

**Document d'information :**  
**Contexte du Dialogue délibératif national de CATIE**  
**sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C**  
**Janvier 2015**

## **Introduction**

L'évolution rapide de la situation de l'hépatite C au Canada a le potentiel de transformer notre réponse nationale en première ligne. De nouvelles lignes directrices nationales sur le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C inciteront probablement les intervenants à accroître le recours au dépistage et aux tests diagnostiques. De nouvelles recherches ont démontré que la transmission du virus de l'hépatite C (VHC) par contact sanguin pourrait être à la hausse parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), ce qui pourrait avoir une incidence sur nos messages de prévention s'adressant à cette population. De nouvelles pratiques exemplaires de réduction des méfaits offrent un potentiel d'amélioration de la prévention du VHC parmi les personnes qui consomment des drogues. En outre, l'accessibilité accrue de traitements plus efficaces et mieux tolérés mettra à l'épreuve notre capacité clinique de traiter les personnes vivant avec l'hépatite C et de les soutenir, une fois guéries, afin qu'elles ne contractent pas le VHC de nouveau.

CATIE propose un Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C, en réponse à certains des défis que pose ce paysage changeant. Des approches intégrées sont conçues pour être globales et centrées sur le client.

Le présent document d'information décrit le contexte du dialogue délibératif, et définit ses objectifs principaux.

## **Situation actuelle de l'hépatite C au Canada**

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a estimé que 0,96 % des Canadiens étaient séropositifs pour l'anti-VHC, en 2011, soit approximativement 332 500 personnes.<sup>(1)</sup> La prévalence de l'anti-VHC inclut toutes les personnes ayant reçu un résultat positif au dépistage d'anticorps anti-VHC, y compris celles qui ont éliminé le virus spontanément. Les groupes que l'ASPC identifie comme étant les plus affectés par l'hépatite C incluent les personnes consommant ou ayant consommé des drogues par injection, les détenus, les résidents d'établissements de soins de santé de longue durée, les personnes sans abri qui ne s'injectent pas de drogues et les personnes nées à l'extérieur du Canada.<sup>(1)</sup> De plus, l'ASPC estime que 35 % du nombre total de personnes séropositives pour l'anti-VHC au Canada sont des personnes nées dans un autre pays.<sup>(1)</sup>

Toutefois, ces données ne brossent pas un portrait épidémiologique complet de la situation au Canada. L'analyse du fardeau de l'hépatite C à l'aide du système de catégorisation de populations de l'ASPC ne présente pas une image exhaustive du fardeau parmi les peuples autochtones. Nous savons cependant que les Autochtones sont surreprésentés parmi les personnes qui s'injectent des drogues.<sup>(2)</sup> Ceci donne à penser que les taux d'hépatite C dans cette population pourraient être élevés à un point disproportionné.

---

<sup>1</sup> Ces catégories ont été établies par l'Agence de la santé publique du Canada.

## Que savons-nous des soins pour l'hépatite C au Canada?

La cascade du traitement de l'hépatite C (parfois appelée « continuum des soins ») peut être un moyen utile pour évaluer l'efficacité de nos pratiques actuelles en matière de soins pour l'hépatite C. Ce modèle a été utile, ces récentes années, pour identifier des lacunes dans le continuum des soins pour le VIH et pour mettre en relief certains éléments où les liens pourraient être améliorés afin d'atteindre l'objectif souhaité d'une charge virale indétectable chez les personnes vivant avec le VIH.(3–7)

L'application d'un modèle semblable de cascade du traitement, pour ce qui concerne l'hépatite C, a été développée initialement pour les États-Unis en 2014. On estime, dans ce pays, que seulement 50 % des personnes vivant avec l'hépatite C chronique sont au courant de leur infection; que seulement 43 % ont eu accès à des soins; que seulement 27 % ont reçu un résultat positif confirmé au test d'ARN; que seulement 16 % suivent un traitement sur ordonnance; et que seulement 9 % ont été guéries ou ont développé une réponse virologique soutenue.(8)

Il n'existe pas d'aperçu exhaustif du continuum des soins pour l'hépatite C. Nous savons que les services de prévention de l'hépatite C, comme la distribution de matériel de réduction des méfaits, peuvent servir de portail vers d'autres services pour l'hépatite C, comme le dépistage, le traitement et le soutien. Mais en dépit du rôle crucial que peuvent jouer les services de prévention, peu de données d'envergure nationale portent sur le degré d'accessibilité des services de prévention du VHC, au Canada.

