

Partager les progrès, raviver les efforts

RAPPORT DE LA RÉUNION PANCANADIENNE SUR L'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE C



Convoquée par



Canada's source for
HIV and hepatitis C
information

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



CanHepC
Canadian Network on Hepatitis C
Réseau Canadien sur l'Hépatite C



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

TABLE DES MATIÈRES

- 1 Sommaire
- 2 Introduction
- 3 Réunion pancanadienne pour partager les progrès et raviver les efforts
- 4 Thèmes émergents et recommandations
- 5 Conclusions et prochaines étapes
- 6 Références

ANNEXES

- A Liste des participant·e·s à la réunion
- B Ordre du jour et liste des documents préparatoires
- C Liste des organisateur·trice·s de la réunion et des membres du comité consultatif



Il est suggéré de formuler ainsi toute citation : CATIE, Réseau Canadien sur l'Hépatite C et Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de la réunion pancanadienne sur l'élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts*. Toronto. CATIE, 2024. À l'adresse : www.catie.ca

Il existe également une version anglaise du présent rapport. Le contenu de cette publication peut être reproduit et distribué à des fins non commerciales sans autorisation. Toute modification du contenu doit faire l'objet d'une autorisation.

La réunion et ce rapport qui en découle ont été rendus possibles grâce aux contributions financières de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, ainsi qu'au soutien de Services aux Autochtones Canada, grâce auquel des dirigeant·e·s autochtones ont pu participer à la réunion.

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux organisateur·trice·s de la réunion et aux membres du comité consultatif (voir annexe C) qui se sont réuni·e·s pour partager leur expertise, et sans qui cette réunion n'aurait pas été possible. Nous remercions également l'équipe principale qui a participé à l'élaboration de ce rapport : Laurel Challacombe, Romane Close, Melisa Dickie, Lorraine Fradette, Christopher Hoy et Madison Kennedy; notre traductrice Denise Bérubé, notre réviseuse interne Catherine Poézévara et notre graphiste Gravity Inc.

SOMMAIRE

Qu'est-ce que l'hépatite C et pourquoi est-il important de l'éliminer?

L'hépatite C est un important problème de santé publique. Elle fait partie des maladies infectieuses les plus accablantes, causant plus d'années de vie perdues que toute autre maladie infectieuse au pays et étant l'une des principales causes de cancer du foie et de décès^{1,2}.

Les répercussions de l'hépatite C se font surtout sentir chez certaines des populations les plus marginalisées du Canada, notamment les Autochtones³, les personnes qui utilisent des drogues⁴, les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH)⁵, les immigrant·e·s et les nouveaux·elles arrivant·e·s⁶ et les personnes ayant une expérience d'incarcération⁷.

Nous pouvons parvenir à éliminer l'hépatite C, mais pour ce faire, des efforts soutenus et concertés sont requis de la part de tous les paliers de gouvernement, y compris les dirigeant·e·s autochtones, des secteurs de la santé et des services sociaux et des partenaires participant à la création de programmes et la formulation de politiques. Il est essentiel de mettre en œuvre une approche multisectorielle appelant la participation de différents partenaires offrant des services de lutte contre l'hépatite C aux populations prioritaires tout au long du continuum de soins. Cela implique que les différents paliers de gouvernement, les ministères, les systèmes de santé et les organismes communautaires et de première ligne fassent leur part.

Réunion pancanadienne – Élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts

Pour surmonter les obstacles qui se dressent devant nous, CATIE s'est associé au **Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC)** et à l'**Agence de la santé publique du Canada (ASPC)**, avec le soutien de **Services aux Autochtones Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)**, pour organiser une réunion pancanadienne bilingue sur les efforts d'élimination de l'hépatite C déployés par les programmes et les systèmes de santé à la grandeur du Canada. Cette réunion de deux jours sur invitation intitulée *Élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts* a eu lieu les 5 et 6 février 2024. La réunion a rassemblé des partenaires important·e·s et d'éminent·e·s

expert·e·s qui se sont engagé·e·s à faire progresser les efforts pancanadiens et régionaux en vue d'atteindre les cibles d'élimination de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'ici 2030. Cette réunion visait à encourager l'adoption de pratiques et de politiques fondées sur des données probantes pour atteindre les cibles d'élimination grâce au partage de connaissances et à des discussions.

Thèmes émergents et recommandations

Ce rapport met en lumière les thèmes et les recommandations soulevés lors de la réunion en matière de politiques, de pratiques et de programmes. Ces thèmes et recommandations visant à combler les lacunes et à surmonter les obstacles à une réponse concertée en vue d'éliminer l'hépatite C au Canada peuvent être répartis en deux grandes catégories : 1) systèmes de santé et politiques et 2) création et mise en œuvre de programmes.

SYSTÈMES DE SANTÉ ET POLITIQUES

1 Garantir l'approbation par les gouvernements des cibles d'élimination de l'hépatite C et leur engagement à atteindre ces cibles dans tous les secteurs du système de santé

Pour parvenir à l'élimination, il faut un leadership et une action concertée à l'échelon des systèmes de santé et des politiques. Cela requiert donc la participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des responsables des systèmes de soins de santé, des administrations municipales, des organismes de santé publique et des instances dirigeantes autochtones.

2 Soutenir les efforts en adoptant une approche axée sur l'équité en matière de santé : point de mire sur l'élimination des obstacles pour les populations prioritaires

L'élimination de l'hépatite C au Canada passe obligatoirement par une approche d'équité en matière de santé s'attaquant aux inégalités et améliorant l'accès aux soins. Il faut donc examiner les déterminants sociaux et structurels de la santé, et aplanir les obstacles qui contribuent aux disparités dans les taux d'infection et dans l'accès au dépistage, au traitement et aux soins pour les personnes les plus touchées par l'hépatite C. Les cinq populations prioritaires qui sont surreprésentées dans les statistiques de l'hépatite C sont les suivantes : les Autochtones (membres des Premières Nations, Métis-es et Inuit-e-s); les personnes qui utilisent des drogues (PUD); les personnes ayant une expérience d'incarcération; les immigrant-e-s et les nouveaux-elles arrivant-e-s en provenance de pays où l'hépatite C est courante et les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH).

3 Mettre en œuvre des stratégies propres aux prisons dans les établissements pénitentiaires fédéraux et provinciaux

Les personnes incarcérées sont touchées de manière disproportionnée par l'hépatite C. Les obstacles uniques associés au milieu carcéral, ainsi que les possibilités de microélimination, justifient des considérations supplémentaires aux échelons fédéral et provincial. Les recommandations pour les prisons comprennent le dépistage universel, avec option de refus, à l'entrée, l'amorce du traitement par des prescripteur-trice-s non spécialisé-e-s ou par télémedecine, l'arrimage des personnes aux soins communautaires à leur libération et l'amélioration de l'accès aux fournitures et aux programmes de réduction des méfaits (p. ex. programmes de seringues et d'aiguilles, traitement par agonistes opioïdes) afin de prévenir les nouvelles infections.

4 Accélérer l'approbation des nouvelles technologies de dépistage et supprimer les obstacles à leur usage

Les nouvelles technologies simplifiées de dépistage de l'hépatite C peuvent complètement changer la donne et aider à repérer les cas non diagnostiqués. Ces nouvelles technologies offrent de nombreux bienfaits, mais chacune d'entre elles se heurte à des obstacles particuliers qui en freinent l'adoption et l'usage à grande échelle.

5 Élargir l'accès aux traitements grâce à la hausse du nombre de prestataires autorisé-e-s et à la simplification des critères de couverture

Pour augmenter le recours aux traitements, il est essentiel de veiller à ce qu'ils soient plus facilement accessibles et disponibles. Bien que les provinces et territoires et le gouvernement fédéral aient amélioré l'accès à la couverture par les fonds publics du traitement de l'hépatite C, des obstacles subsistent encore. En simplifiant les exigences relatives au remboursement du traitement, on peut améliorer l'accessibilité du traitement, permettant du même coup d'amorcer ce dernier plus tôt. Par ailleurs, il existe à l'heure actuelle des divergences importantes entre les différentes provinces et territoires en ce qui concerne les types de prestataires autorisés à prescrire et à administrer le traitement de l'hépatite C. En réduisant les exigences concernant les prescripteur-trice-s et en augmentant le nombre de prescripteur-trice-s, le traitement sera plus largement accessible.

6 Tirer parti des investissements, des politiques et des stratégies en lien avec la COVID-19

Bien que la pandémie de COVID-19 ait grandement perturbé les efforts d'élimination de l'hépatite C, de nombreux progrès ont été réalisés pendant cette période et pourraient être mis à profit dans la riposte à l'hépatite C. Tirer parti de ces progrès, tels que l'infrastructure de santé numérique et de télémedecine, et reproduire les politiques de diagnostic et les systèmes de données mis en place pour la COVID-19 pourrait soutenir les efforts en vue de l'élimination de l'hépatite C.

7 Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance : Améliorer la collecte des données, promouvoir le partage des données et la collaboration, et renforcer les capacités de suivi et de surveillance

Tout en respectant la souveraineté et la gouvernance des Autochtones quant aux données les concernant, l'élimination de l'hépatite C au Canada nécessite l'amélioration du suivi et de la surveillance des données concernant cette infection dans toutes les provinces et tous les territoires, y compris la façon dont ces données sont recueillies, rassemblées et transmises. Il est également nécessaire de fournir des estimations propres à chaque population à l'échelon provincial/territorial. Cet élément est essentiel pour soutenir la planification des services de santé, l'exécution des programmes et le suivi des progrès vers les cibles d'élimination de 2030.

CRÉATION ET MISE EN ŒUVRE DE PROGRAMMES

1 Mettre l'accent sur les initiatives de microélimination : approches ciblées, adaptées et expansibles pour atteindre des populations particulières

La microélimination a été proposée comme moyen pragmatique de fixer des objectifs d'élimination réalistes, d'allouer des ressources et de soutenir l'expertise locale afin d'adapter, de mettre en œuvre et de démultiplier les interventions. La microélimination consiste à éliminer l'hépatite C dans des segments définis de la population dans une zone géographique délimitée, suivant une stratégie visant à atteindre progressivement les cibles nationales d'élimination⁸. Les groupes cibles peuvent inclure des personnes dans certains contextes, des sous-populations ou des cohortes d'âges, comme les personnes incarcérées, qui bénéficieraient de la prévention et des soins liés à l'hépatite C en raison du lien entre l'hépatite C, l'usage de drogues injectables et l'incarcération⁹.

2 Intégrer la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C dans les services communautaires ou de soins primaires afin d'atteindre les populations prioritaires

En simplifiant les approches en matière de dépistage et de traitement, on peut améliorer l'arrimage aux soins liés à l'hépatite C, en particulier pour les populations marginalisées. Intégrer les programmes de lutte contre l'hépatite C ou assurer leur mise en œuvre dans les services communautaires, les services de soins primaires ou d'autres structures, plutôt que de les « centraliser » dans un hôpital ou une clinique spécialisée, les rend plus accessibles.

3 Garantir des approches intégrées, peu restrictives et holistiques de la prise en charge de l'hépatite C : adhésion au principe d'équité en matière de santé

Les programmes intégrés et peu restrictifs relatifs à l'hépatite C peuvent contribuer à lever les obstacles rencontrés par les populations prioritaires, qui sont surreprésentées dans les statistiques de l'hépatite C au Canada et qui ne sont pas bien desservies par le système public de soins de santé.

4 Donner la priorité aux programmes menés par les communautés et créés pour répondre aux besoins locaux

Pour éliminer l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique, il est important de non seulement maintenir les programmes communautaires, mais d'en accroître l'étendue et la portée. Les programmes sont plus pertinents et mieux adaptés lorsque les personnes les plus touchées participent activement à leur élaboration et leur adaptation.

5 Élargir l'accès aux services de réduction des méfaits et à d'autres services peu restrictifs s'adressant aux personnes qui utilisent des drogues afin de prévenir l'hépatite C chez ces personnes

L'hépatite C touche les personnes qui utilisent des drogues de manière disproportionnée; la prévention de l'hépatite C au sein de cette population doit donc être au cœur des efforts d'élimination. L'élargissement de l'accès aux programmes de prévention est essentiel aux efforts d'élimination.

6 Comblent les lacunes dans le diagnostic de l'hépatite C : garantir des tests de dépistage ciblés et accessibles

Il est essentiel d'élargir l'accès au dépistage et au diagnostic de l'hépatite C afin d'arrimer un plus grand nombre de personnes au traitement et d'atteindre des objectifs plus larges en matière d'élimination. Il nous faut accroître l'utilisation des technologies de dépistage à notre disposition et intensifier les efforts en matière de dépistage.

CONCLUSION ET PROCHAINES ÉTAPES

Pour progresser vers l'élimination de l'hépatite C au Canada, il est essentiel de mettre en œuvre, à l'échelon des systèmes et des programmes, des stratégies qui s'attaquent aux inégalités en matière de santé et qui améliorent l'accès aux soins liés à l'hépatite C. À l'échelon des systèmes, un leadership coordonné de tous les secteurs du gouvernement, un engagement en faveur de l'équité en matière de santé, un accès plus rapide aux technologies de dépistage et l'augmentation du nombre de prestataires autorisé-e-s à prescrire le traitement et de la couverture des traitements sont nécessaires pour atteindre un plus grand nombre de personnes touchées par l'hépatite C, en veillant à ce qu'un plus grand nombre de personnes reçoivent un diagnostic, des soins et un traitement en temps opportun au sein de diverses communautés. Pour mener une riposte nationale concertée, le renforcement des systèmes de suivi et de surveillance permettra d'améliorer la collecte et la transmission des données afin de suivre très étroitement les progrès accomplis dans l'atteinte des cibles d'élimination de 2030.

