

Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C



Le centre d'aide aux personnes atteintes de l'hépatite C



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

La recherche présentée lors du 5^e Symposium canadien sur l'hépatite C – 26 février 2016

Présentée par :

Laurence Mersilian, Directrice générale CAPAHC
Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C

Liam Michaud, Coordonnateur régional de
l'éducation santé – Québec, CATIE



CanHepC

Canadian Network on Hepatitis C

Réseau Canadien sur l'Hépatite C

www.catie.ca

Aperçu



1. Synopsis de l'Institut d'apprentissage de CATIE
2. Contexte du 5^e Symposium canadien sur le VHC
3. Sciences biomédicales
4. Sciences cliniques
5. Épidémiologie et santé publique
6. Sciences comportementales
7. Conclusions

L'Institut d'apprentissage de CATIE



Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C

CAPAHC

Le centre d'aide aux personnes atteintes de l'hépatite C

Événement d'échange de connaissances

Objectifs :

- Synthétiser et disséminer la recherche, entre les régions
- Intégrer les réalités communautaires dans la recherche
- Réseautage

13 représentants des quatre coins du Canada

Cette présentation puise dans les réflexions des participants :

- Recherches les plus pertinentes pour les organismes de première ligne
- Perspective communautaire



Contexte



- Principale conférence canadienne sur la recherche sur le VHC
- Important événement annuel de dissémination des nouvelles recherches sur le VHC
- 5^e année
- Titre : « Nous n'avons pas encore fini : défis persistants en hépatite C »
- Réseau canadien sur l'hépatite C
- 250 participants



www.catie.ca

Sciences biomédicales



Progrès médicaux à venir

1) Vaccin contre le VHC (D^{re} Cox)



Avons-nous besoin d'un vaccin?

Raisons pour un vaccin

- Résistance aux médicaments; et mutations
- Réinfection
- Le traitement est coûteux
- L'élimination du VHC réduit les dommages au foie mais ne les élimine pas
- Large portée
- Aucun pathogène n'a été éradiqué uniquement par le traitement

Raisons pour lesquelles nous n'avons pas besoin d'un vaccin

- Nous disposons de traitements très efficaces – priorité à l'accès
- Le vaccin n'est pas synonyme d'éradication (difficultés dans la distribution)

Sciences biomédicales



Avons-nous besoin d'un vaccin?

Conclusions

- Un vaccin serait efficace de pair avec la prévention, les traitements et les soins
- Priorité
- Possibilité

Défis

- Diversité du virus
- On ne peut pas utiliser des virus vivants atténués ou désactivés, comme vaccin anti-VHC
- Diverses façons par lesquelles le VHC échappe à la réponse immunitaire
- Mobiliser des investissements du privé
- Étude sur des sujets humains?

Occasions

- Preuve d'immunité naturelle protectrice — 25 % de cas d'élimination spontanée
- Recherche vaccinale déjà en cours — essai clinique de phase 2 : BBAASH (Cox, A.)

Sciences biomédicales



Progrès médicaux à venir

2) Traitements pan-génotypiques

- Prochaine percée dans le traitement du VHC
- Plus facile à traiter par des professionnels médicaux non spécialisés

3) Antiviraux à spectre large (Lamarre, D.)

- Il nous reste encore beaucoup de choses à connaître de la réponse immunitaire au VHC
- Pas facile de trouver des individus en phase aiguë d'infection

Sciences cliniques



Qu'avons-nous appris de la distribution d'AAD dans « le monde réel »?

- Différents des traitements à l'interféron; tendances d'efficacité, de tolérabilité et d'innocuité semblables à celles observées dans les essais cliniques (Nelson, D.)
- Thérapie efficace pour les individus ayant une cirrhose décompensée
- Réponse sous-optimale chez les patients ayant le génotype 3, en particulier s'ils ont déjà reçu un traitement et s'ils ont une cirrhose
- Il n'est plus nécessaire de vérifier la réponse à la thérapie pour guider celle-ci (Nelson, D.)
- RVS souvent à 8 sem. plutôt que 12 sem. Sommes-nous en train de traiter excessivement 90 % des patients? (Nelson, D.)
- La RVS n'est pas influencée par l'injection de drogue ni par la stabilité du logement (Huchet, E.)

