

# **Une intervention renouvelée en santé publique pour lutter contre l'hépatite C**

***Rapport sommaire du  
processus d'établissement des priorités  
et  
Cadre stratégique pour l'action***

**Juin 2009**

*Notre mission est de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.*

**Agence de la santé publique du Canada**

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Pour obtenir plus d'information sur cette publication ou des exemplaires, prière de communiquer avec :

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C  
Division des infections acquises dans la collectivité  
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses  
Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence  
Agence de la santé publique du Canada  
100, promenade de l'Églantine, AL : 0602C  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Tél. : 613-946-5674  
Télec. : 613-941-7563  
Site Internet : [www.phac-aspc.gc.ca/hepc](http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc)

Cette publication peut également être offerte dans d'autres formats, sur demande.

This publication is also available in English under the title: A Renewed Public Health Response to Address Hepatitis C: A Summary Report of the Priority-setting Process and a Strategic Framework for Action

© SA MAJESTÉ LA REINE CHEF DU CANADA (2009)  
Numéro de catalogue : HP40-44/2009F-PDF  
ISBN : 978-1-100-92287-4

**Une intervention renouvelée en santé publique  
pour lutter contre l'hépatite C :**

**Rapport sommaire du  
processus d'établissement des priorités**

**et**

**Cadre stratégique pour l'action**

**Juin 2009**



## Table des matières

<b>1. Hépatite C – Aperçu</b> .....	8
a. Contexte.....	8
b. Comment le virus travaille.....	10
c. Facteurs de risque .....	13
d. Prévalence mondiale.....	13
e. Surveillance au Canada.....	14
Surveillance de routine (de base) .....	15
Surveillance améliorée.....	15
Enquêtes fondées sur la population.....	16
f. Estimations canadiennes .....	17
<b>2. Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C</b> ...	18
a. 1999 à 2007 .....	18
b. Évaluation sommative officielle .....	18
Examen opérationnel .....	19
Résultats et réalisations .....	19
Harmonisation stratégique .....	19
<b>3. Intervention renouvelée en santé publique pour lutter contre l'hépatite C</b> .....	21
a. Processus d'établissement des priorités.....	22
<b>4. Le Cadre stratégique pour l'action</b> .....	26
a. Recherche et surveillance.....	28
b. Soins et sensibilisation.....	31
c. Prévention et soutien communautaire.....	34
<b>Conclusion</b> .....	37
<b>Remerciements</b> .....	38

## Liste des tableaux et des figures

<b>Tableau 1 :</b> Prévalence mondiale du VHC .....	12
<b>Tableau 2 :</b> Recommandations provinciales et territoriales relatives aux orientations et aux priorités futures du Programme de l'hépatite C .....	23
<b>Tableau 3 :</b> Investissements prioritaires dans la recherche et la surveillance .....	28
<b>Tableau 4 :</b> Investissements prioritaires dans les soins et la sensibilisation .....	31
<b>Tableau 5 :</b> Investissements prioritaires dans la prévention et le soutien communautaire .....	34
<b>Figure 1 :</b> Histoire naturelle du VHC .....	1

## Annexes

**Annexe A :** Cas déclarés d'hépatite C et leurs taux correspondants au Canada

*Tableau A :* Cas d'hépatite C déclarés du 1er janvier au 30 juin 2007 et du 1er janvier au 31 juin 2008 et leurs taux annuels correspondants du 1er janvier au 31 décembre pour les années 2007 et 2008

*Tableau B :* Cas déclarés et taux d'hépatite C à déclaration obligatoire selon la province/le territoire et le sexe, 2005-2007

**Annexe B :** *Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada : Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)*

**Annexe C :** *Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007 (Rapport final)*

**Annexe D :** *Évaluation sommative du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C (1999/2000 – 2005/2006)*

**Annexe E :** *Transformer la recherche en action*  
Examen de l'Initiative de recherche sur l'hépatite C par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