Les stratégies axées sur la création de programmes, qui comprennent des initiatives de microélimination adaptées à des populations particulières, ainsi que l'intégration de la prévention, du dépistage et du traitement de l'hépatite C dans les structures communautaires et de soins primaires, seront cruciales pour atteindre les populations prioritaires. En particulier, l'accent mis sur des approches holistiques et communautaires peu restrictives conduit à la création de programmes pertinents et adaptés aux personnes les plus touchées par l'hépatite C. L'amplification des services de réduction des méfaits et d'autres services liés à l'usage de substances jouera également un rôle préventif central et comblera le fossé en matière de diagnostic de l'hépatite C.

La réunion pancanadienne sur l'élimination visait à raviver les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada en encourageant l'adoption de pratiques et de politiques fondées sur des données probantes. Le dialogue multirégional et intersectoriel a stimulé la collaboration et le partage des connaissances entre les participant-e-s représentant des organismes communautaires, des clinicien-ne-s et des chercheur-euse-s de tout le pays, ainsi que de grandes agences fédérales. Ce dialogue a permis de dénicher des ouvertures vers une réponse concertée et vers des progrès considérables dans l'élimination de l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Il est essentiel de favoriser les partenariats entre les gouvernements, les prestataires de soins de santé, les organismes communautaires et les personnes les plus touchées par l'hépatite C afin d'élaborer une stratégie globale, équitable et efficace pour atteindre les cibles d'élimination fixées pour 2030. En donnant la priorité aux initiatives communautaires, on s'assurera que les programmes correspondent aux besoins et aux obstacles des différentes régions du Canada. Les prochaines étapes devraient porter sur le renforcement de l'engagement aux échelons national, provincial/territorial et local, y compris l'intensification des initiatives et des programmes pour les systèmes de santé et les organismes communautaires. En tenant compte de ces recommandations, le Canada peut faire des progrès importants vers l'objectif d'éliminer l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.



INTRODUCTION

Le Canada participe à un effort mondial visant à éliminer l'hépatite virale, y compris l'hépatite C, en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. L'hépatite C est une infection virale qui touche principalement le foie. Si elle n'est pas traitée, elle comporte des risques importants pour la santé, tels que la cirrhose, le cancer du foie et l'insuffisance hépatique, qui entraînent des maladies graves et le décès.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 58 millions de personnes dans le monde vivaient avec l'hépatite C chronique en 2020, et 1,5 million de nouveaux cas surviennent chaque année¹⁰. La stratégie mondiale du secteur de la santé (SMSS) de l'OMS contre l'hépatite virale, publiée en 2016, fixe des cibles ambitieuses, soit réduire de 90 % les nouveaux cas, diagnostiquer 90 % des cas existants et traiter 80 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'ici à 2030¹¹.

En février 2024, CATIE, en partenariat avec le Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), et avec le soutien de Services aux Autochtones Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a organisé

une réunion de deux jours afin d'accélérer les progrès vers l'élimination de l'hépatite C au Canada. Intitulée *Élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts*, cette réunion pancanadienne a rassemblé des partenaires important-e-s et d'éminent-e-s expert-e-s qui se sont engagé-e-s à faire progresser les efforts nationaux et régionaux pour atteindre les cibles d'élimination d'ici à 2030. Cette réunion visait à favoriser l'adoption de pratiques et de politiques fondées sur des données probantes pour atteindre les cibles d'élimination grâce au partage des connaissances et à des discussions. Le présent rapport met en lumière les thèmes et les recommandations formulées à l'issue de la réunion en matière de politiques, de pratiques et de programmes.

Pourquoi éliminer l'hépatite C?

Il existe de nombreuses raisons d'éliminer l'hépatite C.

Amélioration des résultats en matière de santé publique par la prévention des décès et des complications graves pour la santé : L'hépatite C est un important problème de santé publique. L'hépatite C chronique peut entraîner des maladies hépatiques graves telles que la cirrhose, le cancer du foie et l'insuffisance hépatique. Elle fait partie des maladies infectieuses les plus accablantes au Canada, causant plus d'années de vie perdues que n'importe quelle autre maladie infectieuse dans le pays, et est l'une des principales causes de cancer du foie et de décès^{1,2}.

Élimination des inégalités en matière de santé : Les principales répercussions de l'hépatite C affectent surtout certaines des populations les plus marginalisées du Canada, notamment les Autochtones³, les personnes qui utilisent des drogues⁴, les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH)⁵, les immigrant-e-s et les nouveaux-elles arrivant-e-s⁶ et les personnes ayant une expérience d'incarcération⁷. Outre l'hépatite C, ces communautés sont confrontées à plus de problèmes de santé physique et mentale, aggravés par d'autres facteurs sociaux tels que le racisme, le colonialisme, la criminalisation, l'homophobie et la pauvreté¹². L'élimination de l'hépatite C peut être un moyen important de soutenir les communautés en quête d'équité et peut même servir de porte d'entrée pour d'autres services sociaux ou de santé.

Obtention de bienfaits économiques : Le traitement et la prise en charge des maladies hépatiques avancées sont coûteux¹³⁻¹⁵. Une étude récente a montré que la hausse des taux de diagnostic et de traitement requise pour atteindre les cibles permettra d'économiser 122,6 millions de dollars en coûts de santé au total au Manitoba, en Ontario et au Québec d'ici à 2030 par rapport à notre trajectoire actuelle¹⁶. Une étude a révélé que dans la seule province de l'Ontario, les coûts moyens sur 30 jours de la prise en charge des maladies hépatiques liées à l'hépatite C se situaient environ entre 798 dollars par patient-e sans cirrhose et plus de 8 700 dollars pour les patient-e-s atteint-e-s de maladies graves comme la cirrhose décompensée et le cancer du foie¹⁵. En investissant dès maintenant dans l'élimination de l'hépatite C, on pourra grandement réduire les coûts liés aux soins de santé, notamment ceux liés au traitement des maladies du foie telles que la cirrhose et le cancer du foie¹⁷.

Pourquoi sommes-nous bien positionné-e-s pour éliminer l'hépatite C?

Percées importantes dans les stratégies de traitement, de dépistage et de prévention : Les progrès en matière de traitement signifient que l'hépatite C peut désormais être guérie à l'aide d'antiviraux simples, bien tolérés et très efficaces. Ces traitements sont donc plus simples, plus courts, mieux tolérés et beaucoup plus efficaces que les traitements antérieurs, puisqu'ils permettent de guérir plus de 95 % des personnes qui les prennent. Or, la guérison est ce qui rend possible l'élimination de l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique, et les autres progrès dans le domaine du dépistage et de la prévention peuvent accélérer ce processus¹⁶. Depuis l'arrivée de tests et de méthodes de diagnostic plus simples, comme les tests au point de service et les tests de dépistage réflexe, nous disposons de plus d'options permettant de repérer les cas non diagnostiqués^{18,19}. Des interventions fondées sur des données probantes, telles que les programmes d'aiguilles et de seringues (PAS) et le traitement par agonistes opioïdes, se sont révélées efficaces pour réduire la transmission et prévenir la réinfection^{20,21}.

Engagement politique envers l'élimination de l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique : Le Canada s'est engagé à éliminer l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2016 une *Stratégie mondiale pour le secteur de la santé* (SMSS) qui vise à éliminer l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 en fixant des cibles ambitieuses en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de vaccination qui guident les progrès vers les cibles de 2030¹¹. Le Canada a soutenu ces efforts dans le *Cadre d'action pancanadien sur les infections transmises sexuellement et par le sang* (ITSS), publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en 2018 et dans le plan d'action quinquennal *Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, en 2019²³. En adoptant les cibles d'élimination de la SMSS de l'OMS, le Canada vise à réduire de 90 % les nouvelles infections par le virus de l'hépatite C (VHC), à diagnostiquer 90 % des cas et à traiter 80 % des personnes vivant avec l'hépatite C d'ici à 2030 (voir l'encadré ci-dessous). Ce plan d'action sur les ITSS fournit également une approche structurée des mesures à prendre en matière de santé publique pour lutter contre l'hépatite virale. Il a été renouvelé en 2024²⁴, avec l'ajout

d'une série de mesures reposant sur quatre piliers fondamentaux - la prévention, le dépistage, l'amorce des soins et du traitement, et les soins et le soutien continus, qui peuvent être mis en œuvre par les différents ministères fédéraux qui en sont responsables.

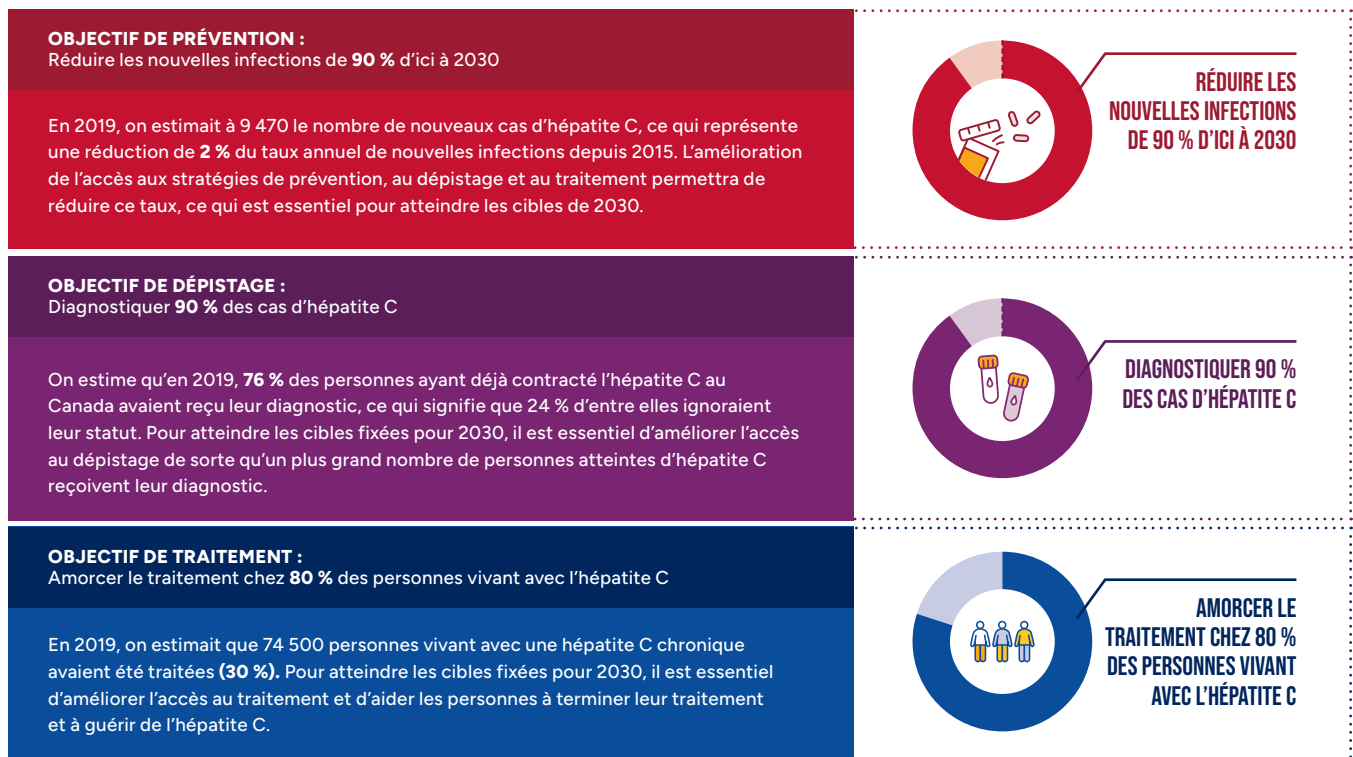
Coalitions nationales et régionales pour l'élimination : CanHepC a publié le *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada*²⁵ en 2019 pour compléter le plan d'action sur les ITSS. Le *Modèle directeur* offre une gamme de recommandations fondées sur des données probantes pour lutter contre l'hépatite C par la prévention, le dépistage et le diagnostic, ainsi que les soins et le traitement, en mettant particulièrement l'accent sur les populations prioritaires, qui sont les plus touchées. Ce document a servi de fondement aux coalitions régionales pour l'élaboration de « feuilles de route » pour

l'élimination de l'hépatite C dans leurs régions respectives du Canada. Ces coalitions comprennent l'engagement des gouvernements, des prestataires de soins de santé, des scientifiques et des organismes communautaires à travailler ensemble à une réponse concertée.