Sciences cliniques



Quels facteurs influencent la RVS?

- L'observance thérapeutique n'est pas le déterminant majeur (Huchet, E.)

Ce sont plutôt le génotype et des facteurs, qui y jouent un rôle :

- Co-infection
 - Âge
 - Cirrhose
 - Origine ethnique
-
- Quel degré d'observance thérapeutique est requis? (Cox, J.)
-
- Terminologie : « échec thérapeutique » et « rechute » vs RVS

Sciences cliniques



La résistance a-t-elle de l'importance?

- Distinction : résistance vs non-atteinte d'une RVS
- La résistance est due à des mutations du virus lors de sa réplication
 - Phénomène naturel dans toute réplication virale
 - Traitement des souches résistantes (et leur transmission)
 - Faible observance thérapeutique

Éléments d'importance croissante (Harrigan, R.)

- Possible de dépister pour la résistance: Contrôle préalable au traitement (*pre-screening*)
- Combinaisons de médicaments
- « Tout échec thérapeutique empire la situation de l'individu et de la société. »

Non prioritaire

- L'accessibilité est un enjeu plus important
- Nombre peu élevé; et médicaments nombreux

Épidémiologie et santé publique



Comment faire reculer la prévalence du VHC? Éradiquer le VHC?

- Nous devrions nous préoccuper de la transmission, pas de la réinfection (Hickman, M.)
- Approches à la prévention (TSO et PES peuvent réduire la transmission de plus de 50 % si leur couverture est « élevée »)
- L'expansion du traitement est nécessaire afin de réduire considérablement la prévalence
- Il est rentable de traiter une personne qui s'injecte des drogues, puisqu'on évite ainsi un à deux autres cas d'infection
- Point de vue de santé publique : les personnes qui s'injectent des drogues sont une priorité pour le traitement (en particulier en milieu carcéral); pas le stade de fibrose
- Traitement comme outil de prévention

Épidémiologie et santé publique



Comment faire reculer la prévalence du VHC? Point de vue de l'Institut d'apprentissage

- Taux élevé de transmission en milieu carcéral
- Accès au continuum complet des soins en prison, y compris PES, TSO, expansion du traitement, services en matière de dépendance
- Déjudiciarisation comme outil de prévention
- Des recherches en prison sont cruciales afin d'améliorer l'accès au continuum des soins
- D^{re} Lisa Barrett : premier essai de phase 4 en population carcérale depuis 60 ans
- Le cadre de recherche et l'éthique offrent des précédents et un modèle : représentant indépendant (justice, équité, coercition, confidentialité)
- Plus de recherches sont nécessaires également dans les communautés nordiques

Épidémiologie et santé publique



Lacunes – Point de vue de l'Institut d'apprentissage

- Intersectionnalité
 - HARSAH vs UDI
 - Nouveaux arrivants, qu'en est-il de ces 35 %?
 - Populations africaines, noires et caraïbéennes
- Transmission par l'inhalation de drogues
- Les femmes sont sous-représentées dans les statistiques :
 - Femmes et consommation de drogues
 - Mères, utilisation de drogues, stigmatisation, protection de l'enfance

Sciences comportementales



Leçons de modèles efficaces (El-Sayed, M.)

Déploiement des traitements en Égypte

- Programme national de traitement créé par le ministère de la Santé
- 140 000 puis 300 000 autres d'ici la fin de 2016 (au Canada : 330 000 cas d'infection)
- Prise de rendez-vous à l'aide du Web
- Moins de 300 \$ par cas traité

Leçons :

- Engagement politique
- Modèle réparateur vs UDI en Égypte?
- L'exposition continue n'affecte pas le déploiement des traitements; la réinfection est considérée comme moins préoccupante

Sciences comportementales



Méthodologies autochtones (King, A. et Macklin, C.)