Nous avons toutefois plus d'information au sujet des autres composantes de la cascade du traitement de l'hépatite C. L'ASPC estime que 56 % des personnes séropositives pour l'anticorps anti-VHC, en 2011, étaient au courant de leur infection.(9) Des estimations additionnelles des taux de dépistage, de même que des données concernant le reste de la cascade, peuvent être trouvées dans des systèmes de surveillance comme l'I-Track de l'ASPC, qui concerne les personnes consommant des drogues par injection. De tels systèmes de surveillance peuvent offrir des éléments d'information sur la cascade du traitement au Canada. Selon l'I-Track, par exemple, entre 2010 et 2012, 91 % des personnes s'injectant des drogues ont déclaré avoir été dépistées pour l'hépatite C.(2)

Les données d'I-Track indiquent que le recours au traitement parmi les personnes qui s'injectent des drogues au Canada est très faible. Parmi les participants à I-Track qui ont déclaré vivre avec le VHC, seulement 48 % ont déclaré être suivis par un médecin,(2) seulement 10 % avaient déjà pris des médicaments prescrits pour l'hépatite C,(2) et seulement 2,4 % suivaient un traitement au moment de l'entrevue.(2)

Certaines données plus générales sur les traitements au Canada existent également. Un examen des ordonnances de médicaments pour l'hépatite C ayant été exécutées depuis 2010 a conduit à estimer que moins de 2 000 personnes par année avaient été traitées pour l'hépatite C, depuis.(9)

La progression lente de l'hépatite C et la forte prévalence de l'infection parmi les personnes nées entre 1945 et 1975 entraînent que les taux actuels de traitement devront être augmentés, afin de réduire l'incidence des complications associées à l'infection à VHC, notamment la cirrhose et le cancer du foie. La recherche indique que l'incidence de ces complications connaîtra une hausse considérable au cours des 20 prochaines années. On prévoit que les taux de cirrhose compensée et décompensée ainsi que de cancer du foie connaîtront un pic dans les années 2030(11).

En comparaison aux taux de 2013, on estime qu'il pourrait y avoir une hausse de 89 % des cas de cirrhose compensée, de 80 % des cas de cirrhose décompensée et de 205 % des cas de cancer du foie, d'ici l'année 2035.(11)

### La réponse communautaire à l'hépatite C

Nous commençons à voir apparaître une réponse communautaire plus coordonnée, en matière d'hépatite C, en raison de la rareté des services adéquats pour les personnes à risque ou vivant avec l'hépatite C. À l'échelon local, certains organismes qui concentrent leurs efforts sur la réponse à l'hépatite C travaillent à offrir de l'éducation sur le sujet, à rehausser la sensibilisation et à offrir du soutien aux personnes à risque ou ayant une expérience vécue de l'hépatite C. De façon complémentaire aux services offerts par des cliniques spécialisées ou en milieu hospitalier, de nombreux organismes communautaires spécifiques à des populations intègrent dans leurs services une réponse à l'hépatite C – notamment des organismes de lutte contre le sida, des organismes de réduction des méfaits et certains organismes du domaine de la santé des Autochtones.

Des organismes nationaux, comme la Fondation canadienne du foie, l'Association canadienne pour l'étude du foie (ACÉF) et l'Association canadienne des infirmières d'hépatologie, font valoir la nécessité d'un soutien renforcé pour le traitement et les soins en matière d'hépatite C. Action hépatites Canada, un réseau national d'organismes de réponse aux hépatites B et C, tente de mobiliser une réponse renforcée à l'hépatite C, aux échelons provincial et national.

### **Le paysage changeant des services pour l'hépatite C**

L'évolution rapide de la situation de l'hépatite C a le potentiel de transformer considérablement notre réponse. Quatre nouveaux développements pourraient contribuer à cette transformation :

- de nouvelles lignes directrices nationales sur le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C
- de nouvelles recherches démontrant une hausse de la transmission du VHC par contact sexuel, chez certains HARSAH
- de nouvelles recommandations de pratiques exemplaires de réduction des méfaits
- et de nouveaux traitements qui sont mieux tolérés et plus efficaces.

### Nouvelles lignes directrices nationales sur le dépistage et le diagnostic

L'ASPC est en voie de développer des lignes directrices sur le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C, à l'intention des fournisseurs de soins de santé. Il y a de fortes chances que ces lignes directrices prescrivent une augmentation du recours au dépistage et aux tests en matière d'hépatite C. Un tel document pourrait inciter les provinces à accroître leurs capacités de dépistage de l'hépatite C, ce qui ferait en sorte qu'un plus grand nombre des personnes qui vivent avec l'hépatite C soient au courant de leur statut.