**Annexe F :** Modèles logique du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

**Annexe G :** Aperçu du processus d'établissement des priorités

**Annexe H :** Processus d'établissement des priorités (consultations) – Liste des participants

**Annexe I :** Tendances et défis au Canada – ce que nous avons appris

**Annexe J :** *Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices de consensus (2007)*

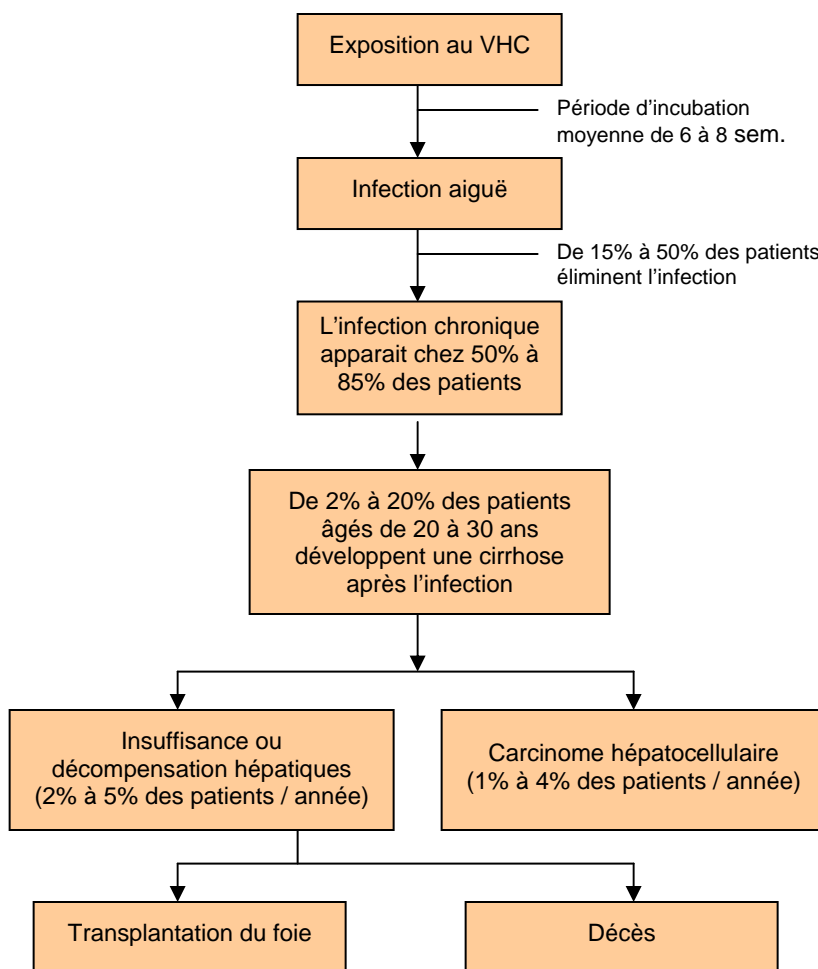
**Annexe K :** Cadre de surveillance du rendement et stratégie d'évaluation du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

# 1. Hépatite C – Aperçu

## a. Contexte

L'hépatite C est une maladie chronique du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Le VHC est un virus à ARN monocaténaire à enveloppe appartenant à la famille des *flavivirus*. Six génotypes<sup>1</sup> du virus ont été identifiés.

**Figure 1 : Histoire naturelle du VHC**



Source : WONG,T et Lee, SS, *JAMC* 2006; 174 :649-659

\* Il est à noter que de 60% à 75% des patients sont asymptomatiques à ce stade.

<sup>1</sup> Le génotype 1 est le génotype prédominant au Canada.



Il est vrai qu'en règle générale, les personnes atteintes d'une infection aiguë par le VHC ne présentent aucun symptôme; moins de 25 % des personnes infectées présentent certains symptômes comme une jaunisse (jaunissement de la peau et/ou des yeux) ou de la fatigue. Environ 21% des personnes infectées par le VHC ne savent pas qu'elles sont porteuses du virus. Certains se rétablissent de leur infection, mais de 50 % à 85 % des sujets infectés développeront une infection chronique et seront asymptomatiques pendant des années. L'infection chronique par le VHC peut finir par endommager le foie, causer le cancer et nécessiter une transplantation. En l'an 2000, les coûts annuels de l'infection au VHC, en termes de traitement médical et de perte de productivité, au Canada, étaient estimés à 500 millions de dollars; un chiffre qui devrait atteindre le milliard de dollars d'ici 2010.

**Les perceptions erronées relatives au VHC sont les suivantes :**

- **Le VHC ne peut être soigné.** En réalité, il existe un traitement qui peut-être très efficace pour de nombreuses personnes.
- **Le VHC n'est pas vraiment très grave.** En réalité, il peut entraîner des complications graves et la mort s'il n'est pas pris en charge ou soigné.
- **Le VHC peut-être prévenu par la vaccination.** En réalité, aucun vaccin contre le VHC n'a encore été mis au point.

Des médicaments antiviraux existent aujourd'hui pour traiter les personnes infectées par le VHC et permettre d'éviter de graves lésions hépatiques. Le diagnostic et le traitement précoces diminuent les risques de dommages au foie, aident à éviter que les personnes atteintes transmettent le virus à d'autres sans le savoir et peuvent également aider de nombreuses personnes à éliminer le virus.

