suffisantes justifiant le financement ne soient disponibles.

### 3.2.2 Recommandations organisationnelles

Les recommandations suivantes décrivent les approches et les mécanismes à l'échelon organisationnel qui sont des facteurs clés dans l'élaboration de modèles de soins intégrés accessibles, pertinents et efficaces pour aborder l'hépatite C.

#### **01** **Recommandation organisationnelle n° 1 : Ancrer les partenariats interagences et intersectoriels pour les programmes liés à l'hépatite C dans la poursuite d'une vision et de buts communs**

Un facteur de succès clé pour assurer l'intégration et la collaboration entre les agences consiste à élaborer une vision commune et des buts communs. Les organismes qui se concertent et élaborent une vision commune et une méthode pour évaluer le succès sont plus motivés et ont le soutien structurel nécessaire pour travailler de façon cohésive à l'atteinte d'un objectif commun. Le programme hépatite C de Toronto est un bon exemple de la manière dont diverses agences ont élaboré une vision unificatrice et des mécanismes partagés de reddition de comptes.

Élaborer des buts partagés est non seulement utile pour les partenariats entre les spécialistes et les organismes de soins primaires, mais c'est aussi important pour les partenariats entre un large éventail de secteurs, y compris les services correctionnels. La collaboration et les partenariats avec les services correctionnels et les organismes qui accompagnent les anciens détenus après leur libération et la réinsertion sociale sont essentiels pour desservir la population carcérale – une population prioritaire qui est actuellement mal desservie.

#### **02** **Recommandation organisationnelle n° 2 : Créer, pour les services liés à l'hépatite C, des structures et des partenariats organisationnels en vue de promouvoir une approche pluridisciplinaire axée sur des équipes et centrée sur les clients**

Un facteur de succès clé dans la mise en œuvre de services complets et centrés sur les clients en matière d'hépatite C est d'assurer un accès homogène à des soins pluridisciplinaires. Il est important de travailler avec un éventail complet de fournisseurs de services provenant d'une variété de disciplines et de spécialités, mais cela ne suffit pas pour élaborer des modèles d'équipe cohérents et intégrés. Il peut également être utile de structurer intentionnellement une approche d'équipe pluridisciplinaire grâce à des partenariats organisationnels ou en demandant à du personnel de différents secteurs de travailler à partir d'un modèle de cas partagé. Il peut aussi être bénéfique d'organiser des échanges d'apprentissage et autres activités d'équipe internes afin d'accroître le sentiment de culture partagée et de travail partagé.

Le programme hépatite C de Toronto est fondé sur une approche d'équipe interdisciplinaire en matière d'hépatite C. Les gestionnaires de cas ont maintenant des dossiers intégrés et gèrent des équipes pluridisciplinaires.

#### **03** **Recommandation organisationnelle n° 3 : Élaborer des structures de gouvernance communautaire et inclure l'équité en matière de santé dans les valeurs organisationnelles**

Un élément de succès essentiel dans l'élaboration de modèles intégrés et centrés sur les clients pour les soins liés à l'hépatite C est la capacité organisationnelle de faire preuve de souplesse et de pouvoir répondre aux

besoins de la communauté. Les organismes élaborent souvent des approches et des programmes fondés sur un besoin dans la communauté, mais les besoins et les réalités communautaires peuvent changer avec le temps. Il est donc impératif d'avoir les capacités organisationnelles nécessaires pour modifier les priorités et les approches afin de demeurer pertinent et efficace.

Les processus invitant une évaluation soutenue de la pertinence et de l'efficacité organisationnelles intègrent le changement et la souplesse dans les structures organisationnelles et permettent la mise en place de programmes souples. Le fait d'avoir une mission organisationnelle liée à l'équité en matière de santé permet aux organismes d'être souples et de changer avec le temps en fonction des besoins et des ressources de la communauté. Semblablement, le fait d'être ancré dans la communauté et d'être gouverné par cette dernière par l'entremise de conseils et comités consultatifs communautaires favorise l'adaptabilité aux besoins de la communauté.

#### **04** **Recommandation organisationnelle n° 4 : Investir dans le renforcement des systèmes communautaires<sup>14</sup>**

*« Les milieux urbains et non urbains se fient tous deux à la bonne volonté plutôt qu'à de bons systèmes pour faire bouger les choses. Nous n'avons pas d'approche axée sur les systèmes. Nous nous fions à cette tradition d'approche caritative en raison des communautés dont nous parlons et parce qu'elles ne sont pas perçues comme étant méritoires. C'est la lutte que nous menons collectivement. »* – Participant à la réunion

Les organismes et les personnes qui prodiguent des soins intégrés, centrés sur les clients et sur l'équité en matière de santé pour l'hépatite C le font en grande partie par bonne volonté et non parce qu'ils sont appuyés et habilités à le faire au sein du système de santé. Il est précaire et peu viable de dépendre de la persistance de quelques personnes dévouées qui sont disposées à travailler dans un milieu où il y a peu de ressources et de soutien. Il est également difficile d'élargir la portée de ces approches et de reproduire des modèles qui fondamentalement nécessitent un engagement exceptionnel sans un soutien structurel/systémique.

*« Tous les modèles présentés montraient des personnes animées d'une grande passion et prêtes à repousser les limites. Quand nous parlons de modèles et de transférabilité, nous devons reconnaître que certains modèles ne fonctionnent que grâce à l'engagement exceptionnel des personnes qui repoussent les limites. »* – Participant à la réunion

#### **05** **Recommandation organisationnelle n° 5 : Explorer d'autres sources de financement qui permettent une distribution interne des ressources et des structures d'incitatifs qui favorisent l'intégration et l'équité en matière de santé**

Un des avantages qu'il y a à élaborer des modèles intégrés et complets pour les soins liés à l'hépatite C est que cela donne l'occasion de solliciter des fonds auprès de sources qui, traditionnellement, ne financent pas les services de santé, y compris les bailleurs de fonds qui appuient les services de logement, l'emploi, les arts, la culture, etc. Tel que l'a décrit un des participants à la réunion : *« Un des avantages de l'intégration est la diversification des stratégies de financement. On peut chercher à obtenir un financement auprès d'un éventail de bailleurs de fonds et mieux parer aux changements dans l'octroi de financement. »*

Le financement de l'industrie pharmaceutique est l'une des options possibles pour augmenter les ressources de financement et jouir d'une certaine latitude et d'une certaine créativité quant à la structure de paiement et à l'allocation interne des ressources. Il y a cependant des considérations d'ordre éthique qui doivent être prises en compte lorsqu'on tente d'obtenir des fonds auprès de compagnies pharmaceutiques et d'autres industries

<sup>14</sup> Le renforcement des systèmes communautaires est une approche qui favorise la création de communautés et d'organismes, de groupes et de structures communautaires informés, capables et coordonnés, et permet aux organismes communautaires d'être des partenaires égaux et efficaces dans la production de résultats en matière de santé.

dont l'incidence et l'approche fondamentales peuvent être contraires à l'équité et à la justice. Il est important pour les organismes de comprendre les répercussions d'une collaboration avec l'industrie et de s'assurer que des stratégies internes intentionnelles soient axées sur elles.

Le financement public comporte son propre lot de défis et de dilemmes éthiques. Les fonds publics sont souvent liés à des limites d'usages spécifiques définies par des paramètres très étroits. L'acceptation de fonds publics peut limiter la capacité d'un organisme de s'adonner à des activités de défense des intérêts politiques pour les questions touchant l'équité en matière de santé. Comme l'a exprimé l'un des participants à la réunion : « *Nous traversons une véritable crise parce que ce sont les bailleurs de fonds publics auxquels nous nous fions pour faire ce travail qui tirent les ficelles et qui nous forcent – comme si nous étions des marionnettes – à aborder l'intégration de façon holistique alors qu'ils n'ont pas la même compréhension nouvelle du terme holistique. Le financement dépend de nos modèles axés sur la maladie et nous la qualifions d'approche axée sur la population.* »

Un des facteurs clés de succès consiste à investir dans la résolution des problèmes systémiques sous-jacents du système de santé qui découragent le travail avec les populations marginalisées et la création de modèles de soins intégrés et centrés sur le client. Cela exige que les organismes investissent dans les capacités nécessaires pour résoudre les problèmes systémiques et élaborent des stratégies pour le changement, les forçant ainsi à devenir des experts en renforcement des systèmes communautaires.<sup>15</sup> Le personnel peut ne pas posséder les compétences requises pour l'analyse des systèmes et le changement systémique. Investir dans ces compétences et aptitudes et forger des partenariats avec des organismes qui les possèdent déjà est essentiel pour préparer une intervention durable, résiliente et cohérente face à l'épidémie d'hépatite C.

## **06** Recommandation organisationnelle n° 6 : Déployer des efforts en vue d'instaurer une structure de rémunération fondée sur le salaire et investir des ressources dans la rémunération équitable des pairs et autres fournisseurs de soins de santé non traditionnels

Un facteur clé de succès à l'échelon organisationnel consiste à investir des ressources pour permettre une rémunération adéquate et offrir des incitatifs aux fournisseurs de services et aux équipes pour les encourager à consacrer le temps nécessaire pour assurer une approche coordonnée et détaillée aux soins centrés sur les clients. Bien qu'il y ait eu des innovations dans l'élaboration de stratégies et de modèles intégrés, complets, pluridisciplinaires, culturellement sécuritaires, axés sur l'équité en matière de santé et qui tiennent compte

## Remarque

### ASK Wellness Centre

**Un organisme très réceptif aux besoins changeants de la communauté : redéfinir le continuum de soins**

Le ASK Wellness Centre à Kamloops, en Colombie-Britannique, anciennement un organisme de lutte contre le VIH, est un exemple de modèle organisationnel intégré qui aborde les déterminants plus larges de la santé. Cet organisme a élargi ses services et son mandat pour combler les besoins changeants de ses utilisateurs de services; il constitue maintenant un carrefour pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances et qui sont souvent sans abri. L'organisme ne concentre plus ses efforts sur les infections transmissibles par le sang de façon isolée et dessert maintenant toute personne qui a besoin de services de logement et de santé mentale. Le logement, l'emploi et l'éducation font maintenant partie du continuum de soins de ASK. Des services de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite C (et du VIH) sont fournis au besoin, mais ne sont plus le point d'entrée aux services.