Surveillance rigoureuse de la santé publique : En 2022, l'ASPC a publié des estimations nationales sur l'hépatite C afin de suivre les progrès du Canada par rapport aux cibles d'élimination de 2020 et de 2030 du **Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang**. Ces estimations fournissent une indication de nos progrès sur la voie de l'élimination jusqu'à la fin de 2019. À l'avenir, les estimations produites pourront nous aider à suivre nos progrès vers l'élimination de l'hépatite C d'ici à 2030. L'état de nos progrès à la fin de 2019 est détaillé dans l'encadré ci-dessous.

PROGRÈS DU CANADA VERS LES CIBLES D'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE C

À l'instar de pays de tous les continents, le Canada s'est engagé à éliminer l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Des cibles d'élimination ont été établies pour le Canada, notamment en ce qui concerne la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C*. L'atteinte de ces cibles devrait permettre d'éliminer l'hépatite C au Canada d'ici à 2030. Voici où nous en étions à la fin de 2019** :



*Cibles fixées dans le *Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

**Estimations de l'Agence de la santé publique du Canada pour 2019

Que faut-il faire pour parvenir à l'élimination?

Malgré les efforts déployés jusqu'à présent, les récentes estimations relatives à l'hépatite C indiquent qu'en 2020, le Canada n'était pas en voie de parvenir à l'élimination en fonction des cibles fixées pour 2030²⁶. Ce constat souligne la nécessité de donner la priorité aux efforts d'élimination de l'hépatite C pour garantir l'atteinte des cibles de 2030. La pandémie de COVID-19 a creusé davantage le fossé en exacerbant les inégalités en matière de santé^{27,28}, en mettant à rude épreuve nos systèmes de santé et en perturbant les services liés à l'hépatite C dans l'ensemble du continuum de soins²⁹⁻³².

L'élimination est à notre portée, mais elle nécessitera des efforts soutenus et concertés. On peut parvenir à l'élimination de l'hépatite C grâce à une action collective regroupant tous les secteurs du gouvernement et de la santé et des partenaires participant à la création de programmes et la formulation de politiques. Il est essentiel de mettre en œuvre une approche multisectorielle avec

différent-e-s partenaires qui participent à la mise en place de services de prise en charge de l'hépatite C pour les populations prioritaires tout au long du continuum de soins. Cela implique que les différents paliers de gouvernement, les instances dirigeantes autochtones, les ministères, les systèmes de santé et les organismes communautaires et de première ligne s'engagent à participer à une riposte concertée. L'élimination de l'hépatite C nécessitera des actions coordonnées de la part de tou-te-s ces partenaires au sein des systèmes de santé.

Le Canada doit redoubler d'efforts pour retrouver l'élan perdu et atteindre son objectif d'éliminer l'hépatite C d'ici à 2030.

Pour surmonter les obstacles qui se dressent devant nous, CATIE s'est associé à CanHepC et à l'ASPC, et avec le soutien de Services aux Autochtones Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, pour organiser une réunion bilingue sur les efforts pancanadiens d'élimination de l'hépatite C déployés par les programmes et les systèmes de santé.





UNE RÉUNION PANCANADIENNE POUR PARTAGER LES PROGRÈS ET RAVIVER LES EFFORTS

Les 5 et 6 février 2024, **CATIE**, en partenariat avec le **Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC)** et l'**Agence de la santé publique du Canada (ASPC)**, a organisé une réunion pancanadienne de deux jours sur invitation intitulée *Élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts*. Cette réunion visait à soutenir les efforts pancanadiens pour atteindre les objectifs d'élimination de l'hépatite C d'ici à 2030 par la communication de données probantes, la mobilisation des connaissances et le réseautage.

OBJECTIFS DE LA RÉUNION

- 1** Raviver l'élan et favoriser la synergie des réponses canadiennes aux objectifs d'élimination de l'hépatite C à la suite des interruptions dues à la pandémie de COVID-19.
- 2** Faciliter la collaboration multirégionale et intersectorielle, l'échange de connaissances et le réseautage entre les chercheurs et chercheuses, les prestataires de services, les dirigeants et dirigeantes de programmes et les principaux/ales décideurs et décideuses dans le domaine de l'hépatite C.
- 3** Communiquer les progrès réalisés à l'égard des objectifs d'élimination dans les provinces, les territoires et au niveau fédéral.
- 4** Façonner les priorités stratégiques afin de faire progresser et d'appuyer les efforts d'élimination du Canada.
- 5** Faire entendre la voix des membres des populations prioritaires et faire appel à leur expertise en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'action pour l'élimination.
- 6** Créer un mécanisme pour une bonne communication des pratiques optimales et des enseignements tirés de la mise en œuvre et de l'intensification des efforts d'élimination au pays.

Avant la réunion, les organisateur-trice-s ont travaillé avec un comité consultatif qui a grandement contribué à la préparation de l'ordre du jour et de la liste des participant-e-s. Le comité consultatif était composé de représentant-e-s nationaux-ales d'organismes communautaires de lutte contre l'hépatite C, de clinicien-ne-s et de chercheur-euse-s, ainsi que de grandes agences fédérales. Il s'agit notamment de l'Agence de la santé publique du Canada, de Service correctionnel Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada et de Services aux Autochtones Canada. Les cinq populations prioritaires touchées de manière disproportionnée par l'hépatite C étaient représentées au sein du comité consultatif (voir la liste complète des membres du comité consultatif à l'**annexe C**) :

- Autochtones (membres des Premières Nations, Inuit-e-s et Métis-ses);
- personnes qui utilisent des drogues (PUD);
- personnes ayant une expérience d'incarcération;
- immigrant-e-s et nouveaux-elles arrivant-e-s en provenance de pays où l'hépatite C est courante; et
- hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH).

À partir des commentaires du comité consultatif, les organisateur-trice-s de la réunion ont invité des personnes à y assister en veillant à ce que les participant-e-s reflètent la diversité régionale et représentent un éventail de personnes travaillant à la riposte à l'hépatite C. La réunion a rassemblé plus de 80 partenaires important-e-s aux échelons national, provincial et territorial qui influent sur les efforts en vue de

l'élimination de l'hépatite C au Canada. Il s'agit notamment des catégories de personnes suivantes :

- travailleur-euse-s en santé publique
- scientifiques
- décisionnaires en matière de politiques de santé
- planificateur-trice-s de services
- autres décisionnaires (y compris les médecins hygiénistes en chef de six provinces et territoires)
- clinicien-ne-s
- personnes travaillant dans des organismes communautaires
- leaders communautaires provenant des populations prioritaires
- personnes ayant un savoir expérientiel

Avant la réunion, on a fourni aux participant-e-s de la documentation de base, y compris un document de synthèse et deux webinaires en ligne préenregistrés présentés par des expert-e-s externes. L'objectif était de s'assurer que tou-te-s les participant-e-s arrivent à la réunion avec la même compréhension des efforts à déployer et des possibilités d'élimination de l'hépatite C (**annexe B**).

L'ordre du jour final a été structuré de manière à favoriser et à susciter un dialogue multirégional et intersectoriel entre les participant-e-s, afin qu'ils et elles puissent faire part de leurs expériences, leurs points de vue, leurs préoccupations et les obstacles auxquels ils et elles étaient confronté-e-s. Cela a permis de repérer les ouvertures globales aux échelons fédéral, territorial et provincial pour faire avancer les efforts concertés d'élimination de l'hépatite C (**annexe B**).

ORDRE DU JOUR DE LA RÉUNION ET QUESTIONS DIRECTRICES

Pendant deux jours, les participant-e-s ont présenté des exposés et participé à des dialogues en séance plénière et à des discussions en petits groupes. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- Pourquoi l'élimination de l'hépatite C au Canada est-elle importante, urgente et réalisable, et comment pouvons-nous raviver les efforts?
- Que nous révèlent les données sur les progrès réalisés en matière d'élimination au Canada?
- Comment l'hépatite C s'intégrera-t-elle dans le nouveau plan d'action quinquennal 2024-2030 de l'Agence de la santé publique du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang?
- Quels changements majeurs et efficaces permettraient d'éliminer l'hépatite C par la prévention, le dépistage, le traitement ou les soins?
- Quelles sont les approches qui fonctionnent bien, comment les obstacles ont-ils été surmontés et comment ces solutions pourraient-elles être appliquées à une plus grande échelle?
- Comment l'élimination de l'hépatite C peut-elle être réalisée au sein des différents systèmes de santé provinciaux et territoriaux au Canada?
- Quels sont les changements majeurs qui pourraient être intégrés aux programmes et aux systèmes de votre région pour contribuer à l'élimination de l'hépatite C?

Voir l'**annexe B** pour l'ordre du jour complet de la réunion



THÈMES ÉMERGENTS ET RECOMMANDATIONS :

Des lacunes et des obstacles importants persistent dans la mise en place d'une réponse concertée pour éliminer l'hépatite C au Canada. Les thèmes émergents et les recommandations formulées lors de la réunion pour combler ces lacunes et surmonter ces obstacles se répartissent dans deux grandes catégories :

1) systèmes de santé et politiques, et 2) création et mise en œuvre de programmes.

SYSTÈMES DE SANTÉ ET POLITIQUES

1 **Garantir l'approbation par les gouvernements des cibles d'élimination de l'hépatite C et leur engagement à atteindre ces cibles dans tous les secteurs du système de santé**

Pour parvenir à l'élimination, il faut un leadership et une action concertée à l'échelon des systèmes de santé et des politiques. Cela implique la participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des responsables des systèmes de soins de santé, des administrations municipales, des organismes de santé publique et des instances dirigeantes autochtones. L'approbation par ces dirigeant-e-s et leur soutien sont essentiels pour mettre en œuvre des changements dans les politiques et les systèmes de santé et pour donner la priorité aux investissements dans les programmes et les services liés à l'hépatite C. Pour ce faire, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ainsi que les autorités sanitaires doivent intégrer l'hépatite C à titre prioritaire

dans les stratégies de prévention des ITSS et du cancer, et de promotion de la santé sexuelle. L'intégration de l'hépatite C dans des stratégies de santé plus vastes peut faciliter la coordination au sein des systèmes de santé et garantir le financement des services liés à l'hépatite C.

Un engagement en faveur de l'élimination de l'hépatite C est également requis de la part des agences fédérales et régionales qui supervisent les soins de santé pour des populations prioritaires particulières. À l'échelon fédéral, il s'agit de Service correctionnel Canada (SCC), de Services aux Autochtones Canada (SAC) et d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).

Tous les paliers de gouvernement doivent s'unir et donner la priorité à l'élimination de l'hépatite C. Sans une action concertée, nous ne pourrions pas atteindre nos objectifs. – Décisionnaire provincial-e

2 Soutenir les efforts en adoptant une approche axée sur l'équité en matière de santé : point de mire sur l'élimination des obstacles pour les populations prioritaires

Au Canada, cinq populations prioritaires sont touchées de manière disproportionnée par l'hépatite C :

- les Autochtones (membres des Premières Nations, Inuit-e-s et Métis-ses);
- les personnes qui utilisent des drogues (PUD);
- les personnes ayant une expérience d'incarcération;
- les immigrant-e-s et nouveaux-elles arrivant-e-s originaires de pays où l'hépatite C est courante; et
- les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH).

Ces groupes sont marginalisés en raison de facteurs sociaux et structurels, notamment la discrimination, la criminalisation et la stigmatisation, qui augmentent le risque de contracter l'hépatite C et créent des obstacles à l'accès aux soins¹². L'élimination de l'hépatite C au Canada ne peut se faire que par une approche d'équité en matière de santé qui s'attaque aux inégalités et améliore l'accès aux soins pour ces populations. Ce travail doit se faire par le biais d'une mobilisation efficace des personnes issues de ces communautés. Les interventions et les services doivent être adaptés et pertinents et répondre à leurs besoins, et être fournis d'une manière qui tienne compte de la culture, de la langue et des expériences passées.

Des efforts doivent être déployés au niveau des systèmes et des politiques pour réduire les obstacles aux services liés à l'hépatite C, notamment en allouant des ressources pour financer des interventions propres à chaque population afin de fournir des soins intégrés et en s'attaquant aux facteurs sociaux et structurels qui exacerbent les inégalités en matière de santé.

3 Mettre en œuvre des stratégies propres aux prisons dans les établissements pénitentiaires fédéraux et provinciaux

Pour atteindre les cibles d'élimination, la mise en œuvre de stratégies adaptées aux prisons dans les établissements pénitentiaires fédéraux et provinciaux est essentielle, compte tenu des obstacles uniques associés au milieu carcéral et des possibilités de microélimination. Les personnes incarcérées sont touchées de manière disproportionnée par l'hépatite C⁷. Cela s'explique par le fait

que la criminalisation de l'usage de drogues entraîne une surreprésentation des personnes qui utilisent des drogues dans les prisons, où les pratiques à risque élevé telles que le partage de matériel d'usage de drogues et le tatouage non réglementé sont courantes³³. L'accès limité à du matériel stérile et à des produits de réduction des méfaits augmente les risques de transmission de l'hépatite C³³. Compte tenu de ces facteurs, les recommandations pour les prisons comprennent le dépistage universel, avec option de refus, à l'entrée, l'amorce du traitement par des prescripteur-trice-s non spécialisé-e-s ou par télémédecine, l'arrimage des personnes aux soins communautaires après leur libération et l'amélioration de l'accès aux fournitures et aux programmes de réduction des méfaits (p. ex. programmes de seringues et d'aiguilles, traitement par agonistes opioïdes) afin de prévenir de nouvelles infections.