Bien que la prestation de services relève de l'échelon des provinces, de nouvelles recommandations nationales sur le dépistage et les tests pourraient encourager les provinces à une augmentation des taux de dépistage en aidant les fournisseurs de soins primaires à comprendre comment l'hépatite C se transmet, qui peut être à risque accru et dans quelles circonstances conseiller un dépistage aux patients. Ces lignes directrices pourront également insister sur le processus à deux étapes pour le diagnostic de l'hépatite C, qui pourrait ne pas être compris actuellement par tous les fournisseurs de soins primaires.

Bien qu'il n'existe pas de lignes directrices nationales, d'autres intervenants ont formulé des recommandations spécifiques concernant le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C. En 2011, l'organisme Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health a recommandé que tous les immigrants et réfugiés de régions où la prévalence de l'hépatite C est supérieure à 3 % soient dépistés pour le VHC.(11) En 2012, l'Association canadienne pour l'étude du foie a recommandé, dans ses lignes directrices pour la prise en charge de l'hépatite C, que l'on travaille à accroître le dépistage.(12)

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont publié en 2012 la recommandation voulant que toutes les personnes nées entre 1945 et 1965 soient dépistées au moins une fois pour le VHC.(14) Le dépistage de cette cohorte de naissance a été recommandé en sus au dépistage continu parmi les populations identifiées comme étant à risque. La Fondation canadienne du foie a suivi la même voie, en 2013, en recommandant que tous les Canadiens et Canadiennes nés entre 1945 et 1975 soient dépistés pour le VHC.(14)

En 2014, un groupe de médecins du Nouveau-Brunswick a publié un énoncé de consensus provincial sur le dépistage, recommandant que toutes les personnes nées entre 1945 et 1975 soient dépistées une fois et que les personnes à risque de contracter le VHC soient dépistées annuellement, y compris les personnes qui s'injectent des drogues.(15)

#### Nouvelles connaissances sur la transmission sexuelle du VHC entre HARSAH

Bien que l'hépatite C ne soit pas catégorisée comme une infection transmissible sexuellement, de récentes recherches ont démontré que la transmission sexuelle du VHC est possible entre hommes (gais ou HARSAH). Depuis les années 2000, un corpus croissant des données issues d'études réalisées dans des pays à revenu élevé démontre que le VHC peut être transmis sexuellement entre HARSAH vivant avec le VIH, lorsque du sang est présent.(16-20) Il existe des données limitées qui portent à croire que le VHC peut être transmis sexuellement de la même façon entre HARSAH séronégatifs pour le VIH.(21,22)

Tandis que certaines études ont relevé des taux plus élevés d'injection de drogue parmi les HARSAH ayant la co-infection VIH-VHC, ce qui peut expliquer certains cas de co-infection dans ce groupe, d'autres études ont documenté le risque sexuel comme étant le seul facteur de risque de transmission.(16,18,22,23) Dans une étude réalisée au Royaume-Uni, par exemple, 83 % des cas d'infection à VHC chez des HARSAH séropositifs pour le VIH ne pouvaient pas s'expliquer par l'injection de drogue, ni par la transfusion de sang, mais en l'occurrence pouvaient être attribués à des pratiques sexuelles vigoureuses qui causent un saignement.(17)

La nouvelle compréhension voulant que le VHC soit transmissible sexuellement, par contact avec du sang, est susceptible d'entraîner des modifications aux services de prévention comme le counseling en matière de réduction des risques et le contenu des messages sur les rapports sexuels plus sécuritaires à l'intention de certains HARSAH ainsi que tout couple chez qui les rapports sexuels peuvent causer un saignement.

## Nouvelles pratiques exemplaires nationales pour la réduction des méfaits

Pour la première fois au Canada, nous disposons de recommandations nationales éclairées par les données probantes, pour la prestation de services cohérents et de grande qualité, en matière de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues. Ces recommandations adoptées par consensus offrent aux programmes locaux une information digne de confiance sur les meilleurs moyens de fournir des services propices à réduire les méfaits associés à la consommation de drogue, incluant la transmission continue du VHC et du VIH.

En 2013, le Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits au Canada, une équipe pancanadienne de dépositaires d'enjeux multiples, a publié le guide intitulé *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – [Partie 1](#)*.