<sup>15</sup> The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria. *Community systems strengthening framework*. Edition révisée. 2014.

## Remarque

### Intégration de l'hépatite C dans les organismes de lutte contre le VIH

Quand il s'agit d'intégrer l'hépatite C dans la prestation de programmes et de services des organismes de lutte contre le sida, il faut de l'espace pour explorer et aborder – au moyen d'un processus d'engagement des intervenants – les nombreux défis et préoccupations qui surviennent. Tel que l'a exprimé un participant à la réunion : « Une des choses que nous devons reconnaître est la crainte que ressentent les organismes de lutte contre le VIH quant à ce qui va se passer. Avec l'hépatite C, les simples chiffres font peur aux personnes qui vivent avec le VIH. Que va-t-il se passer? Va-t-on mettre l'accent sur le VIH? Les services liés au VIH vont-ils souffrir? Comment allons-nous honorer les différences chez les gens? Il y a beaucoup de points communs et de co-infections, mais il s'agit de deux clientèles différentes – surtout si on parle de guérison. Si nous avons un remède, nous voulons que les gens terminent le traitement et abandonnent progressivement nos services, tandis qu'avec le VIH, il s'agit d'un engagement à vie dans les services. Je veux que tout le monde soit au courant de l'anxiété croissante que nous ressentons quand on envisage de reconcevoir les programmes et de les mettre en œuvre. » Ces types de questions peuvent être explorées dans le cadre d'un processus d'engagement des intervenants et il est également important de partager les solutions avec les autres organismes de lutte contre le VIH.

des traumatismes pour l'hépatite C, les modèles traditionnels de financement des soins de santé ne se sont pas nécessairement adaptés pour refléter ces virages. Par conséquent, certaines des structures de financement plus traditionnelles limitent la capacité d'offrir des soins intégrés, pluridisciplinaires et axés/centrés sur les clients. Par exemple, le modèle traditionnel de rémunération à l'acte limite la quantité de temps que les fournisseurs de soins de santé peuvent passer avec leurs clients ou à forger des partenariats avec d'autres organismes de services communautaires. Dans ces cas, un modèle de paiement fondé sur les salaires pourrait être mieux indiqué pour les programmes centrés sur les clients.

Les structures de financement traditionnelles peuvent avoir des ressources limitées pour les pairs et/ou les fournisseurs de santé non traditionnels tels que les guérisseurs et aînés autochtones. Il est important d'investir dans les ressources afin de pouvoir offrir une rémunération adéquate à ces personnes et leur permettre d'appuyer une équipe véritablement pluridisciplinaire.



#### **Recommandation organisationnelle n° 7 : Faire participer un large éventail d'intervenants aux changements organisationnels**

L'adoption d'une approche intégrée, axée sur l'équité en matière de santé et centrée

sur les clients pour les soins liés à l'hépatite C entraînera des changements organisationnels significatifs. Pour certains organismes de santé communautaire, le bassin de population peut demeurer le même, mais les partenaires spécifiques et le processus d'intégration peuvent être nouveaux. Dans le cas des organismes de lutte contre le VIH qui incluent l'hépatite C dans leurs programmes et services, les populations prioritaires peuvent changer et le niveau de soins intégrés peut également être nouveau. Chaque organisme subira des changements spécifiques, que ce soit dans leur bassin de population, la dotation en personnel, l'approche à la prestation de programmes et services ou les buts. Un vaste processus d'engagement des intervenants qui invite les utilisateurs de services, les personnes ayant une expérience vécue, des membres du personnel et de la direction à partager leurs préoccupations, à explorer les occasions entourant le changement et à élaborer un plan unifié est une étape critique dans les stratégies de gestion du changement visant à permettre d'élaborer des programmes adaptables en matière d'hépatite C.

08

**Recommandation organisationnelle n° 8 :  
Aborder les déterminants sociaux de la santé grâce à des partenariats intersectoriels**

*« Les pilules traiteront l'hépatite C, mais ne traiteront pas les déterminants sociaux des facteurs de risque. C'est là que toute la question de la réinfection entre en jeu. D'après ces modèles, à moins de fournir des soins propices et d'élargir la portée des services de réduction des méfaits et de traitement des dépendances, nous ne pourrons pas renverser la vapeur de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues ou qui appartiennent au groupe où la transmission se produit activement. C'est là que l'intégration des services devient un important morceau du casse-tête. »* – Participant à la réunion

Un modèle intégré et centré sur les utilisateurs de services tient compte des déterminants sociaux plus larges en matière de santé dans la vie d'un individu. Grâce à des collaborations de programme avec d'autres services et des partenariats intersectoriels, beaucoup de modèles intégrés aident les utilisateurs de services à avoir accès aux services et soutiens sociaux plus larges dont ils ont besoin, y compris le logement, l'emploi, la stabilité du revenu et l'accès à des aliments sains, des services d'établissement, juridiques, culturels et autres mentionnés par les clients.

*« La chose qui était réellement importante pour nous était de bâtir une certaine compétence culturelle au sein de notre personnel et d'examiner quels étaient nos partenariats à l'intérieur de notre modèle de prestation des services. Plusieurs des propriétaires du secteur privé avec lesquels nous travaillions expulsaient les locataires autochtones parce que des membres de leurs familles restaient avec eux. Nous avons parlé aux propriétaires de ce que la famille représente et nous avons travaillé avec les clients pour défendre leurs droits et leurs besoins. »*  
– Participant à la réunion.

09

**Recommandation organisationnelle n° 9 : Combattre le racisme, la stigmatisation et la discrimination grâce à des pratiques d'embauche axées sur l'équité, la formation anti-oppression, le changement des structures de pouvoir internes et la sensibilisation du public**

Une approche organisationnelle antiracisme et anti-oppression est essentielle pour créer des services

<sup>16</sup> Conseil canadien de la santé. *Empathie, dignité et respect : Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. Toronto. Conseil canadien de la santé. 2012.

## Remarque

### S'attaquer au racisme interpersonnel et systémique contre les peuples autochtones

Dans le contexte de la lutte contre le racisme interpersonnel et systémique à l'endroit des peuples autochtones, il est important pour les organismes d'accorder une attention particulière à l'apprentissage des réalités de la colonisation, des traumatismes intergénérationnels subis dans les pensionnats, du génocide culturel et des mauvais traitements systémiques et d'aborder ces enjeux. Des initiatives et des stratégies en matière d'hépatite C dirigées par des personnes autochtones sont essentielles. Dans le cas des organismes qui ne sont pas dirigés par des personnes autochtones, cela peut signifier de forger des partenariats avec des organismes et des stratégies autochtones, d'y investir, d'intervenir en leur nom et d'écouter leurs conseils.<sup>16</sup>

appropriés pour les personnes les plus touchées par l'hépatite C et, éventuellement aborder les causes profondes du manque d'équité en matière de santé. Il est important d'embaucher une main-d'œuvre diversifiée et représentative de la communauté desservie et/ou de s'allier à des organismes dirigés par et pour les personnes les plus touchées. Il peut aussi être important de fournir une formation antiracisme et anti-oppression au personnel et de modifier les relations et les structures de pouvoir de manière à ce que les utilisateurs de services et les personnes marginalisées qui font face à un racisme personnel et systémique soient dotés d'un pouvoir décisionnel au sein de l'organisme.

*« Le degré de racisme dans notre communauté est un obstacle majeur aux soins. »*  
- Participant à la réunion

Il est également important d'investir dans des efforts visant à combattre et à éliminer le racisme, la discrimination et l'oppression en dehors de l'organisation et dans l'ensemble de la communauté. Pour s'attaquer à l'ensemble des causes profondes systémiques de l'iniquité, il faut des activités de sensibilisation du public, de défense des intérêts politiques et d'établissement de relations inter-mouvements pour la décriminalisation, la décolonisation et les initiatives axées sur l'équité.

### 3.2.3 Recommandations structurelles

Les recommandations suivantes décrivent les approches et les mécanismes à l'échelon des programmes qui sont des facteurs clés dans l'élaboration de modèles de soins intégrés accessibles, pertinents et efficaces pour aborder l'hépatite C.

#### **01** **Recommandation structurelle n° 1 : Élaborer un plan d'action national pour aborder l'hépatite C en ayant recours à différentes approches conçues par et pour chaque population prioritaire**

Un important facteur structurel pour lutter avec succès contre l'hépatite C à l'échelle nationale est l'élaboration de politiques de santé publique fondées sur des preuves. Il est essentiel d'avoir des stratégies nationales et provinciales qui incluent des cibles claires et des engagements financiers pour aborder l'hépatite C. Afin d'élaborer des stratégies efficaces et pertinentes pour aborder l'hépatite C dans les populations prioritaires, les membres de ces populations doivent jouer un rôle central dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'approches spécifiques à ces populations. Les populations prioritaires, y compris les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les peuples autochtones, les jeunes de la rue, les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada provenant de pays à prévalence élevée, les adultes âgés et les hommes séropositifs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, doivent être invités à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies nationales et locales en matière d'hépatite C. Par exemple, des interventions dirigées par des Autochtones et conçues spécifiquement pour eux sont essentielles pour joindre ces personnes et leur offrir des soins; sans elles, ces individus tomberont souvent entre les mailles du filet.

#### **02** **Recommandation structurelle n° 2 : Veiller à ce que des options optimales en matière de dépistage, de suivi et de traitement pour l'hépatite C soient disponibles et accessibles pour toutes les personnes vivant avec l'hépatite C affectées par et celles qui sont à risque d'être infectées**

Les meilleures options en matière de dépistage, de suivi et de traitement doivent être accessibles à tous, peu importe l'endroit où ils vivent, leur statut socio-économique et les dommages subis par leur foie.

L'admissibilité au traitement doit être fondée sur l'état de préparation du client et son désir d'entamer le traitement, et non sur les exigences cliniques ou d'admissibilité financière traditionnelle.