4 Accélérer l'approbation des nouvelles technologies de dépistage et supprimer les obstacles à leur usage

Au Canada, le dépistage de l'hépatite C se fait surtout par test standard en deux étapes. Selon cette approche, on utilise deux échantillons de sang distincts prélevés à deux moments différents pour confirmer un diagnostic d'hépatite C chronique et confirmer l'admissibilité au traitement.

Le premier échantillon de sang permet de détecter les anticorps anti-VHC. Si le résultat est positif, un deuxième échantillon de sang est prélevé pour un test de confirmation qui est envoyé à un laboratoire pour analyse. Bien que ce processus de test en deux étapes soit la méthode de dépistage la plus courante au Canada, il constitue un obstacle important au diagnostic d'une infection en cours par le virus de l'hépatite C. En effet, deux tests et plusieurs rendez-vous sont souvent nécessaires, et de nombreuses personnes seront perdues de vue au cours de ce processus²⁵. Au Canada, les études semblent indiquer que seulement 70 à 85 % des personnes dont le test de dépistage révèle la présence d'anticorps anti-VHC se prêtent à un test de confirmation³³. L'OMS a recommandé des technologies et des processus de dépistage plus simples (p. ex. dépistage au point de service) afin d'améliorer l'arrimage au traitement de l'hépatite C et la rétention dans le parcours de soins³⁴.

De nouvelles technologies simplifiées de dépistage de l'hépatite C pourraient révolutionner le dépistage et nous aider à repérer les cas non diagnostiqués. Ces technologies peuvent compléter le processus de dépistage standard en deux étapes (voir encadré ci-contre). Elles présentent également l'avantage de réduire le nombre de rendez-vous à la clinique nécessaires à l'obtention d'un diagnostic. Cela dit, chacune de ces technologies se heurte à des obstacles particuliers qui freinent son adoption et son utilisation à grande échelle.

Le **dépistage réflexe** est une approche qui concerne le flux de travail des laboratoires et vise à simplifier les tests en deux étapes pour qu'ils n'en comportent qu'une seule. Plus besoin d'un deuxième rendez-vous et d'une nouvelle prise de sang. Cela permet aussi de garantir l'accès dans tous les cas à un diagnostic complet et de réduire le risque qu'une personne ne soit pas prise en charge³⁶. Un autre avantage du dépistage réflexe est qu'avec plus de diagnostics confirmés en laboratoire, la Santé publique est en mesure de recueillir plus de données pour tracer un portrait plus précis des cas actuels d'hépatite C au pays. La plupart des provinces suivent ce processus pour les premiers tests confirmant la présence d'anticorps, mais les personnes ayant déjà obtenu un résultat positif ne se voient pas prescrire de test de confirmation réflexe lors d'un dépistage ultérieur, ce qui crée des obstacles au traitement pour les personnes présentant un risque continu de réinfection.

Les nouvelles **technologies de dépistage au point de service** peuvent fournir des résultats quasi instantanés et être offertes par une grande variété de prestataires³⁷. Elles sont déjà utilisées dans le monde entier. Si certains de ces outils sont déjà utilisés, d'autres doivent toujours être approuvés par les autorités fédérales de réglementation. Le Canada doit approuver l'utilisation de ces outils et investir pour les rendre largement disponibles au sein du système de santé et dans les milieux communautaires. Un financement et la mise en place d'une infrastructure (c'est-à-dire, dossiers médicaux et outils de collecte de données) sont nécessaires pour garantir la communication des résultats de manière centralisée et la mise en place de systèmes favorisant l'arrimage aux soins. Outre ces technologies de dépistage en attente d'approbation, d'autres, y compris des technologies fabriquées par des entreprises canadiennes et commercialisées dans d'autres pays, n'ont pas encore été soumises à Santé Canada. Il est nécessaire de mobiliser ces fabricants, le cas échéant, pour

qu'ils soumettent une demande d'approbation de leurs technologies au Canada.

Le test de la **goutte de sang séché** (GSS) est une autre méthode de collecte d'échantillons qui peut étendre la portée des tests, en particulier dans les zones rurales et éloignées, ou pour les personnes dont les veines sont difficiles d'accès³⁸. Bien que le test de la GSS soit approuvé par Santé Canada à titre d'outil diagnostique, il n'est pas largement disponible ou utilisé. Il n'est actuellement disponible pour les tests de routine que dans une seule province. Il doit être plus largement adopté par les laboratoires de santé publique, et la distribution de trousse de test de goutte de sang séché doit être amplifiée.

En plus de leur approbation, ces nouvelles technologies de tests simplifiés nécessitent un financement durable.

Le test de dépistage des anticorps au point de service est un test sanguin rapide, effectué par piqûre au doigt, qui permet de détecter les anticorps dirigés contre le VHC³⁹. Ce test est portable et facile à administrer, et il donne des résultats en 20 minutes ou moins^{40,41}. Il peut également être utilisé en dehors d'un milieu clinique et peut être effectué par des prestataires non clinicien-ne-s avec le soutien approprié. Des tests de laboratoire supplémentaires sont encore nécessaires pour confirmer une infection en cours par le VHC et pour que le traitement de la personne soit pris en charge par l'État.

Même si ce test de dépistage des anticorps au point de service est actuellement autorisé, il n'existe pas de financement public durable pour permettre l'achat et l'utilisation de ces tests par les prestataires de services de première ligne. Les autorités provinciales et territoriales ont un rôle important à jouer pour soutenir le financement et l'adoption de ces tests.

Le test rapide de dépistage de l'ARN du VHC au point de service est un test sanguin rapide par piqûre au doigt permettant de diagnostiquer l'hépatite C avec un test de confirmation par dépistage d'ARN⁴². Un échantillon est placé dans un appareil sur place et les résultats sont obtenus en une heure environ⁴³.

Il est également possible de faire suivre immédiatement un résultat positif à un dépistage d'anticorps par un test de dépistage d'ARN au point de service pour confirmer le résultat et fournir un diagnostic définitif en quelques heures, voire en quelques minutes. Cette méthode peut être utilisée dans des milieux non cliniques et mobiles^{37,44}.

Le test de dépistage rapide de l'ARN du VHC au point de service (Xpert HCV Viral Load Fingerstick) n'est pas actuellement approuvé pour le diagnostic de l'hépatite C au Canada. Santé Canada a homologué des tests rapides de dépistage de l'ARN au point de service pour la COVID-19, la grippe et les infections par le virus respiratoire syncytial, mais n'a pas encore approuvé de tels tests pour l'hépatite C. Une demande d'approbation a été soumise, mais son traitement a été retardé. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'accélération du processus d'approbation des tests rapides de dépistage de l'ARN du VHC au point de service, et doit collaborer avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux afin de garantir l'adoption et le financement public de ces tests.

Les deux tests au point de service peuvent être fournis par un plus grand nombre de prestataires et dans de nouveaux milieux, ce qui élimine la nécessité de se rendre dans les cliniques. On améliorera ainsi l'accès aux tests, en particulier au sein des communautés qui évitent habituellement les interactions avec le système de soins de santé pour diverses raisons, telles que des expériences antérieures de stigmatisation et de discrimination.

5 Élargir l'accès aux traitements grâce à la hausse du nombre de prestataires autorisé·e·s et à la simplification des critères de couverture

Bien que les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral aient amélioré l'accès à la couverture par les fonds publics pour le traitement de l'hépatite C, il y a encore place à amélioration⁴⁵. Le processus de remboursement par les programmes provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments est très complexe dans certaines régions, entraînant des lourdeurs administratives et de longs délais d'attente. Dans certaines régions, il faut notamment

prouver la présence d'une infection chronique, ce qui nécessite des tests répétés sur plusieurs mois et retarde le traitement. Dans certaines provinces, les personnes ont beaucoup de mal à obtenir une assurance médicaments; les franchises élevées sont souvent couvertes par les programmes d'aide aux patient·e·s offerts par les sociétés pharmaceutiques, mais il s'agit là d'une solution temporaire qui peut être retirée à tout moment.

En outre, il existe actuellement de grandes différences entre les provinces et territoires en ce qui concerne les types de prestataires autorisés à prescrire et à administrer le traitement de l'hépatite C⁴⁶. Au Canada, la plupart des soins liés à l'hépatite C sont encore supervisés par des spécialistes. Cela peut entraîner de longs délais d'attente, car ces spécialistes sont relativement peu nombreux et ne travaillent habituellement que dans les grands hôpitaux, ce qui signifie que de nombreuses communautés n'y ont pas accès⁴⁶. Cependant, les traitements modernes sont très efficaces et peuvent facilement être supervisés par la plupart des prescripteur·trice·s de soins primaires, y compris les infirmier·ère·s praticien·ne·s et les médecins de famille. Le Canada doit augmenter le nombre de prestataires formé·e·s au traitement de l'hépatite C, car cela peut garantir que ce dernier sera plus largement disponible et facile d'accès. Augmenter le type de prestataires de soins de santé qui peuvent superviser un traitement contre l'hépatite C signifie également que les personnes pourraient recevoir leur traitement auprès de prestataires familier·ère·s dans des milieux auxquels elles ont déjà accès, notamment les programmes de traitement des dépendances, les centres de santé communautaires et les cliniques de santé sexuelle. Des programmes de formation clinique virtuelle pour les nouveaux·elles prescripteur·trice·s existent déjà aux quatre coins du pays. Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux peuvent collaborer avec les associations de prestataires et les réseaux de soins primaires pour promouvoir et mettre en œuvre le traitement de l'hépatite C, entre autres en élaborant de nouvelles normes de soins de santé et d'autres politiques de soutien.

6 Tirer parti des investissements, des politiques et des stratégies en lien avec la COVID-19

Même si la pandémie de COVID-19 a grandement perturbé les efforts d'élimination de l'hépatite C^{29-32,47}, de nombreux progrès ont été réalisés au cours de cette période et pourraient être mis à profit dans le cadre de la riposte à l'hépatite C⁴⁸, par exemple :

- Des résultats remarquables en matière de partage des données et d'accès à ces données ont été obtenus au cours de la pandémie de COVID-19, avec des bienfaits majeurs pour la santé.
- Les systèmes de surveillance ont été décentralisés pendant la pandémie pour faciliter le suivi en temps réel des cas d'infection.
- Les plateformes de santé numérique, y compris les applications de santé mobile, l'information en ligne et la prestation de soins virtuels par télémedecine, se sont rapidement développées pendant la pandémie et sont devenues plus courantes.
- Les décideurs et le grand public comprennent mieux comment les populations marginalisées sont touchées de manière disproportionnée par les maladies infectieuses.

Tirer parti des progrès engendrés pendant la pandémie, tels que l'infrastructure de santé numérique et de télémedecine, et reproduire les politiques de diagnostic et les systèmes de données mis en place pour la COVID-19 pourrait soutenir les efforts en vue de l'élimination de l'hépatite C.

7 Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance : améliorer la collecte des données, promouvoir le partage des données et la collaboration, et renforcer les capacités de suivi et de surveillance

L'élimination de l'hépatite C au Canada passe par l'amélioration des données de surveillance de cette maladie dans toutes les provinces et territoires, y compris la façon dont ces données sont recueillies, rassemblées et transmises. Cette amélioration est essentielle pour soutenir la planification du système de santé, l'exécution des programmes et le suivi des progrès vers les cibles d'élimination de 2030. À l'heure actuelle, les sources de données disponibles dans la plupart des provinces et des territoires sont fragmentées et ne sont pas mises à profit, ce qui entrave l'efficacité des efforts de planification et de réponse. La mise en place d'une source centralisée de données aux échelons provincial, territorial et fédéral serait utile pour éclairer les politiques de santé, la planification

des programmes et la recherche. Il faudrait pour cela relier les bases de données existantes, partager les données et mesurer de nouveaux indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés vers l'élimination de l'hépatite C. En définissant des paramètres de référence, y compris des paramètres propres aux populations prioritaires, le Canada peut créer une voie plus claire vers l'atteinte des cibles d'élimination de l'hépatite C. Les régions peuvent également mettre en place des tableaux de bord centralisés pour permettre un suivi en temps réel de nos progrès et rendre les données facilement accessibles pour la prise de décision et la planification.

Outre les données complètes et centralisées, il est nécessaire de fournir des estimations propres à chaque population aux échelons provincial/territorial, fédéral et pancanadien, étape essentielle pour orienter les interventions ciblées et suivre étroitement les progrès accomplis dans la réalisation des cibles d'élimination. Plus précisément, l'établissement d'objectifs de dépistage et de traitement pour chaque province et territoire fournirait un cadre clair pour mesurer les progrès accomplis et permettrait de s'assurer que chaque province ou territoire est tenu responsable de l'avancement des efforts d'élimination. La définition de ces objectifs permettrait également de repérer les lacunes en matière de soins afin d'optimiser l'allocation des ressources. Bien que certaines de ces estimations existent, une grande partie est lacunaire en raison de l'absence de collecte obligatoire de données auprès des populations prioritaires là où les soins sont prodigués. Cette collecte de données doit tenir compte de la quête d'équité, et les données doivent être utilisées conjointement à des données qualitatives et contextuelles afin d'éclairer avec exactitude les approches ciblées. Un investissement plus important dans la recherche peut également combler les lacunes dans les données sur la prévalence et l'incidence de l'hépatite C dans les populations prioritaires.