*Certaines provinces avaient publié antérieurement des recommandations, mais ce nouvel ouvrage est le premier à offrir des recommandations conçues pour s'adresser aux programmes à l'échelle du pays. La Partie 2 de ces recommandations de pratiques exemplaires, qui portera sur les modèles de programmes, le dépistage et la vaccination, les premiers soins, les références et le counseling, de même que sur les relations avec les services de police et d'autres organisations, sera publiée en 2015.*

La publication de telles recommandations nationales concernant les pratiques exemplaires de réduction des méfaits est certes une étape importante, mais leur mise en œuvre ne peut pas être tenue pour acquise. Or, afin d'avoir un impact significatif sur la transmission du VHC et du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues, les services de réduction des méfaits doivent présenter une couverture, une intensité et une durée maximales.

## Nouveaux traitements de l'hépatite C

Les progrès récents et en cours dans les options de traitement de l'hépatite C permettent à présent de guérir une maladie chronique, chez plus de 90 % des patients, à l'aide d'un traitement de trois mois, pour la première fois dans l'histoire de la médecine moderne. Auparavant, le traitement de l'hépatite C se composait d'interféron pégylé (peg-interféron) et de ribavirine, et avait des effets secondaires difficiles à gérer. De plus, ce traitement pouvait durer jusqu'à douze mois et son taux de succès était faible dans certains groupes.

Entre 2012 et 2014, Santé Canada a donné son approbation à de nouveaux traitements de l'hépatite C, notamment à certains des premiers traitements sans interféron ainsi qu'à des médicaments qui se prennent avec la ribavirine et le peg-interféron. Les nouveaux traitements qui sont pris en trithérapie avec peg-interféron et ribavirine conduisent à des taux de guérison plus élevés, mais les effets secondaires associés à ces deux médicaments demeurent. Les durées du traitement sont toutefois plus courtes. Encore mieux, les traitements sans interféron ont moins d'effets secondaires et sont associés à des taux de guérison très élevés, et leur durée peut être aussi courte que huit semaines.

Il est probable que plusieurs options sans interféron finiront par être offertes, au Canada. Certains de ces nouveaux traitements sont efficaces chez des personnes pour qui le traitement de l'hépatite C ne fonctionnait pas bien, comme des personnes atteintes de cirrhose, des personnes ayant déjà pris des médicaments contre l'hépatite C, des personnes ayant reçu une greffe de foie et des personnes ayant la co-infection VHC-VIH. Les durées des traitements pourraient être aussi courtes que six semaines. Ceci aura probablement une incidence sur le mode de prestation du traitement du VHC.

Les nouveaux traitements seront éventuellement ajoutés aux formulaires provinciaux d'assurance médicaments, et assortis de critères, comme le sont les traitements actuels. On ignore toutefois si les critères d'admissibilité aux nouveaux traitements seront les mêmes que pour les traitements actuels ou s'ils seront différents, car les prix des nouveaux traitements sont très élevés; il est probable que les critères varieront d'une province à l'autre. On n'a pas encore répondu aux questions quant aux façons de mettre en œuvre l'accès à ces nouveaux traitements et de déterminer qui les recevra en priorité. Toutefois, le Québec et la Colombie-Britannique ont tous deux approuvé certains des nouveaux traitements et ont publié des lignes directrices spécifiques sur leur utilisation.

### **Un cadre de travail intégré sur l'hépatite C**

Un cadre de travail intégré sur l'hépatite C a pour objectif d'améliorer l'implication dans le continuum complet des services nécessaires pour réduire la transmission du VHC et pour améliorer les résultats de santé des personnes ayant une expérience vécue de l'hépatite C, de même que l'accès et l'arrimage efficace à ces services. Un tel cadre de travail reconnaît que la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C ainsi que les traitements et les services de soutien font tous partie d'une réponse complète et efficace, en matière d'hépatite C, et qu'ils se renforcent les uns les autres. On peut utiliser ce cadre pour développer de nouveaux services et rehausser les services existants, afin de rendre plus efficaces les liens entre les programmes.