Investir dans la mise au point d'outils de diagnostic et des technologies de suivi de la maladie plus rationalisés, moins dispendieux et accessibles devrait être prioritaire. Des tests de détection rapide des anticorps de l'hépatite C sont disponibles, mais l'accès à la détection rapide de l'ARN demeure un défi important. Le dépistage de l'hépatite C aux points de service est actuellement disponible aux États-Unis, mais pas au Canada. La technique FibroScan est non invasive et permet un suivi rapide de l'évolution de la maladie, mais sa disponibilité est extrêmement limitée.

### **03** **Recommandations structurelles n° 3 : Rehausser la surveillance et le bassin de données épidémiologiques pour des populations prioritaires**

Une surveillance rehaussée et des données épidémiologiques sont essentielles pour mieux comprendre l'incidence de l'hépatite C dans des populations prioritaires et pour élaborer des politiques, des programmes et des interventions qui sont fondés sur les meilleures données possibles.

### **04** **Recommandation structurelle n° 4 : Veiller à intégrer l'hépatite C aux stratégies plus vastes sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang aux échelons municipal, provincial et national**

Un engagement à intégrer l'hépatite C à des stratégies et des structures de financement plus vastes pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang est essentiel. Certaines stratégies provinciales liées au VIH élaborées pour les personnes qui s'injectent des drogues n'ont pas inclus de services liés à l'hépatite C dans les efforts visant à offrir des tests de dépistage et des traitements à plus grande échelle. Cette omission représente une importante occasion ratée.

### **05** **Recommandation structurelle n° 5 : Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'approches axées sur les soins primaires et dirigées par un personnel infirmier pour l'hépatite C**

Un facteur structurel clé dans la prestation de soins de qualité aux communautés et aux populations mal desservies consiste à intégrer les soins dans les milieux de soins primaires et à investir dans des modèles dirigés par un personnel infirmier. Le renforcement des capacités des fournisseurs de soins primaires et des infirmières à fournir des services relatifs à l'hépatite C est un facteur clé dans la prestation de services intégrés dans les zones à faible densité de population. L'accès limité à des soins spécialisés pose problème non seulement dans les régions à faible densité de population, mais également dans certaines villes. Il est important d'élaborer des lignes directrices professionnelles et des activités éducatives pour les fournisseurs de soins primaires afin de les aider à offrir des services de dépistage, de traitement et de soins en matière d'hépatite C. Faciliter et privilégier des occasions de formation sur l'hépatite C pour le personnel infirmier et

## **Remarque**

Beaucoup de communautés autochtones montrent la voie à suivre dans l'élaboration ou l'adoption de moyens novateurs de fournir des soins spécialisés dans les régions à faible densité de population. Un exemple est l'utilisation de la technologie « Doc in the box » (soins d'urgence), qui a permis à des médecins de famille locaux de fournir un soutien au traitement à des patients dans des petites réserves du nord de la Saskatchewan. Une infirmière gestionnaire vient régulièrement au centre de santé dans le nord de la Saskatchewan et met immédiatement les clients en contact avec un spécialiste par l'intermédiaire de technologies en ligne. Cette technologie en ligne permet à des clients qui habitent dans le nord de la Saskatchewan d'être en contact avec un spécialiste en temps réel pendant leur rendez-vous.

investir dans des modèles de traitement et de soins est également utile. Un important exemple mis en œuvre dans une réserve est le modèle établi à Ahtahkakoop, en Saskatchewan. En vertu de ce modèle collaboratif dirigé par des Autochtones, une infirmière gestionnaire provenant de l'extérieur de la communauté se rend régulièrement au centre de santé et met les clients en contact avec un médecin par l'entremise d'une technologie appelée « Doc in the box » (soins d'urgence), où un spécialiste est mis immédiatement en contact avec un client grâce à des technologies en ligne. L'infirmière gestionnaire amène aussi un appareil FibroScan dans la réserve afin d'effectuer des tests de dépistage rapide.

### **06** **Recommandation structurelle n° 6 : Élaborer des politiques nationales de réduction des méfaits, y compris la réduction des méfaits en milieu carcéral et investir dans des programmes liés à l'hépatite C dans les prisons**

La réduction des méfaits doit être un élément central de la stratégie nationale sur l'hépatite C. Un engagement envers la réduction des méfaits est une approche de santé fondée sur des preuves pour les personnes qui s'injectent des drogues.

Il existe de vastes lacunes dans les stratégies et les interventions destinées à la population carcérale. Il est essentiel que les autorités gouvernementales (à tous les niveaux) et carcérales reconnaissent que les personnes s'injectent des drogues en prison et qu'elles appuient des interventions de réduction des méfaits, y compris la distribution de matériel d'injection ou de tatouage sécuritaire.

### **07** **Recommandation structurelle n° 7 : Élaborer des modèles de financement qui appuient la rémunération fondée sur le salaire et promouvoir la fourniture de ressources aux fournisseurs de soins de santé non traditionnels comme des guérisseurs, des Aînés et des pairs autochtones**

Les modèles de financement actuels conviennent mal à l'instauration de soins intégrés, centrés sur les clients et axés sur l'équité en matière de santé pour l'hépatite C. Les modèles fondés sur la rémunération à l'acte et les ressources limitées pour les pairs et le personnel non traditionnel, y compris les guérisseurs et aînés autochtones, limitent la capacité d'offrir des soins culturellement sécuritaires et centrés sur les clients. Il est essentiel de fournir un financement pour des modèles axés sur le salaire et de veiller à ce qu'il y ait des ressources pour les pairs et les fournisseurs de services non traditionnels, dont les guérisseurs et aînés autochtones.

### **08** **Recommandation structurelle n° 8 : Associer l'admissibilité au financement et les mesures d'évaluation aux résultats relatifs à l'équité en matière de santé**

Il est important d'associer l'admissibilité au financement et les mesures d'évaluation aux résultats liés à l'équité en matière de santé. L'établissement de cibles pour le dépistage, le traitement et les résultats de santé pour les populations prioritaires au lieu d'avoir des cibles pour l'ensemble de la population, encouragera la mise en place de services destinés aux populations prioritaires.

### **09** **Recommandation structurelle n° 9 : Investir dans des réformes du système de santé qui favorisent l'équité en matière de santé, y compris des pratiques d'embauche axées sur l'équité, la formation antiracisme et anti-oppression et le transfert de pouvoir aux utilisateurs de services dans la conception des soins**

« Pourquoi les gens n'obtiennent-ils pas de bons soins? Notre système n'exige pas que vous fournissiez des soins et des services primaires de qualité aux personnes qui s'injectent des drogues. » – Participant à la réunion

Il est essentiel que, grâce à des politiques sur la santé, nos systèmes de santé soient restructurés de manière à être accessibles et efficaces pour les personnes marginalisées, opprimées et exclues dans la société. Il est important d'élaborer des politiques qui permettent de s'assurer que la main-d'œuvre des soins de santé soit diversifiée, avec une forte représentation des populations marginalisées. Par exemple, l'élaboration de politiques qui exigent la mise en place de conseils consultatifs en santé dirigés par les personnes qui sont systématiquement mal desservies par nos systèmes de santé sont un moyen de s'assurer que nos établissements de santé et nos professionnels de la santé soient redevables envers les populations qui sont systématiquement mal desservies.

### **10** **Recommandation structurelle n° 10 : Investir dans des stratégies qui abordent les déterminants sociaux de la santé, y compris des initiatives de lutte contre la pauvreté et élaborer des politiques pour lutter contre le racisme, la stigmatisation et la discrimination dans la société**

Le fait d'avoir un système de santé qui dessert adéquatement les personnes marginalisées et exclues de la société est un pas important, mais il ne constitue, en fin de compte, qu'une solution de fortune aux problèmes plus vastes et plus fondamentaux que sont l'exclusion sociale et la marginalisation.

Il est essentiel d'investir dans des politiques et des programmes qui améliorent les conditions de vie socioéconomiques des populations opprimées et marginalisées. Investir dans le logement, l'emploi, l'éducation, la réduction des méfaits et les initiatives de renforcement des capacités de la communauté permet de créer des communautés saines et sécuritaires. Investir dans les prisons, les forces policières et autres institutions axées sur la punition contribue à retraumatiser les gens et à renforcer l'exclusion sociale, la marginalisation, des questions personnelles de sécurité et une mauvaise santé.

L'oppression sociétale historique et continue sous forme de racisme, de colonialisme, d'homophobie et de transphobie est à l'origine de l'exclusion sociale et de la marginalisation. Il est important pour les gouvernements à tous les niveaux et les autorités locales de forger des partenariats avec des groupes et des individus qui ont vécu la discrimination d'investir dans des campagnes de sensibilisation du public et d'élaborer des politiques exigeant que les écoles, les centres de santé et les milieux de travail adoptent des stratégies décolonisées, anti-oppressives et antiracistes. En plus des éléments éducatifs, les stratégies doivent inclure des initiatives de partage et de restructuration des pouvoirs qui mettent le pouvoir entre les mains des personnes et des populations ayant une expérience vécue de la racialisation et de la discrimination.

### **11** **Recommandation structurelle n° 11 : Investir dans des initiatives de renforcement des systèmes, y compris la défense des intérêts et les relations inter-mouvements**

Il y a un besoin urgent d'établir des partenariats collaboratifs pour assurer une défense efficace des intérêts et la réussite des initiatives de changement des systèmes. Action Hépatites Canada a commencé à fournir un leadership en défense des intérêts pour l'hépatite C à l'échelon national. Il y aurait aussi lieu de réexaminer les initiatives existantes, y compris le Cadre stratégique pour l'action de l'Agence de la santé publique du Canada (2009). Le financement pour l'accès au traitement pourrait devenir un sujet de dissension, avec divers groupes se livrant concurrence pour obtenir un traitement de faveur, mais il est important de s'unir et de se mobiliser pour préconiser l'accès aux soins et aux traitements.

Il est également primordial d'investir dans les relations inter-mouvements avec des groupes qui œuvrent dans des domaines autres que l'hépatite C. Ces initiatives d'établissement de relations inter-mouvements et de partenariats exigent un financement et des ressources spéciaux.