Des données complètes sont essentielles pour suivre nos progrès vers les cibles d'élimination et repérer les domaines à améliorer.

– Représentant·e fédéral·e

Nous avons besoin de données qui reflètent la diversité de notre population pour garantir l'efficacité et l'équité de nos interventions.

– Médecin de santé publique et planificateur·trice de santé

CRÉATION ET MISE EN ŒUVRE DE PROGRAMMES

1 Mettre l'accent sur les initiatives de microélimination : approches ciblées, adaptées et expansibles pour atteindre des populations particulières

La microélimination de l'hépatite C est une approche qui peut contribuer à atteindre graduellement les cibles pancanadiennes d'élimination. Cette approche consiste à éliminer l'hépatite C dans des segments définis de la population dans une zone géographique délimitée⁸. La microélimination a été mise de l'avant comme moyen pragmatique de fixer des cibles d'élimination réalistes, d'allouer des ressources et de soutenir l'expertise locale afin d'adapter, de mettre en œuvre et de démultiplier les interventions. Les segments de la population qui peuvent être ciblés pour la microélimination peuvent inclure des personnes dans certains contextes, certaines zones géographiques, sous-populations ou cohortes d'âges, comme les personnes en milieu carcéral, les personnes en milieu urbain ou les personnes atteintes de co-infections⁴⁹. De nombreux projets de microélimination sont en cours au Canada, mais le fait de faire connaître ces approches et de les répéter dans un plus grand nombre d'endroits peut aider les régions à simplifier la planification et à prendre des mesures réalistes et réalisables en vue de l'élimination. Cela dit, la durabilité est un élément crucial des initiatives de microélimination, car un faible financement à court terme ne permet pas de réaliser des progrès significatifs vers les cibles d'élimination et de combler les lacunes en matière d'équité sanitaire. Un investissement à long terme pour intensifier et maintenir les efforts de microélimination est nécessaire pour éviter de perdre l'élan et de perdre aussi les progrès accomplis vers l'élimination de l'hépatite C.

La microélimination nous permet de concentrer nos efforts là où ils sont les plus nécessaires, en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte dans nos efforts d'élimination.

– Représentant-e fédéral-e

2 Intégrer la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C dans les services communautaires ou de soins primaires afin d'atteindre les populations prioritaires

La simplification des approches en matière de dépistage et de traitement peut améliorer l'arrimage aux soins liés à l'hépatite C, en particulier pour les populations marginalisées⁵⁰. L'intégration des programmes de lutte

contre l'hépatite C ou leur mise en œuvre dans le cadre de services de santé communautaires, de soins primaires ou d'autres structures, au lieu de les « centraliser » dans un hôpital ou une clinique spécialisée, les rend plus accessibles. L'intégration des programmes peut inclure l'élargissement de la portée des services existants (p. ex. un-e prestataire de traitement par agonistes opioïdes qui offre également des tests de dépistage). Elle peut également inclure la coordination des services lorsque des organismes distincts et indépendants relient leurs services par le biais de stratégies de communication intentionnelles et d'une gestion de cas conjointe (p. ex. clinique collaborant avec un site de réduction des méfaits). Cette coordination peut reposer sur des rendez-vous virtuels ou téléphoniques, des horaires partagés et des voies d'orientation claires. Ce modèle peut s'avérer particulièrement utile pour fournir des soins dans des régions géographiquement éloignées.

Nous devons intégrer les services de lutte contre l'hépatite C dans les soins primaires et les structures communautaires afin de garantir à chacun-e l'accès au dépistage et au traitement, quel que soit l'endroit où il ou elle vit.

– Chercheur-euse clinicien-ne

3 Garantir des approches intégrées, peu restrictives et holistiques de la prise en charge de l'hépatite C : adhésion au principe d'équité en matière de santé

Les cinq populations prioritaires qui sont surreprésentées dans les statistiques de l'hépatite C au Canada sont souvent confrontées à des obstacles importants entravant leur accès aux soins de santé, notamment stigmatisation, racisme, discrimination et difficultés socio-économiques¹². Des programmes intégrés et peu restrictifs de lutte contre l'hépatite C peuvent contribuer à lever les obstacles rencontrés par ces communautés mal desservies par le système public de santé et à réduire le nombre de personnes qui passent à travers les mailles du filet⁵⁰. Il s'agit notamment de programmes où tous les rendez-vous ont lieu au même endroit et auprès de prestataires familier-ère-s. Ces programmes sont en mesure de répondre à d'autres besoins en matière de soins de santé et de fournir un soutien pour les besoins sociaux ou de base (p. ex. logement), ou ils peuvent orienter directement les patient-e-s vers des services ou aider les patient-e-s à trouver des services lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles à l'interne. Les soins sont fournis de manière non stigmatisante et adaptée à la culture.

Cette approche reconnaît que la prise en charge de l'hépatite C peut aller au-delà de l'élimination du virus; elle peut également porter sur l'autonomisation, la validation et l'établissement de passerelles vers d'autres services de santé à long terme et d'autres services de soutien plus englobants. Cela permet en revanche de réduire la stigmatisation et d'intégrer le traitement de l'hépatite C dans les interactions habituelles avec des prestataires familier·ère·s et de confiance. La fragmentation des services de santé peut être particulièrement difficile à gérer pour les populations marginalisées ou vulnérables, qui peuvent être confrontées à la stigmatisation et à la discrimination de la part de prestataires de soins de santé; ce peut être décourageant de traiter avec de multiples prestataires de services et d'être confronté·e à du jugement dans divers contextes. Il existe un nombre croissant d'exemples réussis de modèles communautaires multidisciplinaires de prise en charge de l'hépatite C dans les centres de réduction des méfaits et de traitement des dépendances, les refuges et les cliniques de santé sexuelle. Ces programmes fructueux doivent être reproduits dans tout le pays et les approches, adoptées par les prestataires nouveaux·elles et existant·e·s.

Souvent, l'hépatite C n'est pas vue comme une priorité. Les gens n'ont pas la motivation de chercher à obtenir un traitement parce qu'en parallèle, ils doivent faire face à des crises pour répondre à leurs besoins vitaux.

– Travailleur·euse de la santé de première ligne en milieu communautaire

4 Donner la priorité aux programmes menés par les communautés et créés pour répondre aux besoins locaux

Pour éliminer l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique, il est important de maintenir et d'accroître l'étendue et la portée des programmes menés par les communautés. Les programmes sont plus pertinents et plus réactifs lorsque les personnes les plus touchées participent de manière active à leur élaboration et à leur adaptation^{51,52}. Étant donné que les organismes communautaires ont déjà établi une relation de confiance avec les personnes les plus touchées par l'hépatite C, ils sont en parfaite position pour servir de navigateurs efficaces dans les soins liés à l'hépatite C. En voici quelques exemples :

- Le fait de confier la conception et la direction des programmes de sensibilisation à des pairs ayant un

savoir expérientiel s'est avéré un moyen extrêmement efficace d'atteindre les personnes qui utilisent des drogues.

- Les navigateur·trice·s autochtones ont joué un rôle essentiel dans l'établissement d'un lien entre les usager·ère·s de services et le système de soins de santé dans les communautés autochtones.
- Des formateur·trice·s sur l'hépatite C organisent en milieu communautaire des ateliers pour immigrant·e·s et nouveaux·elles arrivant·e·s qui sont adaptés sur le plan culturel et offerts dans leur langue d'origine.
- Des conseils consultatifs de patient·e·s peuvent orienter les projets de recherche et la création et l'évaluation des programmes.

L'implication des usager·ère·s de services dans la planification, la prestation et l'évaluation des programmes et des services est un facteur important de succès pour garantir que ces programmes et services sont pertinents pour les personnes auxquels ils sont destinés et qu'ils reflètent les communautés au sein desquelles ils sont offerts/prodigués. Ces approches ont été lancées par des organismes communautaires, mais elles doivent être adoptées par un plus grand nombre de prestataires et de programmes pour aider à atteindre les diverses communautés touchées par l'hépatite C.

La participation de la communauté est la clé du succès de nos programmes. Nous devons écouter les voix des personnes les plus touchées et les outiller de sorte qu'elles deviennent des vecteurs de changement.

– Décisionnaire fédéral·e

5 Élargir l'accès aux services de réduction des méfaits et à d'autres services peu restrictifs s'adressant aux personnes qui utilisent des drogues afin de prévenir l'hépatite C chez ces personnes

L'hépatite C touche de manière disproportionnée les personnes qui utilisent des drogues⁴, et la prévention au sein de cette population doit être au cœur des efforts d'élimination. Bien que l'évolution du climat politique dans l'ensemble du pays ait rendu plus difficile la mise en place de services de prévention efficaces pour les personnes qui utilisent des drogues, des données factuelles solides montrent l'utilité de programmes de prévention optimaux, notamment des programmes d'accès au traitement par agonistes opioïdes et d'accès rapide à un traitement des

dépendances peu restrictif et axé sur la réduction des méfaits, ainsi que des programmes de réduction des méfaits financés par les pouvoirs publics, notamment des programmes d'aiguilles et de seringues et des services de consommation supervisée^{20,21}. Il existe des données solides montrant que les programmes de réduction des méfaits réduisent la transmission de l'hépatite C parmi les personnes qui utilisent des drogues. Les programmes d'aiguilles et de seringues, associés à un traitement par agonistes opioïdes, réduisent le risque de transmission de l'hépatite C jusqu'à 74 %²¹.

Les interventions visant la réduction des méfaits, y compris la remise de matériel neuf pour l'usage de drogues, se sont révélées très rentables par rapport aux coûts des soins de santé liés à l'hépatite C à long terme². L'évolution du climat politique a créé des obstacles à certains de ces programmes.

L'élargissement de l'accès aux programmes de prévention, y compris la distribution de seringues et de matériel d'usage de drogues à moindre risque, le traitement par agonistes opioïdes (y compris les préparations par injection et à longue durée d'action) et l'accès rapide au traitement des dépendances sont essentiels aux efforts d'élimination. Il est également nécessaire d'assurer un accès équitable à ces programmes dans les zones rurales et éloignées, ainsi que la mise en place de programmes éprouvés d'usage de drogues à moindre risque, de tatouage et de perçage dans les établissements correctionnels provinciaux, territoriaux et fédéraux.

Au Canada, l'hépatite C chez les personnes qui utilisent des drogues doit s'inscrire dans le contexte de la crise montante des surdoses et de la contamination des drogues. Le marché non réglementé des drogues expose de plus en plus de personnes à des substances toxiques et entraîne une augmentation du nombre de décès par surdose⁵³. Les personnes qui utilisent des drogues sont actuellement plus susceptibles de mourir d'une surdose que de l'hépatite C⁵⁴. Les efforts visant à éliminer l'hépatite C devraient engendrer des occasions d'étendre les services de soutien, y compris les programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, aussi appelés *pharmacothérapie de remplacement*, ainsi que les services de soins de santé, y compris la prévention des surdoses.

La stigmatisation et la discrimination sont des obstacles majeurs aux soins. Nous avons besoin de politiques qui abordent ces questions et créent des environnements favorables pour les personnes vivant avec l'hépatite C.

– Médecin et chercheur-euse clinique

6 Comblent les lacunes dans le diagnostic de l'hépatite C : garantir des tests de dépistage ciblés et accessibles

On estime que près d'un quart des personnes ayant déjà contracté l'hépatite C au Canada ignorent leur statut⁵⁵. Il est essentiel d'élargir l'accès au dépistage et au diagnostic de l'hépatite C à un plus grand nombre de personnes pour assurer l'arrimage au traitement et atteindre des objectifs d'élimination plus larges. De nombreux progrès ont été réalisés au cours des dernières années, et il existe plus d'outils que jamais pour tester les personnes atteintes d'hépatite C, en particulier en dehors des milieux cliniques³⁴. Cela dit, il est nécessaire d'augmenter l'utilisation des technologies de dépistage disponibles et d'élargir les efforts de dépistage.

La délégation des tâches est une approche prometteuse pour faciliter l'accès aux services de dépistage et de traitement de l'hépatite C et faire progresser les efforts d'élimination à l'échelle du pays. Par délégation des tâches, on entend la prestation de services par des prestataires non spécialisé·e·s. Par exemple, un·e travailleur·euse communautaire pourrait proposer un test de dépistage de l'hépatite C directement plutôt que d'aiguiller le ou la client·e vers un·e professionnel·le de la santé. Autre exemple, la prestation de soins par des clinicien·ne·s non spécialisé·e·s, tel·le·s que des médecins de famille ou des infirmier·ère·s praticien·ne·s. La délégation des tâches offre plusieurs avantages : elle permet d'accroître le nombre de prestataires disponibles, de simplifier la prise de rendez-vous et d'assurer que les soins sont fournis par un·e prestataire familier·ère et de confiance.

La délégation des tâches est une approche prometteuse qui permet à un plus grand nombre de prestataires de services de fournir des soins. Par exemple, les travailleur·euse·s de proximité peuvent proposer un dépistage au point de service à la place d'un·e infirmier·ère ou d'un·e médecin. Cela augmente le nombre de prestataires pouvant proposer le dépistage de l'hépatite C et permet aux personnes ayant déjà établi un lien avec des travailleur·euse·s communautaires de se voir proposer un test de dépistage de l'hépatite C directement, plutôt que par l'intermédiaire d'un·e professionnel·le de la santé.