Du point de vue d'un utilisateur de services, l'intégration permet un accès plus simple aux services, à un soutien global et adapté à ses besoins, à des réponses plus rapides, à une expérience améliorée et à de meilleurs résultats de santé.(25) Un cadre intégré vise également à rehausser l'implication de l'utilisateur de services au sein du continuum, et en particulier en ce qui concerne la prévention, les tests et l'arrimage aux soins.(26)

Aux États-Unis, les CDC ont défini des formes utiles d'intégration qui améliorent les résultats de santé et qui placent l'utilisateur de services au centre des soins pour l'hépatite, le VIH, les infections transmissibles sexuellement (ITS) et la tuberculose : *la collaboration entre programmes et l'intégration des services*. (27)

**La collaboration entre programmes** est une forme d'intégration dans laquelle deux programmes ou un plus grand nombre d'entre eux développent « une relation bien définie et mutuellement bénéfique », pour atteindre des objectifs communs.(27) La collaboration entre programmes peut contribuer à réduire les doublons de services et accroître la participation à la prestation des services par un ensemble de programmes et d'organismes. Elle peut s'avérer très utile en contexte de ressources limitées, si les organismes communautaires développent des liens solides et une navigation efficace dans le continuum de soins, pour offrir des services complémentaires centrés sur le client. Le [Programme de navigation pour problèmes de santé chroniques](#) est un exemple de programme qui fait appel à une équipe de navigateurs pour arrimer les utilisateurs de services et les impliquer, en ce qui concerne la prévention, les tests cliniques, les traitements et le soutien.

**L'intégration des services**, qui constitue le second type d'intégration, est une méthode de prestation de services qui offre aux utilisateurs un accès sans faille aux programmes, par un système d'inscription, et qui héberge souvent des services multiples sous un même toit. (27) Par son point d'entrée unique, cette approche à guichet unique facilite aux utilisateurs l'accès aux services.(27) Le [Centre de santé Sanguen](#), une clinique qui offre des services intégrés de prévention, de dépistage, de traitement et de soutien, est un exemple d'intégration des services.

Les expériences de l'utilisateur de services sont centrales à un cadre de travail intégré. À l'heure actuelle, il peut arriver que la prestation des soins de santé soit fragmentée et rende difficile, à l'utilisateur, l'accès aux services dont il a besoin. Par exemple, le traitement de l'hépatite C peut être basé dans des cliniques ou des bureaux de spécialistes et les services de soutien peuvent être offerts uniquement en milieu communautaire. Cette fragmentation n'est pas intuitive, du point de vue du client, et elle peut créer un réseau inutilement complexe de programmes et de services, dans lequel on doit naviguer. Ceci est particulièrement vrai pour les populations marginalisées et dont les liens aux soins de santé sont limités. La fragmentation peut également conduire à rater des occasions de fournir des ressources qui sont nécessaires, et causer une rupture de l'implication de clients dans les services.

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

CATIE organise un *Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C* afin d'examiner comment des modèles du continuum des soins (prévention, dépistage, traitement et soutien) misant sur les forces des services de santé actuels pourraient répondre aux besoins uniques des utilisateurs de services. En particulier, nous explorerons les modèles du continuum des soins pour l'hépatite C à l'intention de populations spécifiques, et mettrons en relief des orientations prometteuses pour les programmes, services et politiques en matière d'hépatite C.

#### Résultats escomptés :

- Éclairer les orientations prioritaires pour des programmes, services et politiques spécifiques à des populations, en matière d'hépatite C, qui placent l'utilisateur de services au centre d'un cadre de travail intégré
- Offrir des conseils aux nouveaux programmes, dans les régions du Canada, quant aux modèles de continuum des soins à l'intention de populations spécifiques
- Faciliter la collaboration interrégionale et intersectorielle ainsi que le partage de connaissances et le réseautage entre dirigeants de programmes sur l'hépatite C
- Éclairer le développement d'un document national d'orientations stratégiques

Un document national d'orientations stratégiques résumera les principaux domaines dont il aura été question, notamment les orientations prioritaires et les modèles de programmes spécifiques à des populations, tout en indiquant les principaux points de compréhension et de tension; ceci aidera à inspirer de bonnes pratiques et de nouvelles orientations en matière de santé publique, services cliniques et programmes centrés sur le client. Ces orientations contribueront à éclairer certains des travaux continus de CATIE en matière de programmes sur l'hépatite C, et à influencer les domaines portant sur l'hépatite C au programme de notre colloque national, intitulé *Pour y parvenir : De la planification à la pratique*, qui se tiendra les 15 et 16 octobre 2015.

## Le processus :

Le *dialogue délibératif* favorisera un processus propice à :

- *réfléchir ensemble* aux façons par lesquelles des efforts rehaussés visant l'hépatite C pourraient répondre le mieux possible aux besoins uniques des populations à risque pour l'hépatite C et de celles qui ont une expérience vécue de l'hépatite C.
- explorer des orientations prometteuses pour des approches intégrées, dans les services de santé actuels, comme les services et soins cliniques spécifiques au VIH, la réduction des méfaits, la santé mentale, la santé des immigrants et nouveaux arrivants ainsi que la santé sexuelle.