### 3.3 Ressources et outils d'échange des connaissances pour renforcer les capacités nécessaires au changement

Les outils d'échange des connaissances ci-dessous ont été identifiés comme étant prioritaires pour permettre la mise en œuvre des recommandations organisationnelles, structurelles et de programme énoncées plus haut et ils façonneront les activités d'échange des connaissances de CATIE dans les mois à venir.

#### **Augmenter l'échange des connaissances sur les modèles existants de programmes intégrés et souples en matière d'hépatite C**

Bien qu'il existe de nombreux programmes prometteurs et innovateurs intégrés en matière d'hépatite C au pays, il n'y a aucun moyen systémique de les partager ou d'évaluer des pratiques prometteuses. Il existe un besoin de mettre à profit les innovations locales considérables des fournisseurs de services de première ligne et des communautés partout au pays en accordant la priorité aux activités suivantes d'échange des connaissances :

- ***Cerner et schématiser les modèles de programme existants et les documenter en vue de partager les leçons apprises et les pratiques prometteuses.*** Il existe notamment un besoin de cerner et de documenter comment les programmes de réduction des méfaits adaptent leurs modèles de programme de manière à fournir un soutien et des soins continus dans le contexte des nouveaux régimes thérapeutiques plus courts et plus efficaces. Les discussions axées sur les Autochtones ont fait ressortir le besoin de se livrer à un exercice de schématisation pour documenter les modèles urbains et ruraux qui existent actuellement au pays, tant dans les réserves qu'en dehors de celles-ci, et de créer des liens entre les programmes afin de favoriser l'apprentissage et le soutien.
- ***Bâtir un réseau national de personnes et d'organismes qui travaillent avec les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada ou qui souhaitent élaborer des modèles destinés à cette population prioritaire.*** Les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada ont beaucoup moins de services que les autres populations, et un réseau national pourrait favoriser la mise en place de programmes pour elles.
- ***Élaborer des recommandations de pratiques exemplaires pour aider à renforcer les capacités locales chez les fournisseurs qui travaillent dans des milieux de soins primaires ou de services sociaux à faibles ressources.***
- ***Élaborer des recommandations de pratiques exemplaires et des occasions de formation axées sur la manière d'élaborer des modèles efficaces axés sur l'entraide et d'autres modèles par les personnes les plus touchées.***
- ***Élaborer des recommandations de pratiques exemplaires sur la manière de s'allier avec des organismes existants dirigés par et pour les personnes les plus touchées*** (peuples autochtones, personnes qui s'injectent des drogues, etc.).

#### **Investir dans l'éducation et le renforcement des capacités pour les fournisseurs de services**

Il existe un besoin urgent de renforcer les capacités en ce qui concerne l'hépatite C. Cela comprend l'élaboration et l'enseignement de modules de formation et d'autres stratégies de formation visant à renforcer les capacités dans les milieux de soins primaires et de services sociaux. Il est particulièrement essentiel de mettre au point des outils et des ressources pour les cliniciens et les utilisateurs de services afin de les sensibiliser et d'augmenter leurs connaissances sur le dépistage de l'hépatite C. En plus d'outils d'apprentissage directement liés à l'hépatite C, il existe aussi un besoin d'augmenter la formation offerte aux fournisseurs de soins de santé et de renforcer leur capacité à travailler avec des populations diverses et d'adopter, en matière de soins, une approche anti-oppressive, qui tient compte des traumatismes, qui réduit les méfaits et qui est culturellement sécuritaire.

## **Rehausser la littératie en santé et sur l'hépatite C chez les fournisseurs de services de divers secteurs et dans la population canadienne**

Il existe un besoin de mettre l'accent sur la littératie en santé et sur l'hépatite C chez les fournisseurs de services spécifiques dans des domaines autres que la santé et dans l'ensemble de la population canadienne. Il y a encore beaucoup de fausses informations qui circulent sur l'hépatite C et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang et sur la prévention et les options de traitement. L'un des avantages qu'offrent les nouveaux traitements contre l'hépatite C est qu'ils peuvent encourager les gens à se faire tester. Cependant, beaucoup de personnes continuent de croire que l'interféron – qui comporte de nombreux effets secondaires – demeure le principal traitement contre l'hépatite C, ce qui peut en dissuader beaucoup de subir un test de dépistage et d'envisager un traitement.

## **Rehausser la littératie sur l'équité en matière de santé chez les décideurs, les fournisseurs de services et dans la population canadienne**

Il existe un besoin d'élaborer une compréhension plus claire et plus cohérente du langage et de la fonction de l'équité en matière de santé ainsi que les déterminants sociaux de la santé et de l'hépatite C. Plus spécifiquement, il existe un besoin :

- D'établir une compréhension claire des concepts et de la dynamique de l'équité en matière de santé et des déterminants sociaux de la santé.
- D'élaborer une compréhension claire des déterminants sociaux de la santé et de l'hépatite C et d'effectuer une analyse cohérente de la manière dont l'épidémie d'hépatite C est reliée aux questions touchant l'équité en matière de santé.
- De mettre au point des outils pour intégrer l'équité en matière de santé à la pratique et d'élaborer des mécanismes pour partager des études de cas et des pratiques exemplaires.

## **Rehausser le renforcement des systèmes communautaires et des capacités chez les populations les plus touchées, les fournisseurs de services et les décideurs**

Il existe un besoin d'élaborer une compréhension claire du cadre de renforcement des systèmes communautaires, et de renforcer les capacités en vue de participer à des initiatives de renforcement des systèmes communautaires. Plus précisément, il existe un besoin :

- D'établir une compréhension claire du concept et de la dynamique du renforcement des systèmes communautaires.
- D'élaborer des outils pour la schématisation et les analyses des systèmes de santé locaux et régionaux.
- D'élaborer des outils et des pratiques exemplaires pour la défense des intérêts, l'établissement de relations inter-mouvements et la mobilisation d'intervenants de tous les secteurs.
- D'élaborer des mécanismes pour partager des études de cas d'initiatives fructueuses de renforcement des systèmes communautaires, y compris les leçons tirées du mouvement du VIH.

## 3.4 Orientations prioritaires pour des populations distinctes

Bien que les programmes hépatite C pour chacune et toutes les populations prioritaires qui ont été abordés lors du Dialogue délibératif possédaient plusieurs caractéristiques communes, d'importantes réalités et priorités ont également été cernées pour chaque population distincte. Comme indiqué dans les recommandations structurelles, il est essentiel que l'intervention nationale en matière d'hépatite C comprenne des approches différentes conçues par et pour chaque population prioritaire. Des présentations et des discussions pour chaque population distincte au Dialogue délibératif ont permis de cerner des orientations prioritaires préliminaires pour les peuples autochtones, les personnes qui s'injectent des drogues, les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada, ainsi que les adultes âgés. Ces orientations sont décrites ci-dessous.

### 3.4.1 Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les peuples autochtones

Il est essentiel d'apprécier l'énorme diversité culturelle, linguistique et socio-économique d'une communauté autochtone à l'autre et à l'intérieur d'une même communauté puisque plus de la moitié de la population autochtone vit dans des centres urbains et qu'il y a une forte migration entre les régions urbaines et non urbaines. Il y a des variations significatives dans les modèles de programmes intégrés autochtones en raison des questions complexes liées aux secteurs de compétence et des incompatibilités dans les politiques et les ententes d'autonomie gouvernementale au pays. Il y a des programmes dans les réserves et hors réserve; des programmes en milieu urbain, en milieu rural et en région reculée; des programmes de compétence fédérale, provinciale et territoriale; des fournisseurs de services multiples, des normes de santé multiples et de multiples bailleurs de fonds.

#### Vision d'un modèle de soins pour l'hépatite C pour les peuples autochtones

La contextualisation locale et culturelle de tout modèle est critique, mais les éléments suivants appuient une vision commune d'un modèle de soins efficace et pertinent en matière d'hépatite C pour les peuples autochtones.

Des structures doivent être élaborées et dirigées par les peuples des Premières Nations, des Métis et des Inuits en vue d'éliminer le fardeau disproportionné d'hépatite C au sein des peuples autochtones en établissant, pour cette population, des cibles de santé qui surpassent celles établies pour l'ensemble de la population canadienne. Cet accent prononcé sur les résultats de santé des populations prioritaires et les investissements connexes sont connus sous le terme « equity plus »<sup>17</sup> dans la prestation de services de prévention, de dépistage, de soins, de traitement et de soutien en vue d'atteindre un objectif zéro (« Achieving zero »).<sup>18</sup>

- Les approches autochtones et pluridisciplinaires :
  - sont ancrées dans les déterminants autochtones de la santé (y compris le racisme colonial et l'exclusion sociale);
  - offrent des modèles de soins diversifiés et partagés – soins primaires, itinérants, en milieu communautaire; télémédecine; soutien par des spécialistes appropriés;
  - accordent la priorité à la main-d'œuvre autochtone, y compris les courtiers et les navigateurs en santé (qui sont autochtones mais pas nécessairement de la communauté en question).

<sup>17</sup> « Equity plus » (équité plus) est un terme utilisé pour décrire l'objectif d'obtenir, pour les populations prioritaires, des résultats de santé qui sont non seulement égaux à ceux de l'ensemble de la population, mais qui les surpassent. Cela suppose d'accorder une attention particulière aux résultats de santé de ces populations et d'y investir de façon spécifique.

<sup>18</sup> « Achieving zero » (l'atteinte d'un objectif zéro) est un terme qui désigne l'objectif d'éliminer la surreprésentation des peuples autochtones et autres populations mal desservies dans les données sur les disparités de santé.