Même si les données montrent que la délégation des tâches est une approche efficace⁵⁶, celle-ci n'est pas très répandue au Canada. Pour soutenir les efforts d'élimination de l'hépatite C, il serait important de faciliter la délégation des tâches cliniques afin d'augmenter l'utilisation des technologies de dépistage disponibles et de retenir la personne dans le système de soins. Favoriser la délégation des tâches a des répercussions importantes en matière de politiques et de programmes. Les organismes de soins de santé peuvent soutenir cette pratique en élaborant des normes et des politiques pour faciliter son adoption et sa mise en œuvre. Cela peut inclure la reconnaissance de titres, la formation du personnel et des conseils sur la façon d'adapter les flux de travail, les tâches du personnel et les politiques. Les directives médicales peuvent également être utilisées pour permettre à ces prestataires d'assumer ces tâches cliniques supplémentaires. Inversement, les cadres réglementaires doivent être pris en compte, car certaines tâches sont désignées comme des interventions médicales particulières et ne peuvent être effectuées que par certain·e·s prestataires. Il est donc essentiel de tenir compte des contraintes réglementaires pour que la délégation des tâches soit efficace.

La délégation des tâches peut nous aider à atteindre plus de personnes quand il s'agit de proposer dépistage et traitement, en particulier dans les communautés mal desservies où l'accès aux prestataires de soins de santé peut être limité.

– Représentant·e fédéral·e

Conclusion et prochaines étapes

La réunion pancanadienne intitulée *Élimination de l'hépatite C : partager les progrès, raviver les efforts*, qui s'est tenue en février 2024, a constitué une étape cruciale pour relancer les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. La réunion a suscité un dialogue multirégional et intersectoriel afin de stimuler la collaboration et le partage des connaissances entre les participant·e·s représentant des organismes communautaires, des clinicien·ne·s et des chercheur·euse·s de tout le pays, ainsi que de grandes agences fédérales. Grâce à une participation et à un dialogue constructifs, la réunion a permis de cerner les possibilités d'intensifier les interventions fondées sur des données probantes, de favoriser les partenariats et d'apporter une réponse unifiée dans les régions et les secteurs afin d'atteindre l'objectif d'éliminer l'hépatite C au Canada d'ici à 2030.

Les thèmes émergents de la réunion mettent en évidence des recommandations centrales couvrant les changements à l'échelon des systèmes et des politiques, ainsi qu'à l'échelon de la création et la mise en œuvre de programmes en milieu communautaire. Le besoin critique d'une participation de tous les paliers gouvernementaux est ressorti clairement, souligné par l'importance d'une action concertée entre les différents secteurs du système de santé. En outre, les efforts d'élimination doivent s'appuyer sur une approche d'équité en matière de santé, en mettant l'accent sur les populations prioritaires les plus touchées par l'hépatite C. Cette approche est particulièrement pertinente lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes visant à intensifier les efforts de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite C. Une collaboration active avec les principaux partenaires garantira que les initiatives correspondent aux besoins et aux obstacles des différentes régions du Canada.

Pour faire avancer les initiatives au niveau des systèmes et des politiques, il faut une réponse concertée menée par les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, ainsi que par les instances dirigeantes autochtones. Plus précisément, l'intégration de l'hépatite C dans des stratégies de santé plus larges (p. ex. la prévention des ITSS et les soins qui y sont liés) peut améliorer la coordination du système de santé et aligner le financement entre les secteurs. L'engagement et la coordination au sein des gouvernements sont particulièrement cruciaux dans le cas des agences fédérales qui supervisent les soins de

santé pour certaines populations prioritaires (p. ex. Service correctionnel Canada, Services aux Autochtones Canada). En outre, l'élimination des obstacles structurels aux soins améliorera l'accessibilité et la disponibilité des soins liés à l'hépatite C. Il s'agit notamment de raccourcir le processus d'approbation des technologies de dépistage, de modifier les critères autorisant les prestataires à prodiguer le traitement contre l'hépatite C et de simplifier la couverture des traitements.

Les recommandations à l'échelon des systèmes et des politiques appellent un accès élargi au dépistage de l'hépatite C; la mise en œuvre généralisée de technologies de dépistage simplifiées et peu restrictives (p. ex. dépistage au point de service) dans divers contextes améliorerait le repérage des cas non diagnostiqués. En outre, il est essentiel de veiller à ce que les traitements soient plus facilement accessibles et disponibles afin de réduire les temps d'attente et d'encourager l'instauration de traitements. En particulier, les clinicien-ne-s travaillant dans les établissements de soins primaires et de santé communautaire devraient être autorisé-e-s à prescrire le traitement, et des formations devraient être proposées afin d'augmenter le nombre de prestataires de soins de santé en mesure de prescrire le traitement contre l'hépatite C. Par ailleurs, la suppression des exigences complexes de remboursement pour la couverture des traitements peut améliorer l'accessibilité de ces derniers, ce qui permettrait de les amorcer plus tôt. Afin de créer une infrastructure de santé plus réactive et de garantir une réponse concertée dans tous les secteurs, les investissements dans les politiques en temps de pandémie de COVID-19, tels que la télémédecine, le partage des données et les systèmes de surveillance décentralisés, devraient être mis à profit et exploités dans le cadre des efforts d'élimination de l'hépatite C.

En matière de création et de mise en œuvre de programmes, les initiatives de microélimination constituent une stratégie prometteuse qui cible des populations et des zones géographiques particulières, telles que les personnes ayant une expérience d'incarcération. Ces approches personnalisées permettent d'atteindre des populations prioritaires et de combler des lacunes en matière d'équité quant à la santé; toutefois, les efforts de microélimination doivent être durables, expansibles et menés par la communauté. En outre, l'expansion des programmes peu restrictifs de réduction des méfaits et d'usage de

substances (p. ex. traitement par agonistes opioïdes, services de consommation supervisée) est vitale pour prévenir les nouvelles infections par le VHC et fournir des voies d'accès aux soins liés à l'hépatite C. Pour réduire les obstacles aux soins, il est tout aussi important de donner la priorité aux programmes communautaires (p. ex. navigation par les pairs, ateliers adaptés culturellement). Il est essentiel d'impliquer les usager-e-s des services et d'exploiter les relations communautaires pour atteindre les diverses communautés, en particulier celles qui sont les plus touchées par l'hépatite C.

L'élimination de l'hépatite C au Canada nécessite un effort concerté - il est essentiel de favoriser le partenariat entre les gouvernements, les prestataires de soins de santé, les organismes communautaires et les personnes les plus touchées par l'hépatite C afin de mettre en place une stratégie globale, équitable et efficace pour atteindre les cibles d'élimination de 2030. En mettant en œuvre une approche multidimensionnelle qui s'attaque aux obstacles systémiques par la réforme des politiques et la mise en œuvre de programmes, le Canada est bien placé pour réaliser des progrès significatifs vers l'élimination de l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Toutefois, des efforts concertés, des investissements soutenus, une approche axée sur l'équité en matière de santé et la priorisation des initiatives communautaires seront essentiels pour garantir que ces efforts sont à la fois efficaces et inclusifs. La mobilisation efficace des partenaires garantira que les initiatives correspondent aux besoins et aux obstacles des différentes régions du Canada. Les prochaines étapes devraient se concentrer sur le renforcement de l'engagement aux échelons national, provincial/territorial et local, y compris l'augmentation des ressources et des programmes pour les systèmes de santé et les organismes communautaires. En tenant compte de ces recommandations, le Canada peut faire des progrès significatifs vers l'objectif d'éliminer l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.

ANNEXE A

Liste des participant·e·s à la réunion

Nous sommes conscient·e·s que de nombreux·ses collègue·s du Canada atlantique n'ont pas pu être présent·e·s en raison du mauvais temps **n'a pas été en mesure d'assister à la réunion.*

Tagenine Alladin,
Gestionnaire,
Agence de la santé
publique du Canada

Jason Altenberg, PDG,
Centre de santé
communautaire
South Riverdale

***Lisa Barrett**,
Médecin chercheuse,
Université Dalhousie

Sofia Bartlett, Directrice
scientifique (par intérim),
Services de prévention
clinique, BC Centre for
Disease Control

Nicole Blackman,
Directrice, Soins intégrés
et services cliniques,
Indigenous Primary
Health Care Council

Karine Blouin, Conseillère
scientifique spécialisée,
Institut national de santé
publique du Québec

Zoé Bordeleau-Cass,
Formatrice en santé,
CATIE

Andrew Brett, Directeur,
Communications, CATIE

Jennifer Broad, Gestionnaire
de programme -
Réduction des méfaits
et hépatite C, Centre de
santé communautaire
South Riverdale

Julie Bruneau, Professeure,
Centre de recherche
du CHUM, Université
de Montréal

***Stacey Burns MacKinnon**,
Coordinatrice
provinciale, Maladies
transmissibles, Ministère
de la Santé et du Mieux-
être de l'Î.-P.-É.

Laurel Challacombe,
Directrice, Services
d'échange de
connaissances, CATIE

Kelly Choi,
Épidémiologiste,
Agence de la santé
publique du Canada

Romane Close, Spécialiste,
Développement
des ressources et
mobilisation des
connaissances, CATIE

Brian Conway,
Directeur médical,
Vancouver Infectious
Diseases Centre

Chelsea Cook,
Coordinatrice du réseau
HELP, Manitoba Harm
Reduction Network

Chance Cordon,
Coordinateur provincial,
Hépatite C, PASAN

André Corriveau,
Médecin-conseil en
santé publique et
médecine préventive,
Commission de la santé
et des services sociaux
des Premières Nations
du Québec
et du Labrador

Susan Cuvelier (elle/iel),
Hépatologue, Université
du Manitoba

Pierre Daley,
Infectiologue, Université
Memorial

Karen Delina,
Analyste des politiques,
Agence de la santé
publique du Canada

Melisa Dickie, Directrice,
Mobilisation des
connaissances sur
l'hépatite C, CATIE

***Courtney Dowd-
Schmidtke**, Gestionnaire
principale des politiques,
Agence de la santé
publique du Canada

Scott Elliott, PDG,
Dr. Peter Centre

***Ghayas Fadel**, Directeur
de la prévention des
ITSS, Ministère de la
Santé et des Services
sociaux du Québec

Jordan Feld,
Codirecteur, Réseau
Canadien sur
l'Hépatite C (CanHepC),
Hépatologue, Hôpital
général de Toronto

Lorraine Fradette,
Directrice adjointe
des opérations,
Réseau Canadien sur
l'Hépatite C (CanHepC)

Rita Gad, Médecin-
hygiéniste, Médecin-
hygiéniste régionale
de la santé (Bureau),
gouvernement du
Nouveau-Brunswick

Lesley Gallagher,
Infirmière de recherche,
Saskatchewan Infectious
Disease Care Network

Chelsea Giesel,
Coordinatrice principale
de projet, Pauktuutit
Inuit Women of Canada

Kayley Goralczyk,
Assistante-infirmière-
chef provinciale, Alberta
Health Services

***Shawn Greenan**,
Coordonnateur des
programmes de
traitement de l'hépatite C,
Santé Î.-P.-É.

Nicole Greenspan,
Responsable, Élimination
de l'hépatite C (Ontario),
CATIE

Heidi Hay, Conseillère
à la direction,
Health Commons

Jessica Helwig, Analyste
principale des politiques,
Agence de la santé
publique du Canada

Chris Hoy, Directeur
associé, Programme
ontarien de lutte contre
l'hépatite C
et de réduction des
méfaits, CATIE

Naveed Zafar Janjua,
Codirecteur,
Réseau Canadien sur
l'Hépatite C (CanHepC),
Directeur général,
Services de données et
d'analyse, BC Centre for
Disease Control

A. Mark Joffe,
Médecin hygiéniste
en chef, Gouvernement
de l'Alberta

Christie Johnston,
Directrice, Éducation
et mobilisation des
connaissances sur le VIH
et les ITS, CATIE

Jody Jollimore, Directeur
général, CATIE

Kami Kandola,
Administratrice en
chef de la santé
publique, Gouvernement
des Territoires du
Nord-Ouest