*Assurer un dialogue inclusif* : Nous avons choisi et invité 40 individus à participer à la rencontre, notamment des intervenants en santé publique, des cliniciens, des chercheurs, des membres de la communauté et des responsables des politiques, de manière à représenter la diversité régionale et à susciter une discussion inclusive et représentative.

*Assurer une compréhension commune* : CATIE fournit aux participants les documents suivants, afin qu'ils arrivent à la rencontre avec une compréhension commune des programmes et services intégrés en matière d'hépatite C :

- Ordre du jour en un coup d'œil et liste des conférenciers confirmés
- Document d'information : *Contexte du Dialogue délibératif national de CATIE sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C*. Ce document a été écrit en consultation avec nos partenaires. Il présente le contexte du dialogue délibératif et décrit ses principaux objectifs.
- Présentations en ligne sur l'hépatite C (le visionnement des présentations prend moins de 90 minutes) :
  - Surveillance et épidémiologie de l'hépatite C au Canada
  - 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
  - L'hépatite C chez les migrants, un groupe sous-évalué et à risque accru
  - La transmission sexuelle de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : Une courte introduction
  - Hépatite C : nouvelles thérapies et implications
  - 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 1<sup>re</sup> série de recommandations internationales

## Pourquoi CATIE?

CATIE est la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Notre but est de partager les connaissances, les ressources et l'expertise avec les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, les communautés à risque, les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires afin de diminuer la transmission des virus et d'améliorer la qualité de vie.

À titre de courtier national en information sur le VIH et l'hépatite C, nous avons une riche expérience en facilitation de dialogues sur les enjeux pertinents à notre mouvement. CATIE est né de l'ordre du jour de militantisme précoce du groupe AIDS ACTION NOW!, qui a mis l'accent sur les besoins de traitement des personnes vivant avec le VIH et qui a attiré l'attention sur l'inaction gouvernementale en matière de recherche et de politiques sur le VIH.

En 2008, nous avons intégré la prévention du VIH dans notre mandat de traitement, en raison de la compréhension qu'une approche intégrant ces deux axes contribuerait à réduire les répercussions du VIH dans nos communautés. En 2008, sur la base des leçons tirées de la réponse au VIH, nous avons reçu du financement pour des travaux sur l'hépatite C; et en 2010, nous avons élargi notre mandat pour inclure l'hépatite C, en reconnaissant que celle-ci et le VIH affectent des communautés similaires et qu'une approche intégrée est plus efficace.

Au cours des récentes années, nous avons organisé un certain nombre de réunions nationales avec des intervenants clés afin de partager des modèles d'intégration efficaces et d'en discuter.

- En 2010, le premier dialogue délibératif de CATIE a réuni 40 dépositaires d'enjeux pour discuter de l'expansion et de l'intégration des services de prévention du VIH pour les hommes gais, vers le contexte plus général de la santé sexuelle.
- En 2012, le second dialogue délibératif de CATIE a réuni 40 dépositaires d'enjeux pour discuter des enjeux critiques concernant l'intégration des approches du traitement du VIH et de sa prévention.
- En 2013, le Colloque de CATIE, Nouvelle science, nouvelles orientations en matière de VIH et de VHC, a mis l'accent sur la mise en œuvre de l'approche d'intégration dans les programmes de première ligne.

Le dialogue délibératif de 2015 permettra de discuter de façon plus approfondie de l'impact des modèles de programmes et services intégrés, dans le domaine des soins pour l'hépatite C.

#### L'avenir de la réponse canadienne à l'hépatite C : Questions à considérer

1. À quoi ressemblent des modèles de continuum des soins pour l'hépatite C (prévention, dépistage, traitement et soutien)?
  - a. À quoi ressemblent diverses approches à l'intégration des services?
  - b. À quoi ressemblent diverses approches à la collaboration de programmes?
2. Qu'est-ce qui fait la réussite de modèles de programmes intégrés?
  - a. Quelles sont les principales composantes?
  - b. Comment des modèles de programmes peuvent-ils être adaptés aux besoins spécifiques de populations affectées par le VHC?
  - c. Que pouvons-nous apprendre de l'expérience du secteur du VIH?
3. Quelles sont les composantes clés de modèles de programmes réussis qui répondent aux besoins de chacune des populations que nous avons examinées?
  - a. De quelles façons des programmes sur l'hépatite C peuvent-ils être intégrés dans des organismes et programmes existants et spécifiques à des populations?
  - b. De quelles façons des services spécifiques à des populations peuvent-ils être intégrés dans des programmes sur l'hépatite C?