- Implication significative des Premières Nations dans tous les aspects de la santé et du bien-être (Déclaration ONU sur les droits des peuples autochtones [UNDRIP], rapport *Vérité et réconciliation*)
- Demander la représentation des peuples autochtones dans la recherche, les services cliniques et les secteurs programmatiques et des politiques, proportionnellement au fardeau de maladie
- *Approche à deux yeux* (apprentissage réciproque)
- Rôle des cérémonies dans la recherche et programmes
- Recherche dirigée par la communauté
- Pratiques de guérison : rôle de la culture, de la quête de raison d'être
- Causes sous-jacentes du contexte historique et continu de colonisation et de traumatismes épidémiques
- Solutions rattachées à la décolonisation

Sciences comportementales



Leçons :

- *Approche à deux yeux* – valeur de divers types d'expertise (expérience vécue)
- Implication significative des personnes les plus affectées dans toutes les sphères (défendre la cause des patients)
- Développement de programme dirigé par la communauté (CACTUS)
- Facteurs non traditionnels pertinents aux pratiques de guérison (spiritualité, espoir, etc.)
- Systèmes d'oppression en tant que causes sous-jacentes; espace pour des solutions à long terme

Sciences comportementales



- De la recherche à l'action
- Santé publique vs approche au changement social (Krajden, M.)
- La rhétorique fondée sur le traitement éloigne de l'équité en santé – systèmes d'exclusion et d'oppression
- Occasions de faire pression sur le gouvernement (Werb, D.) :
 - Programmes de seringues en prison
 - Projet de loi C2 (obstacles aux sites d'injection supervisée)
 - UNGASS sur les drogues (réduction des méfaits)
- Il faut plus que des recherches – l'AÉC présume de la rationalité (Betteridge, G.)
- Besoin de militantisme! Contribution du capital social des professionnels
- Le plaidoyer en tant que responsabilité professionnelle

Sciences comportementales



De la recherche à l'action : perspective de l'Institut d'apprentissage

- Formation de médecins (travaillant avec des personnes qui s'injectent des drogues)
- Formation concernant le langage
- Symposium national sur la réduction des méfaits
- Dialogue sur les stratégies pour le travail dans les prisons, des programmes entre pairs en prison, stratégies de déjudiciarisation

Conclusions



- Accent sur diverses sciences et méthodologies
- Perspective populationnelle et accent sur les personnes s'injectant des drogues et les personnes incarcérées
- Apports de la recherche communautaire et de programmes communautaires
- Continuer d'élargir les méthodologies/domaines
- Continuer de susciter l'implication significative des personnes les plus affectées, de toutes les populations affectées

Merci



Participants à l'Institut d'apprentissage

Ed Bennett – Réseau canadien autochtone du sida

Angelina Butt – Aids Committee of Newfoundland and Labrador

Morgan Chalifoux – Streetworks

Sarah Cloutier – Blood Ties Four Directions

Adam Cook – CTAC

Zoe Dodd – Toronto Hepatitis C Program

Pierre Hould – Hépatites Ressources

Stephanie Massey – PASAN

Leone Quwezance – All Nations Hope

Natasha Touesbard – Mainline Needle Exchange

Karen Turner – Streetworks

Jackie Valois – Prince Albert Correctional Centre

Yung Wo Jao – Animateur communautaire, CATIE

www.catie.ca

Merci

Stagiaires diplômés du Réseau canadien sur l'hépatite C

Nicholas Van Buuren, boursier postdoctoral – Université Stanford

Thomas Fabre, doctorant – Université de Montréal

Emmanuel Fortier, MD/Ph. D. – Université de Montréal

Alison Marshall, doctorante – University of New South Wales

Sahar Saeed, doctorante – Université McGill

Employés de CATIE

Scott Anderson

Michael Bailey

Melisa Dickie

Jennifer Grochocinski

Liam Michaud

Barb Panter

Hywel Tuscano



www.catie.ca

Merci

Questions

Veillez évaluer ce webinaire!

www.catie.ca

Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C

CAPAH C

Le centre d'aide aux personnes atteintes de l'hépatite C



Canada's source for
HIV and hepatitis C
information

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

www.catie.ca