- Les approches équitables et à facettes multiples :
  - offrent la prestation de soins intégrés et sont structurées de manière à permettre aux praticiens de passer le temps nécessaire pour aborder adéquatement les besoins particulièrement complexes de nombreux clients autochtones;
  - offrent des services intégrés de prévention, de dépistage, de traitement et de soins pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang – services qui sont fournis soit par l’intégration de services ou par la collaboration de programmes;
  - comprennent une éducation appropriée et un arrimage à des soins après dépistage;
  - facilitent l’accès à un traitement contre l’hépatite C d’après l’état de préparation du client au lieu des critères d’admissibilité cliniques (degré de fibrose, nombre de séances de traitement) ou des critères financiers.
- Les approches holistiques et culturellement sécuritaires :
  - offrent des programmes holistiques et culturellement sécuritaires – le terme « culture » ayant une définition large incluant le sexe, l’expérience vécue et les croyances culturelles traditionnelles;
  - font intervenir les processus et les modes de connaissance et de guérison autochtones;
  - fournissent des soins qui tiennent compte des traumatismes – y compris les traumatismes historiques, collectifs et intergénérationnels
- Les approches géographiquement souples et adaptables :
  - s’adaptent aux populations rurales et urbaines hautement mobiles et établissent des liens entre celles-ci
- Les approches collaboratives intersectorielles :
  - créent des liens officiels avec d’autres secteurs (p. ex., des liens avec les services correctionnels sont nécessaires, étant donné la surreprésentation des peuples autochtones dans les populations carcérales).

### **Recommandations pour aborder l’hépatite C au sein des communautés autochtones**

- Établir un exercice de schématisation autochtone national pour recueillir des données sur les modèles autochtones, y compris des modèles en milieu urbain, rural, mobile, en région reculée, dans les réserves et hors réserve. Ces modèles doivent être partagés et utilisés comme guides pour créer des programmes adaptables.
- Créer une stratégie autochtone nationale en matière d’hépatite C afin de fournir un cadre d’action pour les peuples et les communautés autochtones, ainsi que les fournisseurs de soins de santé et les gouvernements.
- Investir dans des programmes et des services holistiques et culturellement sécuritaires, tant à l’échelon individuel qu’organisationnel.
- Investir dans des programmes fondés sur les processus et les modes de connaissance et de guérison autochtones.

### **Outils, ressources et soutiens**

- Il faudra un outil pour schématiser les services d’un bout à l’autre du pays.
- Des cliniques de dépistage mobiles seront nécessaires pour augmenter les taux de dépistage. On devrait offrir une éducation et un arrimage à des soins après dépistage.
- On devrait entretenir des liens officiels avec les services correctionnels fédéraux et provinciaux et territoriaux.

- Les modèles de programmes d'entraide devraient être partagés.
- Les autorités sanitaires nationales et internationales devront recueillir et interpréter les données autochtones spécifiques et adopter une approche « equity plus » établissant des cibles précises quant au nombre de personnes autochtones qui se font tester, qui suivent un traitement et qui se prévalent des services, au lieu d'avoir simplement des cibles générales pour l'ensemble de la population et ainsi possiblement rater des différences pour des populations distinctes.
- Des ressources éducatives dans le domaine de la santé devraient être offertes dans plusieurs langues autochtones.

### 3.4.2 Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues<sup>19</sup>

L'utilisation de drogues injectables se produit chez les deux sexes, dans différents groupes d'âge et différentes races, cultures et classes socioéconomiques, ainsi qu'en milieu urbain et rural. Les personnes qui s'injectent des drogues sont diversifiées et les modèles de programmes hépatite C devront s'adapter à la communauté particulière qu'ils desservent. Les services de réduction des méfaits varient d'un secteur de compétence à l'autre (fédéral, provincial/territorial) et les modèles devront s'adapter aux services, aux programmes et aux infrastructures spécifiques à chaque endroit.

#### **Vision d'un modèle de soins pour l'hépatite C pour les personnes qui s'injectent des drogues**

La contextualisation locale et culturelle de tout modèle est critique, mais les éléments suivants appuient une vision commune d'un modèle de soins efficace et pertinent en matière d'hépatite C pour les personnes qui s'injectent des drogues. Les modèles de soins primaires offerts dans la communauté constituent un élément central de la vision. Ces modèles devraient tenir compte de la personne tout entière et devraient inclure les éléments suivants :

- Les modèles de soins devraient être continus afin que les patients puissent poursuivre leurs soins pour une durée indéfinie (c.-à-d. il ne s'agit pas seulement de suivre un traitement contre l'hépatite C, mais d'aborder tous les aspects des soins pour la personne qui s'injecte des drogues). L'un des objectifs est d'amener la personne qui s'injecte des drogues à établir une relation soutenue avec les soins primaires, ce qui peut signifier de continuer à s'impliquer une fois le traitement terminé, de participer à des groupes de soutien, d'animer des groupes de soutien et de devenir un membre du personnel ou de continuer à subir des tests de dépistage de façon régulière.
- Les organismes communautaires font partie du modèle et sont directement reliés à la clinique.
- Un financement provenant d'autres sources permet d'instaurer des modèles de rémunération fondés sur le salaire au lieu d'une rémunération à l'acte.
- Le modèle devrait être dirigé par des pairs et par des personnes ayant une expérience vécue. Il peut inclure :
  - des programmes conçus et dirigés par des pairs;
  - des conseils consultatifs formés de patients et de clients;
  - des travaux de recherche et d'évaluation dirigés par des pairs;
  - des partenariats avec des organismes dirigés par des pairs;
  - des pairs navigateurs en santé;

<sup>19</sup> Au Dialogue délibératif, deux groupes séparés ont discuté des orientations prioritaires pour les personnes qui s'injectent des drogues. Cette section résume et intègre les constatations issues de ces deux groupes.

- des activités soutenues d'apprentissage et de formation sur les pratiques exemplaires dans le travail des pairs;
- une solide composante de développement des connaissances (elle peut servir de base à l'élaboration de programmes d'études et de cours de formation);
- une approche axée sur des équipes pour le développement et l'échange des connaissances;
- des connaissances et une formation qui abordent les idées fausses qu'entretiennent les fournisseurs de soins de santé à l'égard des personnes qui s'injectent des drogues.
- Le modèle devrait fournir des soins axés sur le client, en vertu desquels le client dirige et guide l'équipe qui fournit les services.
- Le travail de proximité dans la communauté/rue est intégré au modèle :
  - Les pairs et les travailleurs communautaires guident les services de proximité.
  - La zone de recrutement peut être élargie, et inclure des régions rurales et reculées.
  - Le travail de proximité peut être utilisé pour élargir le dépistage.
  - Il doit y avoir des capacités suffisantes dans le modèle de soins primaires pour accepter les recommandations de la part de l'équipe de proximité pour les personnes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage.
  - De solides relations doivent être établies entre les travailleurs de proximité et les fournisseurs de soins cliniques, avec un accent particulier sur les messages cohérents, la communication soutenue et un processus d'aiguillage homogène.
  - Le travail de proximité peut s'effectuer dans les prisons et les partenariats peuvent être établis avec des groupes de pairs à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des prisons.
- Le modèle devrait respecter fidèlement les principes de réduction des méfaits :
  - Le milieu devrait être dénué de stigmatisation et de jugement; les personnes qui s'injectent des drogues y sont les bienvenues; elles participent à la conception et à la réalisation des programmes; elles font partie de l'équipe du personnel.
  - Du matériel sécuritaire est disponible sur place et on fait de la sensibilisation à l'utilisation sécuritaire de drogues.
  - On utilise du matériel sécuritaire et une approche de réduction des méfaits lorsqu'on travaille dans les prisons.<sup>20</sup>
- On a recours à une approche d'équipe pluridisciplinaire :
  - Parmi les rôles clés, citons des spécialistes en traitement des dépendances, des conseillers en santé mentale, des travailleurs communautaires et de proximité, des médecins de famille et des spécialistes en traitement de l'hépatite C.
- Des modèles de traitement de l'hépatite C dirigés par un personnel infirmier sont un élément central :
  - Le personnel infirmier devrait être habilité et appuyé pour assumer un rôle de leadership dans la coordination des diverses sortes de soins et de soutien dont les personnes vivant avec le VHC ont besoin. Cela permet de centraliser les soins en dehors des cliniques spécialisées, qui peuvent être inaccessibles ou plus rigides dans leur structure.

<sup>20</sup> Betteridge G, Dias G. *Hard times: HIV and hepatitis C prevention programming for prisoners in Canada. Canadian HIV/AIDS Legal Network and Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN.)* 2007. Disponible à l'adresse : [http://www.pasan.org/Toolkits/Hard\\_Time.pdf](http://www.pasan.org/Toolkits/Hard_Time.pdf)

- Les initiatives de renforcement des systèmes communautaires sont des composantes importantes du modèle :
  - On devrait investir dans l'acquisition de compétences, l'établissement de partenariats et le développement d'aptitudes chez les clients et le personnel pour qu'ils puissent analyser les causes profondes des iniquités en matière de santé et se mobiliser pour apporter des changements à l'échelon des systèmes.
  - L'intervention devrait être dirigée par des personnes ayant une expérience vécue.
  - Action Hépatites Canada est un organisme clé, de même que les organismes autochtones et les organismes dirigés par et pour des personnes qui s'injectent des drogues.

### **Recommandations pour aborder l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues**

- Veiller à ce que le traitement contre l'hépatite C soit offert gratuitement et soit accessible à toute personne qui se montre prête à l'entamer.
- Investir dans des programmes axés sur les pairs et dans des programmes de réduction des méfaits dans tous les milieux.
- Investir massivement dans la prévention par la distribution de matériel d'injection, l'éducation, le dépistage et le traitement auprès des personnes qui courent un risque élevé d'infection.
- Dans la stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C, créer une section spéciale élaborée par et pour les personnes qui s'injectent des drogues.

### **Outils, ressources et soutiens**

- On devrait élaborer des occasions de formation et des ressources sur les modèles dirigés par les pairs (tenir compte des modèles existants, y compris le modèle de développement du leadership en VIH mis au point par le Ontario AIDS Network et le Pacific AIDS Network).
- On devrait aider les personnes qui s'injectent des drogues à mettre au point des ressources anti-stigmatisation et des pratiques exemplaires à l'intention des personnes qui travaillent de près avec cette population.
- Des ressources aptes à renforcer les capacités et le leadership des systèmes communautaires devraient être élaborées, surtout par et pour les personnes qui vivent avec l'hépatite C.
- On devrait recueillir des données épidémiologiques liées à cette population prioritaire.
- On devrait chercher à forger des partenariats audacieux et pertinents avec des services correctionnels provinciaux/territoriaux et fédéraux, et avec des organismes de santé de pairs dirigés par des détenus. On peut s'inspirer des modèles actuels de soins liés à l'hépatite C dans les prisons .
- On devrait forger des partenariats avec des chercheurs afin de réaliser, à titre pilote, des programmes novateurs et susceptibles de créer de la controverse.