- Charu Kaushic**, Directrice scientifique, Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC
- Ibrahim Khan**, Médecin hygiéniste régional, Services aux Autochtones Canada
- Lori Kiefer**, Consultante médicale principale, Ministère du Solliciteur général de l'Ontario
- Alexandra King**, Chaire Cameco en santé et bien-être autochtones, Université de la Saskatchewan
- Margaret Kîsikâw Piyêsis**, Okimaw, Communities, Alliances & Networks (CAAN)
- Marina Klein**, Professeure de médecine, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill
- Nadine Kronfli**, Clinicienne-scientifique, Centre universitaire de santé McGill
- Marlene Larocque**, Conseillère principale en politiques, Assemblée des Premières Nations
- Santina Lee**, Médecin hygiéniste, Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba
- Lynne Leonard**, Professeure adjointe, Université d'Ottawa
- Joanne Lush**, Gestionnaire, Ministère de la Santé de l'Ontario
- Jean-François Mary**, Directeur général, CACTUS Montréal
- *Renee Masching**, Chercheuse et consultante indépendante, Seven Directions Consulting
- Stefanie Materniak**, Gestionnaire de la recherche, Horizon Health - Unité de recherche sur les maladies infectieuses
- Veronica McKinney**, Directrice, Northern Medical Services, Université de la Saskatchewan
- Brittany Merpaw**, A/Directrice, Division de contrôle des maladies transmissibles, Services aux Autochtones Canada
- Laurence Mersilian**, Directrice, CAPAHC (Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C)
- Dan Miller**, Spécialiste des connaissances, Soins liés au VIH et aux ITS, CATIE
- D' Kieran Moore**, Médecin-hygiéniste en chef, Ministère de la Santé de l'Ontario
- Tina Morden**, Gestionnaire, Agence de la santé publique du Canada
- Danielle Myrah**, Infirmière autorisée, Autorité sanitaire de la Saskatchewan
- *Devan Nambiar**, Gestionnaire, Renforcement des capacités, Alliance pour la santé sexuelle des hommes gays
- Sophie Neumann**, Analyste des politiques, Agence de la santé publique du Canada
- Jill Norman**, Directrice générale, Agence de la santé publique du Canada
- Raymond Obed**, Conseiller politique, Inuit Tapiriit Kanatami
- Jasmine Pawa**, Médecin de santé publique, Multiple
- *Heather Percy**, Responsable de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve
- Meghan Perrin**, Animatrice, Services-conseils IMPACT MP Consulting
- Valérie Pierre-Pierre**, Consultante principale pour les programmes, Ministère de la Santé de l'Ontario
- Nashira Popovic**, Gestionnaire, Section des estimations et de surveillance sur le terrain, Agence de la santé publique du Canada
- Sara Pyke**, Infirmière clinicienne spécialisée, ITSS, Autorité sanitaire des Premières Nations
- Sudit Ranade**, Médecin-hygiéniste en chef, Territoire du Yukon
- *Sandra Romain**, Conseillère principale en politiques, Inuit Tapiriit Kanatami
- Janet Rowe**, Directrice générale, PASAN
- Paul Sandstrom**, Directeur, Laboratoires nationaux des infections transmissibles sexuellement et par le sang
- *Deb Schmitz**, Directrice générale, BC Hepatitis Network
- Craig Shankar**, Directeur général, Santé des immigrant-e-s, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
- Donald Sheppard**, Vice-président, Agence de la santé publique du Canada
- Jonathan Smith**, Gestionnaire, Santé publique, Service correctionnel Canada
- Dan Smyth**, Médecin, Horizon Health
- Mark Swain**, Professeur de médecine, Université de Calgary
- Fozia Tanveer**, Gestionnaire, Programme de lutte contre l'hépatite C chez les immigrant-e-s et les nouveaux-elles arrivant-e-s, CATIE
- *Reyna Uriarte Beauregard**, Gestionnaire de la santé, Pauktuutit Inuit Women of Canada
- Carole Rosine Uwiteka**, Chargée de programme, Agence de la santé publique du Canada
- Jennifer van Gennip**, Directrice générale, Action Hépatites Canada
- Joseph van Veen**, Spécialiste, Évènements et services aux membres, CATIE
- Jason Wong**, Médecin-hygiéniste en chef, BC Centre for Disease Control
- Tom Wong**, Médecin-hygiéniste, Santé publique, Services aux Autochtones Canada
- Gerard Yetman**, Directeur général, AIDS Committee Newfoundland & Labrador

ANNEXE B

Ordre du jour

PREMIÈRE JOURNÉE - lundi 5 février 2024

7 h 30 à 8 h 30 **Inscription et déjeuner**

8 h 30 à 9 h 15 **Accueil** – Animation : Meghan Perrin

- **Mot de bienvenue**
 - Grand-mère Karen MacInnis
 - Jody Jollimore, directeur général, CATIE
 - Naveed Janjua, codirecteur, Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC)
 - Don Sheppard, vice-président, direction générale des programmes sur les maladies infectieuses et de la vaccination, ASPC

9 h 15 à 9 h 45 **Préparer la voie pour l'élimination de l'hépatite C au Canada : une priorité pour l'équité en santé et une menace pour la santé publique**

Question directrice : Pourquoi l'élimination de l'hépatite C au Canada est-elle importante, urgente et réalisable?

- Mise en contexte – Jordan Feld, codirecteur, Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC)
- Période de questions et de discussion

9 h 45 à 10 h 30 **L'hépatite C au Canada : estimations et priorités de l'Agence de la santé publique du Canada pour l'élimination de l'hépatite C au Canada**

Question directrice : Que nous révèlent les données sur les progrès réalisés en matière d'élimination au Canada, et comment l'hépatite C s'intégrera-t-elle dans le nouveau plan d'action quinquennal de l'Agence de la santé publique du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang?

- **Les objectifs d'élimination de l'hépatite C, et ce que les données nous disent sur les progrès réalisés en matière d'élimination au Canada**, Nashira Popovic, gestionnaire, Section des estimations et de surveillance sur le terrain, Agence de la santé publique du Canada
- **Plan quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang**, Jill Norman, A/directrice générale, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada
- Période de questions et de discussion

10 h 30 à 10 h 50 **Pause**

10 h 50 à 11 h 30 **Expériences avec l'arrimage aux soins, le traitement et la guérison de l'hépatite C : voix de la communauté**

Question directrice : Pourquoi les approches adaptatives et axées sur l'équité en matière de santé sont-elles importantes pour lutter contre l'hépatite C au sein des communautés marginalisées, et comment les décideurs politiques et les responsables de systèmes de santé peuvent-ils-elles en tenir compte dans les efforts d'élimination régionaux?

Modérateur : Chris Hoy, directeur associé, Hépatite C et réduction des méfaits, CATIE

- Chelsea Cook, Manitoba Harm Reduction Network
- Jennifer Broad, centre de santé communautaire South Riverdale, Ontario
- Chance Cordon, PASAN, Ontario
- Période de questions et de discussion

11 h 30 à 12 h **Discussion/réflexion en groupe**

- Qu'avez-vous entendu ce matin qui a trouvé écho en vous?
- Les mesures prises pour éliminer l'hépatite C dans votre région sont-elles suffisantes?

12 h à 13 h **Déjeuner et réseautage**

13 h à 16 h **L'élimination de l'hépatite C est possible : mise en œuvre réussie d'approches d'élimination dans les programmes et les systèmes de santé**

Question directrice : Quels changements majeurs et efficaces permettraient d'éliminer l'hépatite C par la prévention, le dépistage, le traitement ou les soins? Comment les obstacles ont-ils été surmontés? Comment ces solutions pourraient-elles être appliquées à une plus grande échelle?

Présentation générale, suivie de 15 minutes de discussion en grand groupe (30 minutes)

- **Approches fondées sur des données probantes pour parvenir à éliminer l'hépatite C par la prévention, le dépistage, le traitement et les soins,**
Julie Bruneau, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Québec

Exemples tirés du monde réel : chaque discussion en petits groupes sera suivie d'une discussion en grand groupe de 25 minutes.

- **Des exemples qui fonctionnent : pleins feux sur des approches de prévention de l'hépatite C mises en application (45 minutes)**
 - Alexandra King, chaire Cameco en santé et bien-être autochtones, Université de Saskatchewan
 - Jason Altenberg, PDG, centre de santé communautaire South Riverdale, Ontario
 - Gerard Yetman, directeur général, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador
- **Des exemples qui fonctionnent : approches en situation réelle d'intégration du dépistage de l'hépatite C et de l'arrimage aux soins aux programmes et aux systèmes de santé (45 minutes)**
 - Sofia Bartlett, directrice scientifique (par intérim), Services de prévention clinique, British Columbia Centre for Disease Control, **Viral Hepatitis Testing BC Guidelines**
 - Paul Sandstrom, directeur, Laboratoires nationaux des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Laboratoire national de microbiologie

- **Des exemples qui fonctionnent : approches en situation réelle d'intégration du traitement de l'hépatite C aux programmes et aux systèmes de santé (45 minutes)**

- Shawn Greenan, coordonnateur des programmes de traitement de l'hépatite C, Santé Î.-P.-É.
- Jonathan Smith, gestionnaire, Santé publique, Service correctionnel Canada

Questions pour la discussion en grand groupe

- Que faut-il (c.-à-d. prévention, dépistage, traitement) pour faire avancer les choses?
- Qu'est-ce qui manque dans cette discussion (sur la prévention, le dépistage et le traitement)?
- Quel est le potentiel de transposition à plus grande échelle?

****Cette séance comprendra une pause de 15 minutes, de 15 h à 15 h 15 environ.****

16 h à 16 h 30 **Récapitulation de la première journée** – Animation : Meghan Perrin

Discussion/réflexion en groupe

- Quels sont certains des points que vous retiendrez?
- Comment faire progresser l'élimination de l'hépatite C d'après ce que vous avez entendu aujourd'hui?

16 h 30 à 17 h 30 **Réception de réseautage**

DEUXIÈME JOURNÉE - mardi 6 février 2024

7 h 30 à 8: h 30 **Déjeuner et inscription**

8 h 30 à 9 h **Ouverture de la deuxième journée** – Animation : Meghan Perrin

9 h à 10 h **Pour la suite des choses** – Animation : Jody Jollimore

Question directrice : Comment peut-on parvenir à l'élimination de l'hépatite C au sein des différents systèmes de santé au Canada?

10 h à 10 h 30 **Pause et déplacement vers les salles indiquées ci-dessous**

10 h 30 à 11 h 45 **Discussions par région : déterminer les opportunités régionales**

Question directrice : Quels sont les changements majeurs qui pourraient être intégrés aux programmes et aux systèmes de votre région pour contribuer à l'élimination de l'hépatite C?

- Colombie-Britannique et Yukon (salle : Colombie-Britannique, niveau 2)
- Prairies et Territoires du Nord-Ouest (salle : Governor General I, niveau 3)
- Ontario et Nunavut (salle : Saskatchewan, niveau 3)
- Québec (salle : Governor General II, niveau 3)
- Provinces de l'Atlantique (salle : Manitoba, niveau 2)

***Les représentant·e·s qui travaillent dans plus d'une région sont invités à participer aux discussions au niveau régional.**

11 h 45 à 12 h **Retour vers la salle principale (Governor General I et II)**

12 h à 12 h 30 **Compte rendu/discussion sur les ateliers par région et les séances simultanées**

- Quels enseignements ou idées votre région peut-elle tirer des autres exemples présentés ici aujourd'hui?
- Y a-t-il des enseignements tirés de votre propre processus régional que vous souhaiteriez transmettre aux autres régions?
- Prochaines étapes : possibilités de promouvoir un plan d'élimination coordonné au niveau régional

12 h 30 à 13 h 15 **Dîner**

13 h 15 à 14 h 15 **Séances en petits groupes – trouver des avenues de solution**

- Élimination de l'hépatite C dans les prisons (coanimé par Nadine Kronfli, Centre universitaire de santé McGill et Chris Hoy, CATIE) (salle : Governor General II/III, niveau 4)
- Surveillance des systèmes de santé et coordination des données (coanimé par Naveed Janjua, BCCDC et Nashira Popovic, Agence de la santé publique du Canada) (salle : Saskatchewan, niveau 3)
- Autres sujets à déterminer lors de la première journée (salle : British Columbia, niveau 2)

14 h 15 à 14 h 30 **Pause**

14 h 30 à 15 h 30 **Que faisons-nous maintenant? Prochaines étapes** – Animation : Meghan Perrin

Question directrice : Pourquoi est-il important et réaliste de donner une impulsion aux efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada?