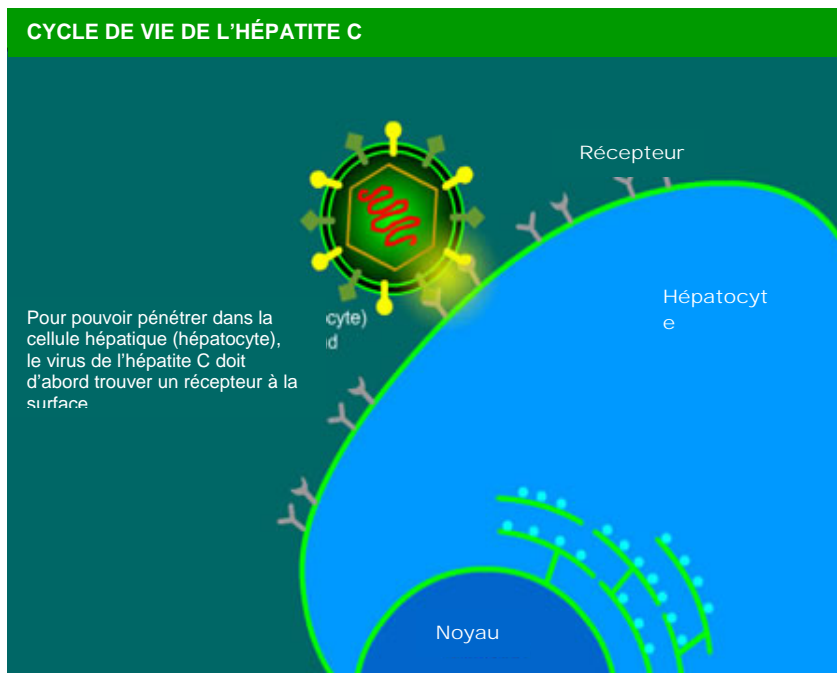
Le VHC est hautement transmissible. Il se transmet par l'exposition à du sang infecté. Dans le passé, des personnes ont été infectées lors de transfusions sanguines ou de contacts avec des produits sanguins. À l'heure actuelle, entre 70 % et 80 % des cas de transmission du VHC au Canada sont attribuables aux drogues injectables et au partage d'aiguilles contaminées ou d'autres articles associés à l'utilisation de drogues (par exemple seringues, cuillères et récipients, eau, filtres, pailles, drogue, etc.)

En bref :

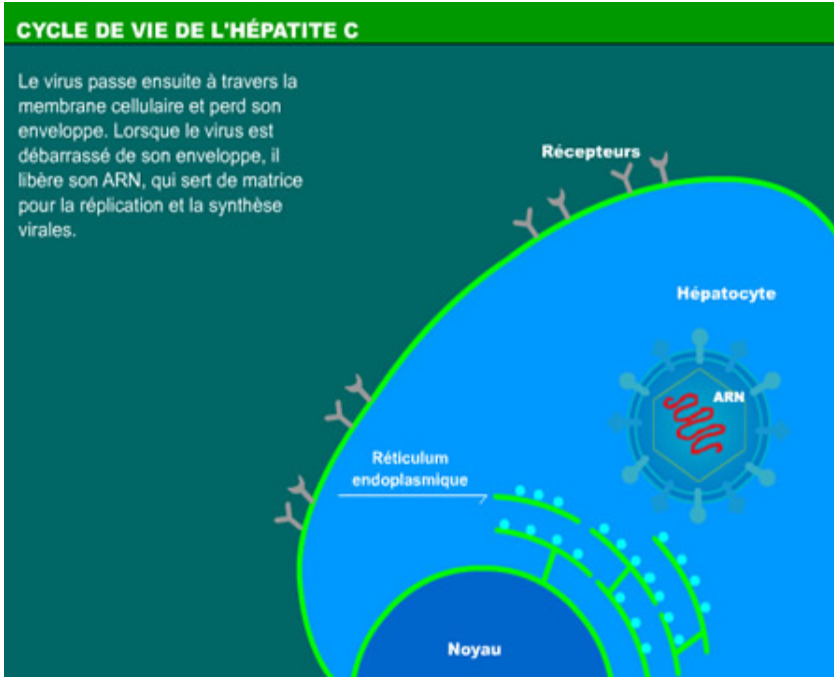
- L'hépatite C est une maladie chronique du foie causée par le VHC.
- Environ 242,500 personnes au Canada ont été infectées par le VHC depuis le mois de décembre 2007.
- En 2007, il fut estimé que près de 7,900 personnes étaient nouvellement infectées par le virus de l'hépatite C au Canada.