### **3.4.3 Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada en provenance de pays à prévalence élevée**

Bien que les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada soient en meilleure santé que leurs homologues canadiens à leur arrivée (l'effet de l'immigrant en santé<sup>21</sup>), certains travaux de recherche ont indiqué que plus une personne réside au Canada longtemps, plus son état de santé se détériore. Des études indiquent que la

<sup>21</sup> Gushulak B, Pottie K, Roberts J, et al. Migration and health in Canada: Health in the global village. CMAJ. Sept. 2011;183(12):E952-E958.

santé des immigrants et des nouveaux arrivants au Canada se détériore avec le temps à cause de nombreux facteurs dont la pauvreté, le stress et les obstacles structurels à l'accès aux services de santé et à la réception de soins culturellement appropriés. Les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada ont moins souvent recours à des services de santé que les personnes nées au Canada et c'est particulièrement vrai dans le cas des réfugiés et des personnes qui n'ont pas de statut ou de documents d'immigration en règle. Les programmes d'études médicales ne peuvent pas suivre le profil démographique changeant du pays. Ces facteurs créent des défis uniques qui doivent être examinés.

La stigmatisation associée à l'hépatite est moins répandue chez les groupes de population d'immigrants et de nouveaux arrivants que chez les personnes nées au Canada parce que dans plusieurs des pays d'origine des immigrants et nouveaux arrivants l'hépatite B et l'hépatite C se transmettent surtout par l'entremise des systèmes médicaux. Dans bon nombre de communautés immigrantes, l'hépatite C est considérée comme une maladie chronique.

### **Vision d'un modèle de soins intégré pour les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada**

La contextualisation locale et culturelle de tout modèle est critique, mais les éléments suivants appuient une vision commune d'un modèle de soins efficace et pertinent en matière d'hépatite C pour les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada.

- Les carrefours des communautés immigrantes devraient servir de centres névralgiques pour les programmes et les services liés à l'hépatite C. Ces carrefours comprennent les agences spécialisées en établissement, les services sociaux et de soins primaires pour nouveaux arrivants, y compris les réfugiés et les personnes qui n'ont pas de papiers d'immigration en règle. Ils peuvent être intégrés en un modèle à guichet unique et faire des recommandations plus formelles vers des services spécialisés au-delà de leurs champs d'action immédiats.
- Les modèles pluridisciplinaires et familiaux de soins de santé des immigrants devraient être fondés sur les éléments suivants :
  - des soins de santé axés sur la famille et qui abordent tous les besoins de l'utilisateur de services de façon intégrée et détaillée;
  - un personnel et des services capables d'aborder les questions d'accessibilité et d'accessibilité financière des traitements et également fournir des services de traduction et d'interprétation sur place;
  - des partenariats avec des programmes et services pour des soutiens connexes comme l'établissement, la langue, les soins de garde, l'alphabétisation et la formation professionnelle qui abordent les conditions et les besoins sociaux plus larges des nouveaux arrivants.
- Les capacités de sécurité culturelles/interculturelles et les services d'interprétation des hôpitaux et autres centres de santé traditionnels et des cliniques spécialisées devraient être améliorées. Cela suppose d'apprécier les modèles de santé non occidentaux et de communiquer sur la base des valeurs et des croyances des clients. Il est également important d'embaucher une main-d'œuvre qui reflète la diversité des populations de nouveaux arrivants.
- On devrait établir d'autres modèles de financement pour les services spécialisés, y compris une rémunération salariale au lieu d'une rémunération à l'acte, ce qui donne aux fournisseurs de soins de santé la latitude nécessaire pour prendre le temps de prodiguer des soins culturellement appropriés.
- On devrait établir des stratégies pour les utilisateurs de services non assurés, y compris les réfugiés et les personnes qui n'ont pas les documents d'immigration requis. Cela pourrait inclure des ententes sectorielles avec des hôpitaux, la collecte commune de données et des mécanismes de partage des ressources.

## **Recommandations pour aborder l'hépatite C chez les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada : outils, ressources et soutiens**

- Privilégier les investissements dans les carrefours communautaires des grands centres urbains où il y a d'importantes populations de nouveaux arrivants.
- Inclure des renseignements sur l'aiguillage et le dépistage de l'hépatite C dans les trousseaux d'établissement et d'orientation pour nouveaux arrivants offertes dans les agences d'établissement.
- Mettre l'accent sur les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada dans les stratégies provinciales/territoriales et nationales relatives à l'hépatite C (cesser de se concentrer uniquement sur l'incidence de la maladie). Former les fournisseurs de soins de santé à la prestation de soins culturels et sécuritaires, à la communication interculturelle et aux modèles de soins non occidentaux.
- Embaucher une main-d'œuvre qui reflète la diversité des communautés canadiennes.

### **3.4.4 Orientations prioritaires pour aborder l'hépatite C chez les adultes âgés**

#### **L'hépatite C et les adultes âgés**

Les adultes âgés représentent une population extrêmement hétérogène et les efforts d'élaboration de programmes à leur intention doivent comprendre une diversité d'approches et de stratégies.

#### **Vision d'un modèle de soins intégré pour les adultes âgés**

La contextualisation locale et culturelle de tout modèle est critique, mais les éléments suivants appuient une vision commune d'un modèle de soins efficace et pertinent en matière d'hépatite C pour les adultes âgés.

Toute personne vivant avec l'hépatite C devrait :

- Savoir qu'elle vit avec l'hépatite C;
- Avoir des choix quant aux soins, aux traitements et au soutien qu'elle reçoit;
- Avoir accès à des soins, à un traitement et à un soutien appropriés et sans obstacles.

#### **Recommandations pour les adultes âgés : outils, ressources et soutiens**

- Lancer, dans les meilleurs délais possibles, une campagne de sensibilisation financée à partir des fonds publics et destinée spécialement aux adultes âgés et à leurs fournisseurs de services dans le but de les informer de façon générale et, plus spécifiquement, de souligner l'importance des soins (dépistage et diagnostic) et des traitements d'urgence, et du soutien social.
- Assurer un accès facile à des tests de dépistage et à des soins grâce à des approches novatrices en matière de soins, de counseling et de soutien social (non limitées à des interventions pharmacologiques ou restreintes par celles-ci).
- Mettre l'accent sur l'âge du virus au lieu de se concentrer uniquement sur l'âge de la personne.
- Favoriser une sensibilisation accrue aux options en matière de traitement et s'assurer que les modèles mettent l'accent sur la santé mentale et le bien-être plutôt que sur une intervention purement pharmacologique spécifique à l'hépatite.
- Mettre sur pied des groupes d'entraide et de soutien pour les adultes âgés.
- Sensibiliser davantage les médias traditionnels afin de déstigmatiser et de normaliser l'hépatite C.
- Rehausser le profil des personnes qui ont une expérience vécue de l'hépatite C et qui sont disposées à agir comme champions publics et à partager leurs témoignages.
- Élaborer une stratégie nationale en matière d'hépatite C avec une approche spécifique aux adultes âgés.

## 4. Limitations du dialogue délibératif

Les participants ont reconnu que le dialogue délibératif avait d'importantes limitations.

Bien que l'intention du dialogue délibératif était de discuter de différentes approches pour les soins de l'hépatite C pour les populations prioritaires, il n'y avait pas suffisamment de temps pour discuter de tous les modèles et/ou de toutes les populations prioritaires. Il est à noter qu'aucun modèle dirigé par des Autochtones n'a été officiellement présenté, seulement des modèles dirigés par des personnes non autochtones qui travaillent avec des peuples autochtones. Des modèles dirigés par des Autochtones ont été partagés avec les participants pendant les discussions, mais pas pendant les présentations formelles.

De plus, aucun modèle conçu pour les détenus n'a été présenté, et aucun groupe ou organisme travaillant dans les prisons n'était représenté au Dialogue.

## 5. Remerciements

CATIE remercie les participants à la réunion et les conseillers en matière de contenu pour leur contribution à cet événement.

Le financement pour le Dialogue délibératif a été fourni par l'Agence de la santé publique du Canada et les programmes de lutte contre le sida et l'hépatite C de la Direction générale des programmes provinciaux du ministère de la Santé et des soins de longue durée, Ministère de la Santé de l'Ontario.

# Annexe I

## Liste des conseillers et participants à la réunion

### **Altenberg, Jason\***

Director of Programs and Services  
South Riverdale Community Health Centre  
Toronto, ON  
jaltenberg@srchc.com

### **Anderson, Scott**

Hepatitis C Researcher/Writer  
Recherchiste/Rédacteur, Hépatite C  
CATIE  
Toronto, ON  
sanderson@catie.ca

### **Atkinson, Jacqueline**

Hepatitis C Program Lead, RN  
North End Community Health Centre  
Halifax, NS  
atkinson.jacqueline@gmail.com

### **Bailey, Michael**

Director, Program Delivery  
Directeur, Réalisation des programmes  
CATIE  
Toronto, ON  
mbailey@catie.ca

### **Bailey, Geri**

Manager Health Policy and Programs  
Pauktuutit Inuit Women of Canada  
Ottawa, ON  
gbailey@pauktuutit.ca

### **Beauchemin, Roxane\***

Directrice des services cliniques  
CACTUS Montréal  
Montréal, QC  
roxanebeauchemin@cactusmontreal.org

### **Bélanger, Hélène**

ID RN/ Hep C TX RN  
Yukon Communicable Disease Control  
Whitehorse, YK  
helene.belanger@gov.yk.ca

### **Bennett, Ed\***

Community Readiness Project Supervisor  
Réseau canadien autochtone du sida  
Membre de Action hépatites Canada  
Toronto, ON  
edb@caan.ca

### **Bissonnet, Hugo**

Directeur général  
Centre Sida Amitié  
St-Jérôme, QC  
direction@csalaurentides.com

### **Broeckert, Logan**

Researcher/Writer  
Recherchiste/Rédactrice  
CATIE  
Toronto, ON  
lbroeckert@catie.ca