Mot de la fin

- Jill Norman, directrice générale par intérim, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, ASPC
- Jordan Feld, codirecteur, Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC)
- Jody Jollimore, directeur général, CATIE
- Grand-mère Karen MacInnis

Liste des documents préparatoires à la réunion :

Élimination de l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030

- **Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS** (ASPC)
- **Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang** (ASPC)
- **Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada** (Réseau Canadien sur l'Hépatite C)
- Webinaires
 - **La Feuille de route de l'Ontario en matière d'élimination de l'hépatite C** (CATIE, Ontario Hepatitis C Elimination Roadmap)
 - Webinaire préenregistré **L'hépatite C au Canada : Que nous disent les données?** (CATIE, ASPC, CanHepC)
 - Webinaire préenregistré **Leçons tirées des stratégies d'élimination de l'hépatite C des États-Unis et de l'Australie** (CATIE, Réseau Canadien sur l'Hépatite C, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users [INHSU] et Coalition for Global Hepatitis Elimination – un programme de The Task Force for Global Health)

Données de surveillance et suivi des progrès en matière d'élimination :

- Rapport : **Estimations de l'hépatite C au Canada, 2019** (ASPC, 2022)
- Feuillelet d'information : **L'épidémiologie de l'hépatite C au Canada** (CATIE, 2023)
- Infographie : **Progrès du Canada vers l'atteinte des cibles d'élimination de l'hépatite C** (CATIE, 2023)

Documents d'information sur l'élimination de l'hépatite C :

- **Trois provinces canadiennes ne sont pas en bonne voie d'éliminer l'hépatite C d'ici 2030** (CATIE, 2023)
- **Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada : Que doivent savoir les fournisseurs de services?** (CATIE, 2019)

ANNEXE C

Liste des organisateur·trice·s de la réunion et du comité consultatif

ÉQUIPE CENTRALE DE PLANIFICATION

Melisa Dickie, CATIE
Rivka Kushner, CATIE
Romane Close, CATIE
Lorraine Fradette, CanHepC
Xavier Tremblay, ASPC
Tina Morden, ASPC
Tagenine Alladin, ASPC
Semhar Zerat, ASPC
Meghan Perrin, animatrice

COMITÉ CONSULTATIF

Communauté

Gerard Yetman, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador
Laurence Mersilian, Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C
Janet Rowe, PASAN
Fozia Tanveer, Programme de lutte contre l'hépatite C pour les immigrant·e·s et les nouveaux·elles arrivant·e·s, CATIE
Jason Altenberg, Centre de santé communautaire South Riverdale

Clinique/recherche

Jordan Feld, University Health Network, codirecteur de CanHepC
Julie Bruneau, Centre de recherche du CHUM
Marina Klein, Université McGill
Naveed Zafar Janjua, BC Centre for Disease Control, codirecteur de CanHepC
Sofia Bartlett, BC Centre for Disease Control
Brian Conway, Vancouver Infectious Diseases Centre
Alexandra King, Waniska
Carrielynn Lund, Waniska
Renée Masching, chercheuse indépendante
Dan Smyth, Horizon NB
Peter Daley, Université Memorial, Newfoundland and Labrador Health Services, responsable de la feuille de route pour l'Atlantique

Réseaux

Lesley Gallagher, Association canadienne des infirmières et infirmiers en hépatologie
Jennifer van Gennip, Action Hépatites Canada
Margaret Kisikaw Piyesis, Communities, Alliances & Networks (CAAN)
Devan Nambiar, Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais
Deb Schmitz, BC Hepatitis Network
Margaret Haworth-Brockman, Centre de collaboration nationale sur les maladies infectieuses

Gouvernement

Tom Wong, Services aux Autochtones Canada
Jonathan Smith, Service correctionnel Canada
Jessica Mankowski, Instituts de recherche en santé du Canada

RÉFÉRENCES

1. Kwong JC, Ratnasingham S, Campitelli MA *et al.* The impact of infection on population health: results of the Ontario burden of infectious diseases study. *PLOS ONE*. 2012 Sep 4;7(9):e44103.
2. Myers RP, Kraiden M, Bilodeau M *et al.* Burden of disease and cost of chronic hepatitis C virus infection in Canada. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2014 May 1;28(5):250.
3. Uhanova J, Tate RB, Tataryn DJ *et al.* The epidemiology of hepatitis C in a Canadian Indigenous population. *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2013 Jun 1;27(6):336-40.
4. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B *et al.* Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011 Aug 8;378(9791):571-83.
5. Lockart I, Matthews GV, Danta M. Sexually transmitted hepatitis C infection: the evolving epidemic in HIV-positive and HIV-negative MSM. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2019 Feb 1;32(1):31-7.
6. Greenaway C, Makarenko I, Tanveer F *et al.* Addressing hepatitis C in the foreign-born population: a key to hepatitis C virus elimination in Canada. *Canadian Liver Journal*. 2018 Jul 17;1(2):35-50.
7. Kouyoumdjian F, Schuler A, Matheson FI *et al.* Health status of prisoners in Canada: narrative review. *Canadian Family Physician*. 2016 Mar 1;62(3):215-22.
8. Lazarus J V., Wiktor S, Colombo M *et al.* Micro-elimination – a path to global elimination of hepatitis C. *Journal of Hepatology*. 2017 Oct 1;67(4):665-6.
9. Bartlett SR, Buxton J, Palayew A *et al.* Hepatitis C virus prevalence, screening, and treatment among people who are incarcerated in Canada: leaving no one behind in the direct-acting antiviral era. *Clinical Liver Disease*. 2021 Feb 28;17(2):75-80.
10. Organisation mondiale de la Santé. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. 2024. À l'adresse : <https://www.who.int/publications/item/9789240091672>
11. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : vers l'élimination de l'hépatite virale. 2016. À l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf>
12. Kraiden M, Cook D, Janjua NZ. Contextualizing Canada's hepatitis C virus epidemic. *Canadian Liver Journal*. 2018 Dec 25;1(4):218-30.
13. Mendlowitz A, Bremner KE, Walker JD *et al.* Health care costs associated with hepatitis C virus infection in First Nations populations in Ontario: a retrospective matched cohort study. *CMAJ Open*. 2021 Sep 28;9(3):E897-906.
14. Kraiden M, Kuo MPH M, Zagorski B *et al.* Health care costs associated with hepatitis C: a longitudinal cohort study. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2010 Dec 1;24(12):717-26.
15. Wong WWL, Haines A, Bremner KE *et al.* Health care costs associated with chronic hepatitis C virus infection in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *CMAJ Open*. 2021 Mar 8;9(1):E167-74.
16. Feld JJ, Klein MB, Rahal Y *et al.* Timing of elimination of hepatitis C virus in Canada's provinces. *Canadian Liver Journal*. 2022 Nov 7;5(4):506.
17. Tian F, Forouzannia F, Feng Z *et al.* Feasibility of hepatitis C elimination by screening and treatment alone in high-income countries. *Hepatology*. 2024 Aug 1;80(2):440-50.
18. Grebely J, Matthews S, Causer LM *et al.* We have reached single-visit testing, diagnosis, and treatment for hepatitis C infection, now what? *Expert Review of Molecular Diagnostics*. 2024 Mar 1;24(3):177-91.
19. Feld JJ. What is needed to move toward single-step diagnosis of current HCV infection? *The Journal of Infectious Diseases*. 2024 May 8;229(Supplement 3):S316-21.
20. Tonin FS, Alves da Costa F, Fernandez-Llimos F. Impact of harm minimization interventions on reducing blood-borne infection transmission and some injecting behaviors among people who inject drugs: an overview and evidence gap mapping. *Addiction Science and Clinical Practice*. 2024 Feb 4;19(1):1-22.
21. Platt L, Minozzi S, Reed J *et al.* Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*. 2018 Mar 1;113(3):545-63.
22. Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. 2018. À l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
23. Agence de la santé publique du Canada. Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. 2019. À l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>

24. Agence de la santé publique du Canada. Plan d'action 2024-2030 du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). 2024. À l'adresse : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/sexually-transmitted-blood-borne-infections-action-plan-2024-2030.html>
25. Réseau Canadien sur l'Hépatite C. Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. 2019. À l'adresse : https://www.canhepc.ca/sites/default/files/media/documents/modele_directeur_vhc_2019_05.pdf
26. Popovic N, Williams A, Périnet S *et al.* Estimations nationales de l'hépatite C : incidence, prévalence, proportion non diagnostiquée et traitement, Canada, 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2022 Dec 14;48(11/12):540-9.
27. Mitra S, Bouck Z, Larney S *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on people who use drugs in three Canadian cities: a cross-sectional analysis. *Harm Reduction Journal*. 2024 May 16;21(1):1-13.
28. Ledlie S, Tadrous M, Bayoumi AM *et al.* Trends in opioid toxicities among people with and without opioid use disorder and the impact of the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada: a population-based analysis. *International Journal of Drug Policy*. 2024 May 1;127:104392.
29. Morrow RL, Binka M, Li J *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on hepatitis C treatment initiation in British Columbia, Canada: an interrupted time series study. *Viruses*. 2024 Apr 23;16(5):655.
30. Thompson LA, Plitt SS, Zhuo R *et al.* The effect of first-wave COVID-19 restrictions on HCV testing in Alberta, Canada: a trend analysis from 2019 to 2022. *Canadian Liver Journal*. 2024 May 8;7(2):273-85.
31. Binka M, Bartlett S, Velásquez García HA *et al.* Impact of COVID-19-related public health measures on HCV testing in British Columbia, Canada: an interrupted time series analysis. *Liver International*. 2021 Dec 1;41(12):2849-56.
32. Mandel E, Peci A, Cronin K *et al.* The impact of the first, second and third waves of COVID-19 on hepatitis B and C testing in Ontario, Canada. *Journal of Viral Hepatitis*. 2022 Mar 1;29(3):205-8.
33. Kronfli N, Buxton JA, Jennings L *et al.* Hepatitis C virus (HCV) care in Canadian correctional facilities: where are we and where do we need to be? *Canadian Liver Journal*. 2019 Jun 12;2(4):171-83.
34. Feld JJ. Hepatitis C virus diagnostics: the road to simplification. *Clinical Liver Disease*. 2018 Dec 14;12(5):129.
35. Organisation mondiale de la Santé. Updated recommendations on simplified service delivery and diagnostics for hepatitis C infection: policy brief. 2022. À l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357086/9789240052697-eng.pdf?sequence=1>
36. Tao Y, Tang W, Fajardo E *et al.* Reflex hepatitis C virus viral load testing following an initial positive hepatitis C virus antibody test: a global systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2023 Oct 13;77(8):1137-56.
37. Grebely J, Applegate TL, Cunningham P *et al.* Hepatitis C point-of-care diagnostics: in search of a single visit diagnosis. *Expert Review of Molecular Diagnostics*. 2017 Dec 1;17(12):1109-15.
38. Soulier A, Poiteau L, Rosa I *et al.* Dried blood spots: a tool to ensure broad access to hepatitis C screening, diagnosis, and treatment monitoring. *The Journal of Infectious Diseases*. 2016 Apr 1;213(7):1087-95.
39. Smith BD, Drobeniuc J, Jewett A *et al.* Evaluation of three rapid screening assays for detection of antibodies to hepatitis C virus. *The Journal of Infectious Diseases*. 2011 Sep 15;204(6):825-31.
40. Khuroo MS, Khuroo NS, Khuroo MS. Diagnostic accuracy of point-of-care tests for hepatitis C virus infection: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2015 Oct 16;10(3):e0121450.
41. Smookler D, Vanderhoff A, Biondi MJ *et al.* Reducing read time of point-of-care test does not affect detection of hepatitis C virus and reduces need for reflex RNA. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2021 Jul 1;19(7):1451-1458.e4.
42. Grebely J, Lamoury FMJ, Hajarizadeh B *et al.* Evaluation of the Xpert HCV viral load point-of-care assay from venepuncture-collected and finger-stick capillary whole-blood samples: a cohort study. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*. 2017 Jul 1;2(7):514-20.
43. Grebely J, Catlett B, Jayasinghe I *et al.* Time to detection of hepatitis C virus infection with the Xpert HCV viral load fingerstick point-of-care assay: facilitating a more rapid time to diagnosis. *The Journal of Infectious Diseases*. 2020 Jun 11;221(12):2043-9.
44. Bajis S, Dore GJ, Hajarizadeh B *et al.* Interventions to enhance testing, linkage to care and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: a systematic review. *International Journal of Drug Policy*. 2017 Sep 1;47:34-46.
45. Snell G, Marshall AD, van Gennip J *et al.* Public reimbursement policies in Canada for direct-acting antiviral treatment of hepatitis C virus infection: a descriptive study. *Canadian Liver Journal*. 2023 Jul 23;6(2):190.
46. Mandel E, Underwood K, Masterman C *et al.* Province-to-province variability in hepatitis C testing, care, and treatment across Canada. *Canadian Liver Journal*. 2023 Jul 26;6(2):234-48.
47. Blach S, Kondili LA, Aghemo A *et al.* Impact of COVID-19 on global HCV elimination efforts. *Journal of Hepatology*. 2021 Jan 1;74(1):31-6.

48. Clark EC, Neumann S, Hopkins S *et al.* Changes to public health surveillance methods due to the COVID-19 pandemic: scoping review. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2024 Jan 19;10(1).
49. Lazarus J V, Pericas JM, Pericàs JM *et al.* Viral hepatitis: “E” is for equitable elimination. *Journal of Hepatology*. 2018 Oct 1;69(4):762-4.
50. Biondi MJ, Feld JJ. Hepatitis C models of care: approaches to elimination. *Canadian Liver Journal*. 2020 Apr 10;3(2):165-76.
51. Smookler D, Beck A, Head B *et al.* A collaborative approach to hepatitis C testing in two First Nations communities of northwest Ontario. *Canadian Liver Journal*. 2022 Aug 16;5(3):329-38.
52. Pandey M, Konrad S, Reed N *et al.* Liver health events: an indigenous community-led model to enhance HCV screening and linkage to care. *Health Promotion International*. 2022 Feb 17;37(1):daab074.
53. Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur les intoxications par les drogues toxiques. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. 2023. À l’adresse : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
54. Bonn M, Palayew A, Bartlett S *et al.* Addressing the syndemic of HIV, hepatitis C, overdose, and COVID-19 among people who use drugs: the potential roles for decriminalization and safe supply. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020 Oct 1;81(5):556-60.
55. Popovic N, Williams A, Périnet S *et al.* Estimations nationales de l’hépatite C : incidence, prévalence, proportion non diagnostiquée et traitement, Canada, 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2022 Dec 14;48(11-12):549.
56. Oru E, Trickey A, Shirali R *et al.* Decentralisation, integration, and task-shifting in hepatitis C virus infection testing and treatment: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2021 Apr 1;9(4):e 431-45.