4. Quelles sont les orientations prioritaires pour avancer vers la vision de ces modèles?
  - a. Comment surmonter les obstacles à un continuum intégré des soins pour l'hépatite C :
    - i. À l'échelon des utilisateurs de services?
    - ii. À l'échelon des fournisseurs de services?
    - iii. À l'échelon structurel?
  
5. Comment l'utilisation accrue de traitements plus efficaces, mieux tolérés et plus brefs affectera-t-elle la pratique?
  - a. Comment les rôles des fournisseurs de soins de santé seront-ils affectés?
  - b. Quel sera le rôle continu des organismes communautaires?
  - c. Comment peut-on créer plus d'occasions de collaboration entre la communauté et les cliniciens?

## Références

1. Trubnikov M, Yan P, Archibald C. Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2014 Dec 18;40(19).
2. Agence de la santé publique du Canada. Résumé des résultats clés des résultats de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012) [Internet]. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada; 2014 [cité le 28 nov. 2014] p. 13. Accessible à : [http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1237\\_I-Track-Phase3-Summary\\_FR-FINAL-WEB.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1237_I-Track-Phase3-Summary_FR-FINAL-WEB.pdf)
3. Nosyk B, Montaner JSG, Colley G, Lima VD, Chan K, Heath K, et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996–2011: a population-based retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014 Jan;14(1):40–9.
4. Ayala G. HIV Treatment Cascades that Leak: Correlates of Drop-off from the HIV Care Continuum among Men who have Sex with Men Worldwide. *Journal of AIDS & Clinical Research* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 28];05(08). Accessible à : <http://www.omicsonline.org/open-access/hiv-treatment-cascades-that-leak-correlates-of-dropoff-from-the-hiv-care-continuum-among-men-who-have-sex-with-men-worldwide-2155-6113.1000331.php?aid=30623>
5. Mugavero MJ, Amico KR, Horn T, Thompson MA. The State of Engagement in HIV Care in the United States: From Cascade to Continuum to Control. *Clinical Infectious Diseases*. 2013 Jun 23;57(8):1164–71.
6. Mesquita F. First Steps of TASP in Brazil [Internet]. International Treatment as Prevention Workshop; 2014 Apr [cité le 28 nov. 2014]; Vancouver, BC. Accessible à : [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=GPfWMjJuOIE](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=GPfWMjJuOIE)
7. Peabody R. HIV treatment as prevention [Internet]. Londres: HIV Prevention England; 2014 Mar [cité le 28 nov. 2014]. Accessible à : [http://www.aidsmap.com/v635304035520000000/file/1187114/HPE\\_briefing\\_treatment\\_as\\_prevention.pdf](http://www.aidsmap.com/v635304035520000000/file/1187114/HPE_briefing_treatment_as_prevention.pdf)
8. Yehia BR, Schranz AJ, Umscheid CA, Lo Re V. The Treatment Cascade for Chronic Hepatitis C Virus Infection in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. Rizza SA, editor. *PLoS ONE*. 2014 Jul 2;9(7):e101554.
9. Fondation canadienne du foie. Les maladies du foie au Canada : Une crise en devenir [Internet]. Markham, Ontario: Fondation canadienne du foie; 2013 [cité le 28 nov. 2014] p. 72. Accessible à : [http://www.liver.ca/files/PDF/Liver\\_Disease\\_Report\\_2013/Liver\\_Disease\\_in\\_Canada\\_-\\_F\\_-\\_2.pdf](http://www.liver.ca/files/PDF/Liver_Disease_Report_2013/Liver_Disease_in_Canada_-_F_-_2.pdf)
10. Myers RP, Krajden M, Bilodeau M, others. Burden of disease and cost of chronic hepatitis C virus infection in Canada. *Gastroenterol Hepatol*. 2014;28(5):243–50.
11. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2011;183(12):E824–925. [Résumé en français accessible à <http://www.cmaj.ca/content/183/12/E933/suppl/DC2>]
12. Myers RP, Ramji A, Bilodeau M, Wong S, Feld JJ. Mise à jour sur la prise en charge de l'hépatite C chronique : des lignes directrices consensuelles de l'Association canadienne pour l'étude du foie. *Journal canadien de gastroentérologie et hépatologie*. 2012;26(6):359–75. [Résumé en français accessible à [http://www.hepatology.ca/wp-content/uploads/2012/06/2012HepCGuidelines\\_CJG.pdf](http://www.hepatology.ca/wp-content/uploads/2012/06/2012HepCGuidelines_CJG.pdf)]
13. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the Identification of Chronic Hepatitis C Virus Infection Among Persons Born During 1945-1965. *MMWR* [Internet]. 2012 Aug 17 [cité le 22 oct. 2014];61(4). Accessible à : <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6104.pdf>
14. Fondation canadienne du foie. National Hepatitis C Survey Prompts Call for All Canadian Boomers to Get Tested [Internet]. 2013 [cité le 27 nov. 2014]. Accessible à : [http://www.liver.ca/files/1\\_HepC-Survey/Hepatitis\\_C\\_Survey\\_News\\_Release\\_.pdf](http://www.liver.ca/files/1_HepC-Survey/Hepatitis_C_Survey_News_Release_.pdf)