**Challacombe, Laurel**

Manager, Research, Evaluation and Knowledge  
Management  
Gestionnaire, Recherche/évaluation et gestion des  
connaissances  
CATIE  
Toronto, ON  
lchallacombe@catie.ca

**Clement, Ken\***

CEO  
Canadian Aboriginal AIDS Network  
Vancouver, BC  
KenC@CAAN.CA

**Cook, Adam**

Policy Researcher  
Canadian Treatment Action Council  
Toronto, ON  
adam@ctac.ca

**Cooper, Curtis**

Associate Professor, University of Ottawa, The  
Ottawa Hospital, Infections Diseases  
Director, Ottawa Hospital and Regional Hepatitis  
Program  
Ottawa, ON  
ccooper@toh.on.ca

**Densmore, Carla**

Executive Director  
HepNS  
Halifax, NS  
director@hepnns.ca

**Dickie, Melisa**

Manager, Program Development  
Gestionnaire, Développement des programmes  
Membre de Action hépatites Canada  
CATIE  
Toronto, ON  
mdickie@catie.ca

**Edmiston, Laurie**

Executive Director  
Directrice générale  
CATIE  
Toronto, ON  
ledmiston@catie.ca

**Frenchman, Clarence**

Nurse in Charge/HIV Coordinator  
Ahtahkakoop Health Center  
Mont Nebo, SK  
clarencemfrenchman@acn104.ca

**Gale-Rowe, Margaret**

Manager, Community Associated Infections,  
Professional Guidelines and Public Health Practice  
Division, Centre for Communicable Diseases and  
Infection Control, Public Health Agency of Canada  
Gestionnaire, Section des Infections associées  
dans la collectivité, Division des lignes directrices  
professionnelles et des pratiques de santé publique,  
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles  
et les infections, Agence de la santé publique du  
Canada  
Ottawa, ON  
margaret.galerowe@phac-aspc.gc.ca

**Gallagher, Lesley**

Hepatitis C Nurse Clinician  
Canadian Association of Hepatology Nurses  
Membre de Action hépatites Canada  
Saskatoon, SK  
lesley.gallagher@vch.ca

**Gauvin, Holly**

Executive Director  
Elevate NWO  
Thunder Bay, ON  
hgauvin@elevatenwo.org

**Greenaway, Chris**

Staff Physician  
Jewish General Hospital, McGill University  
Montreal, QC  
ca.greenaway@mcgill.ca

**Hirsch, GERALYNN ( Geri)**

Nurse Practitioner  
Capital District Health Authority  
Halifax, NS  
geri.hirsch@cdha.nshealth.ca

**Hudon, Karine\***

Direction générale  
L'Association Québécoise pour la promotion de  
la santé des personnes utilisatrices de drogues  
(AQPSUD)  
Montréal, QC  
aqpsud@gmail.com

**Hughes, Bob**

Executive Director  
ASK Wellness Society  
Kamloops, BC  
bob@askwellness.ca

**Isbister, Tany**

Home Care Nurse Coordinator  
Ahtahkakoop Health Center  
Prince Albert, SK  
tanysisbister@acn104.ca

**Jackson, Ed**

Director, Program Development  
Directeur, Développement des programmes  
Membre de Action hépatites Canada  
CATIE  
Toronto, ON  
ejackson@catie.ca

**Janjua, Naveed**

Senior Scientist  
BC Centre for Disease Control  
Vancouver, BC  
naveed.janjua@bccdc.ca

**Johnston, Christie**

Manager, Community Prevention Programs  
Gestionnaire, Programmes communautaires de  
prévention  
CATIE  
Toronto, ON  
cjohnston@catie.ca

**Kanigan, Elena**

Strategic Policy Lead for HIV/AIDS  
First National Health Authority (BC)  
Victoria, BC  
Elena.Kanigan@fnha.ca

**King, Alexandra\***

MD, Vancouver Infectious Diseases Centre (VIDC)  
PhD Student, CIHR CTN James Kreppner  
Postdoctoral Fellow  
Simon Fraser University, CIHR Canadian HIV  
Trials Network  
Vancouver, BC  
alexandra.king@ubc.ca

**King, Malcom**

Scientific Director, CIHR Institute of Aboriginal  
Peoples' Health  
Professor, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser  
University  
Adjunct Professor, Department of Public Health  
Sciences, University of Alberta  
malcolm\_king@sfu.ca

**Kirkland, Susan**

Professor  
Dalhousie University  
Halifax, NS  
susan.kirkland@dal.ca

**Klassen, Carolyn**

President/CEO  
Canadian Association of Hepatology Nurses (CAHN)  
Vancouver, BC  
cahn.prez@gmail.com

**LeBlanc, Marc-André**

Facilitator  
Animateur  
Gatineau, QC  
maleblanc27@gmail.com

**Luster, Daryl\***

President  
Pacific Hepatitis C Network  
Membre de Action hépatites Canada  
Richmond, BC  
dluster@telus.net

**McGee, Frank**

Manager, AIDS and Hep C Programs  
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care  
North York, ON  
frank.mcgee@ontario.ca

**Mehta, Shruti**

Professor  
Johns Hopkins University  
Baltimore, MD  
smehta@jhu.edu

**Mersilian, Laurence**

Directrice  
Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C  
(CAPAHC)  
Montreal, QC  
direction@capahc.com

**Milligan, Robert Sam\***

Blood Borne Pathogens Navigator  
Northern Health  
Prince George, BC  
robert.milligan@northernhealth.ca

**Mutta, Baldev\***

Chief Executive Officer  
Mississauga, ON  
baldev@pchs4u.com

**Patey, Shane**

Executive Director  
Canadian Treatment Action Council  
Toronto, ON  
shane@ctac.ca

**Pindera, Carla**

Manager of Clinical Programs  
Nine Circles Community Health Centre  
Winnipeg, MB  
cpindera@ninecircles.ca

**Potkonjak, Billie**

National Director of Health Promotion and Patient  
Services  
Canadian Liver Foundation  
Markham, ON  
bpotkonjak@liver.ca

**Potts, Jeff\***

National Programs Consultant, Canadian AIDS  
Society  
Conseiller des programmes nationaux, La Société  
canadienne du sida  
Ottawa, ON  
jeffp@cdnaids.ca

**Raghunauth, Jadunauth\***

Program Coordinator  
WellFort CHS  
Brampton, ON  
jadunauth.raghunauth@wellfort.ca

**Reitz, Cheryl\***

Board Secretary, Action hépatites Canada  
HepCBC Hepatitis C Education and Prevention  
Society  
Victoria, BC  
cherylreitz.hepcbc@gmail.com

**Rice, Jeff**

Hep C Program Coordinator  
Coordonnateur, Programme hépatite C  
CATIE  
Toronto, ON

**Rogers, Timothy**

Director, Knowledge Exchange  
Directeur, Échange des connaissances  
CATIE  
Toronto, ON  
trogers@catie.ca

**Stang, Laurel**

Supervisor, Communicable Disease/Sexual Health  
Program  
Regina Qu'Appelle Health Region  
Regina, SK  
laurel.stang@rqhealth.ca

**Steingart, Chris**

Executive Director  
Sanguen Health Centre  
Waterloo, ON  
csteingart@sanguen.com

**Strike, Carol**

Associate Professor  
University of Toronto  
Toronto, ON  
Carol.strike@utoronto.ca

**Summers, Marcie**

Executive Director  
Positive Women's Network  
Vancouver, BC  
marcies@pwn.bc.ca

**Tanveer, Fozia**

Coordinator, Hepatitis C Ethnocultural Education  
and Outreach  
Coordonnatrice, Hépatite C, sensibilisation et  
éducation ethnoculturelles  
CATIE  
Toronto, ON  
ftanveer@catie.ca

**Tuscano, Hywel**

Coordinator, Hepatitis C Ethnocultural Education  
and Outreach  
Coordonnateur, Hépatite C, sensibilisation et  
éducation ethnoculturelles  
CATIE  
Toronto, ON  
htuscano@catie.ca

**Terra Tynes**

Community Support Worker  
Toronto Community Hep C Program  
TTynes@srhc.com

**Watson Waddington, Lynda**

Hepatitis C Nurse Clinician  
CUPS Medical Clinic  
Calgary, AB  
lyndaw@cupscalgary.com

**Wertheimer, Sophie**

Regional Health Education Coordinator  
Coordonnatrice régionale de l'éducation en matière  
de santé  
CATIE  
Toronto, ON  
swertheimer@catie.ca

**Yetman, Gerard\***

Executive Director  
AIDS Committee of Newfoundland & Labrador  
St. John's, NL  
gyetman@acnl.ne

\* Conseillers en matière de contenu

# Annexe II

## Ordre du jour de la réunion

### Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C (VHC)

**Mercredi 11 février 2015**

Hôtel Delta Toronto • Salle de bal Kensington, Quartier des finances du sud du centre-ville, 75, rue Lower Simcoe, Toronto, ON

La première journée du *Dialogue délibératif* sera axée sur les différentes approches des programmes et services intégrés en matière de VHC. De brèves présentations souligneront des modèles de collaboration de programmes et d'intégration de services qui répondent aux besoins exhaustifs des personnes à risque pour le VHC et qui en ont une expérience vécue. Dans l'après-midi, nous nous concentrerons sur la façon dont nous pourrions penser différemment aux modèles de traitement intégrés en matière de VHC afin de satisfaire à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec le VHC. De courtes présentations sur les programmes de traitement personnalisés pour le VHC serviront de point de départ à nos discussions.