15. Smyth D, Webster D, Barrett L, MacMillan M, Mcknight L, Schweiger F. La transition vers des thérapies hautement efficaces pour traiter l'infection par le virus de l'hépatite C chronique : document de principe et directives de mise en œuvre. *Journal canadien de gastroentérologie et hépatologie*. 2014 Nov;28(10):529–34. [Résumé en français accessible à <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?sCurrPg=abstractF&jnlKy=2&atlKy=13126&isuKy=1233&spage=0&isArt=t&fromfold=&fold=Abstract>]
16. Ghosn J, Deveau C, Goujard C, Garrigue I, Saichi N, Galimand J, et al. Increase in hepatitis C virus incidence in HIV-1-infected patients followed up since primary infection. *Sexually Transmitted Infections*. 2006 May 24;82(6):458–60.
17. Leruez-Ville M, Kuntzmann J, Rouzioux C, Chaix M-L. Detection of hepatitis C virus in the semen of infected men. *The Lancet*. 2000;356(9223):42–3.
18. Danta M, Brown D, Bhagani S, Pybus OG, Sabin CA, Nelson M, et al. Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours. *Aids*. 2007;21(8):983–91.
19. Van de Laar TJW, van der Bij AK, Prins M, Bruisten SM, Brinkman K, Ruys TA, et al. Increase in HCV Incidence among Men Who Have Sex with Men in Amsterdam Most Likely Caused by Sexual Transmission. *The Journal of Infectious Diseases*. 2007 Jul 15;196(2):230–8.
20. Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *The Lancet*. 2013;381(9861):101–2.
21. McFaul K, Maghlooui A, Nzuruba M. Acute hepatitis C infection in HIV negative men who have sex with men in [Internet]. Oral presented at: 54th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy; 2014 Sep 5 [cité le 22 oct. 2014]; Washington, D.C. Accessible à : [http://www.natap.org/2014/ICAAC/ICAAC\\_08.htm](http://www.natap.org/2014/ICAAC/ICAAC_08.htm)
22. Richardson D, Fisher M, Sabin CA. Sexual Transmission of Hepatitis C in MSM May Not Be Confined to Those with HIV Infection. *The Journal of Infectious Diseases*. 2008 Apr 15;197(8):1213–4.
23. Urbanus AT, van de Laar TJ, Stolte IG, Schinkel J, Heijman T, Coutinho RA, et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic: *AIDS*. 2009 Jul;23(12):F1–7.
24. Wedemeyer H, Dore GJ, Ward JW. Estimates on HCV disease burden worldwide - filling the gaps. *Journal of Viral Hepatitis*. 2015 Jan;22:1–5.
25. KPMG International. *The Integration Imperative: reshaping the delivery of human and social services* [Internet]. Toronto, Ontario: Mowat Centre; 2013 Oct [cité le 24 oct. 2014] p. 54. Accessible à : [http://mowatcentre.ca/wp-content/uploads/publications/73\\_the\\_integration\\_imperative.pdf](http://mowatcentre.ca/wp-content/uploads/publications/73_the_integration_imperative.pdf)
26. CATIE. Dialogue délibératif national sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH : Rapport de la réunion [Internet]. Toronto, ON: CATIE; 2013 Mar [cité le 10 déc. 2014] p. 39. Accessible à : [http://www.catie.ca/sites/default/files/National-Deliberative-Dialogue-on-Integrated-Approaches-Meeting-Report-FRENCH\\_05312013.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/National-Deliberative-Dialogue-on-Integrated-Approaches-Meeting-Report-FRENCH_05312013.pdf)
27. Control C for D, (CDC) P, others. *Program collaboration and service integration: enhancing the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis in the United States*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2009.