Heure	
7 h 45 - 8 h 30	<b>Inscription et déjeuner</b>
8 h 30 - 9 h 15	<b>Mot de bienvenue, présentations et aperçu du rôle de CATIE</b> Laurie Edmiston, directrice générale, CATIE Marc-André LeBlanc, animateur de la réunion  <b>Bienvenue sur le territoire traditionnel</b> Dr Malcolm King, un membre de la Première nation des Mississaugas de New Credit, et directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones des IRSC  <b>Ouverture de la réunion</b> Ed Bennett, superviseur du projet Préparation de la communauté, Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)
9 h 15 - 10 h	<b>Continuum des soins pour le VHC : prévention, dépistage, traitements et soins</b> Shruti H. Mehta, Ph.D., MPH, professeure, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
10 h - 10 h 15	<b>Pause</b>
10 h 15 - 11 h 15	<b>Approches intégrées de santé communautaire en milieu urbain : Études de divers modèles</b>  Cinq présentations de 10 minutes suivies par une discussion en grand groupe. <ul style="list-style-type: none"><li>• Halifax : Jacqueline Atkinson, responsable du programme de VHC, IA, North End Community Centre</li><li>• Toronto : Jason Altenberg, directeur des programmes et services, South Riverdale Community Health Centre</li><li>• Winnipeg : Carla Pindera, gestionnaire des programmes cliniques, Nine Circles Community Health Centre</li><li>• Calgary : Lynda Watson Waddington, infirmière clinicienne en hépatite C, Calgary Urban Project Society (CUPS)</li><li>• St-Jérôme : Hugo Bissonnet, directeur général, Centre Sida Amitié</li></ul>

11 h 15 – 12 h 15	<p><b>Discussion animée</b> Les participants discuteront du développement et de la mise en œuvre des approches intégrées en matière de VHC, et examineront les forces, les enjeux et les opportunités des différentes approches.</p>
12 h 15 – 13 h 15	<p><b>Dîner</b></p>
13 h 15 – 14 h 05	<p><b>Approches intégrées en santé communautaire dans les régions à faible densité</b></p> <p>Quatre présentations de 10 minutes suivies par une discussion en grand groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kamloops/Merritt, British Columbia: Bob Hughes, Executive Director, ASK Wellness Society</li> <li>• Yukon: Hélène Bélanger, RN, BScN, Infectious Diseases and HCV Treatment Nurse, Yukon Communicable Diseases Control</li> <li>• Saskatoon, Saskatchewan: Lesley Gallagher, HCV Nurse Clinician, Saskatoon Infectious Disease Care Network</li> <li>• Thunder Bay, Ontario: Holly Gauvin, Executive Director, Elevate NWO (formerly AIDS Thunder Bay)</li> </ul>
14 h 05 – 15 h	<p><b>Discussion animée</b> Participants will discuss the development and implementation of integrated HCV approaches, and discuss the strengths, challenges and opportunities presented by the various approaches.</p>
15 h – 15 h 15	<p><b>Pause</b></p>
15 h 15 – 16 h	<p><b>Élargir un modèle de traitement traditionnel du VHC pour répondre aux besoins exhaustifs des personnes vivant avec le VHC</b></p> <p>Deux présentations de 15 minutes suivies par une discussion en grand groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un modèle clinique intégré : Dr. Chris Steingart, directeur général, Sanguen Health Centre</li> <li>• Traitement intégré du VHC : Télémédecine et programme de liaison communautaire : Dr Curtis Cooper MD, FRCPC, directeur, Hôpital d'Ottawa et Programme régional sur l'hépatite virale</li> </ul>
16 h 15 – 17 h	<p><b>Discussion animée</b> Les participants discuteront de l'élargissement de modèles de traitement traditionnels pour répondre aux besoins exhaustifs des personnes vivant avec le VHC, des répercussions des nouveaux traitements pour le VHC sur leurs programmes et des leçons tirées des différentes approches.</p>
17 h – 17 h 15	<p><b>Conclusion de la première journée</b> Marc-André LeBlanc</p>
	<p><b>Réception de bienvenue à l'hôtel</b></p>

# Annexe II

## Ordre du jour de la réunion

### Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C (VHC)

#### Jeudi 12 février 2015

Hôtel Delta Toronto • Salle de bal Kensington, Quartier des finances du sud du centre-ville, 75, rue Lower Simcoe, Toronto, ON

La deuxième journée du Dialogue délibératif sera axée sur les approches en matière de services liés au VHC au niveau des populations. Un groupe de spécialistes donnera de brèves présentations pour synthétiser les priorités et les défis des populations distinctes. Les participants se regrouperont en petits groupes pour identifier les forces, les opportunités et recommandations prioritaires afin de faire progresser les programmes intégrés en matière de VHC au sein de populations distinctes. Un processus interactif et itératif permettra à chaque groupe de donner sa rétroaction et de mettre à profit les idées des autres pour parvenir à des recommandations définitives centrées sur les populations.

Heure	
8 h - 8 h 30	<b>Déjeuner</b>
8 h 30 - 9 h	<b>Retour sur la première journée et aperçu de la deuxième journée</b> Laurie Edmiston, directrice générale, CATIE Marc-André LeBlanc, animateur de la réunion
9 h - 10 h	<b>Aborder les différentes réalités et priorités : Une discussion au niveau des populations</b>  Cinq présentations de 10 minutes suivies par une discussion en grand groupe. <ul style="list-style-type: none"><li>• Personnes plus âgées : Daryl Luster, président, Pacific Hepatitis C Network</li><li>• Premières nations, Inuit et Métis : Alexandra King, MD, FRCPC, Première nation de Nipissing, interniste spécialisée en VIH et en hépatite C, Vancouver Infectious Diseases Centre; étudiante en doctorat, Université Simon Fraser</li><li>• Communautés d'immigrants et de réfugiés : Baldev Mutta, président-directeur général, Punjabi Community Health Services</li><li>• Personnes qui consomment des drogues : Karine Hudon, Direction générale, Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD)</li><li>• Personnes qui consomment des drogues : Terra Tynes, travailleuse de soutien communautaire, Toronto Community Hep C Program</li></ul>
10 h - 10 h 30	<b>Discussion animée</b> Les participants se serviront de leur propre expertise et de l'information tirée des présentations pour discuter des thèmes communs (qui se croisent et se chevauchent) parmi les populations.
10 h 30 - 10 h 45	<b>Pause</b>
10 h 45 - 12 h 15	<b>Discussion au niveau des populations en petit groupe</b> On répartira les participants en de petits groupes selon les cinq populations identifiées. Ils discuteront des manières de personnaliser les modèles de programmes pour répondre aux besoins de la population qu'on leur a attribuée, et imagineront les éléments clés d'un modèle de programme réussi pour celle-ci. On leur demandera d'élaborer des recommandations/priorités clés pour la population qu'on leur a attribuée.

12 h 15 – 13 h 15	<b>Dîner</b>
13 h 15 – 13 h 45	<b>Rapports des discussions en petit groupe</b> Chaque petit groupe présentera les éléments clés qu'il a identifiés; y compris les recommandations/priorités clés afin d'améliorer la prestation de programmes en matière de VHC. Plus tard dans la journée, les groupes recevront des rétroactions sur leur vision par l'intermédiaire d'une discussion animée.
13 h 45 – 14 h 35	<b>Discussion animée</b> Les participants discuteront des façons dont les éléments clés mis en valeur par les autres groupes se croisent et se chevauchent avec leurs groupes, ils discuteront des différences entre les populations et donneront des rétroactions sur les recommandations/priorités de chaque groupe.
14 h 35 – 14 h 45	<b>Photo de groupe dans le hall de l'hôtel</b>
14 h 45 – 15 h	<b>Pause</b>
15 h – 16 h	<b>Discussion au niveau des populations en petit groupe</b> Les participants entreprendront une réflexion sur les discussions qui se sont tenues en grand groupe, les rétroactions fournies par les autres groupes, et ils finaliseront leurs recommandations/priorités afin de faire avancer les programmes intégrés en matière de VHC.
16 h – 16 h 45	<b>Résumé : Prochaines étapes, conclusions, évaluation</b> <i>Marc-André LeBlanc, animateur de la réunion</i> <i>Laurie Edmiston, directrice générale, CATIE</i>

# Annexe III

## Liste des documents préliminaires

- CATIE. Document d'information : Contexte du Dialogue délibératif national de CATIE sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C, janvier 2015.
- Liste des webinaires préenregistrés <sup>22</sup> :
  - 1) Hépatite C : nouvelles thérapies et implications, 8 janvier 2015
  - 2) La transmission sexuelle de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 12 janvier 2015
  - 3) Faire sauter les obstacles au traitement du virus de l'hépatite C en ce qui concerne les personnes qui s'injectent des drogues (PID) : Survol de la 1ère série de recommandations internationales
  - 4) Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC et d'autres méfaits : Partie 1
  - 5) L'hépatite C chez les migrants : un groupe sous-évalué et à risque accru, 19 janvier 2015
  - 6) Surveillance et épidémiologie de l'Hépatite C au Canada, 20 janvier 2015

<sup>22</sup> Les webinaires préenregistrés sont disponibles à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/paysage-changeant-hepatite-c>

# Annexe IV

## Résultats de l'évaluation

Des formulaires d'évaluation ont été distribués aux participants. Le taux de réponse était très élevé, soit 81 % (34/42).

L'événement était pertinent pour tous les participants. La pertinence a été évaluée grâce aux indicateurs suivants :

- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le dialogue était approprié pour eux.
- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils utiliseront/appliqueront les connaissances acquises pendant ce Dialogue délibératif dans leur travail.
- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif était pertinent pour le travail de leur organisme.

Le Dialogue délibératif a atteint ses objectifs globaux.

### Connaissances accrues :

- 97 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif avait augmenté leurs connaissances sur les nouvelles orientations touchant les programmes liés à l'hépatite C
- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils recommanderaient à CATIE de continuer à offrir ce type d'événement.

### Capacité d'intervention accrue :

- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif avait augmenté leur capacité de faire face à l'hépatite C.

### A fourni une occasion de réseautage :

- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif leur avait donné l'occasion de se réseauter avec d'autres.
- 97 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif avait facilité la collaboration, le partage de connaissances et le réseautage interrégionaux et intersectoriels entre les directeurs de programmes liés à l'hépatite C.

### A fourni une occasion d'explorer les enjeux et de cerner les priorités :

- 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif avait permis de cerner les orientations prioritaires pour les programmes, services et politiques liés à l'hépatite C qui s'adressent à des populations distinctes et qui placent les utilisateurs des services au centre d'un cadre intégré.
- 97 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le Dialogue délibératif avait aidé à orienter des programmes partout au pays sur les modèles de continuum de soins pour l'hépatite C pour des populations distinctes.

**Dialogue délibératif national sur les programmes  
et services intégrés en matière d'hépatite C**

Rapport de la réunion | 2015



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