## b. Comment le virus travaille

(Source : Agence de la santé publique du Canada, 17-05- 2002, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/virus/virus1-fra.php>)

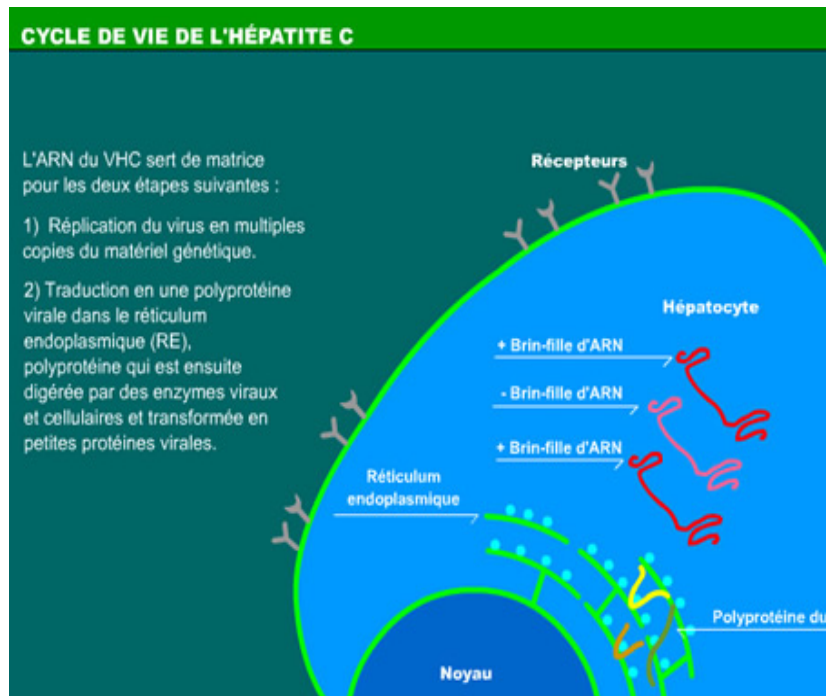


Le virus entre en contact avec la surface de la cellule hépatique (hépatocyte). Le virus est de forme hexagonale et contient un brin d'ARN. Il est entouré d'une enveloppe qui se lie aux récepteurs de l'hépatocyte.

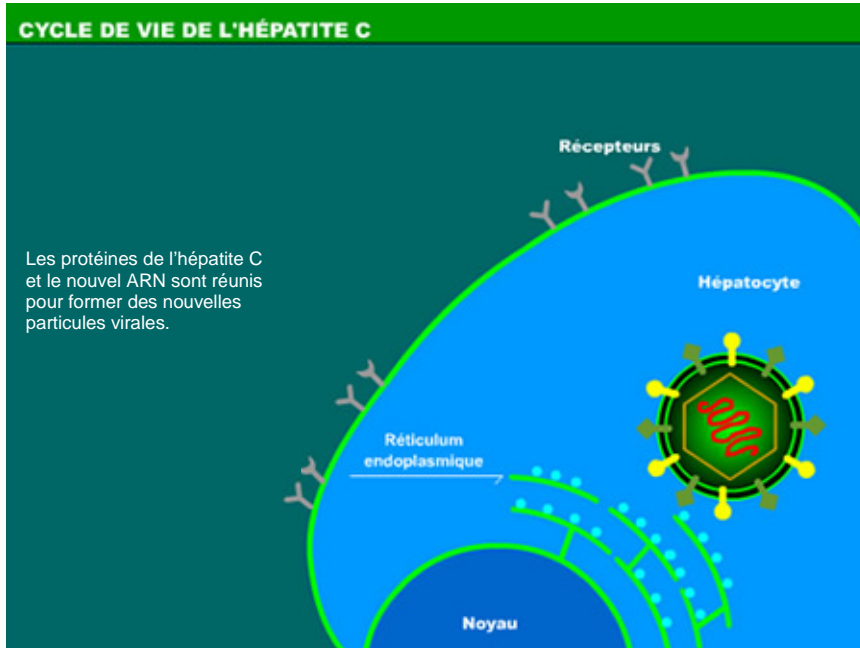


Le virus se trouve maintenant à l'intérieur de l'hépatocyte et l'enveloppe s'est détachée. La cellule du foie contient également un noyau et le réticulum endoplasmique, qui se déploie en réseau dans le cytoplasme.

L'hépatocyte contient maintenant l'ARN original du virus de l'hépatite C, ainsi que les nouveaux brins d'ARN positifs et négatifs issus de la réplication. Des fragments de la polyprotéine virale se fixent aux branches du réticulum endoplasmique.

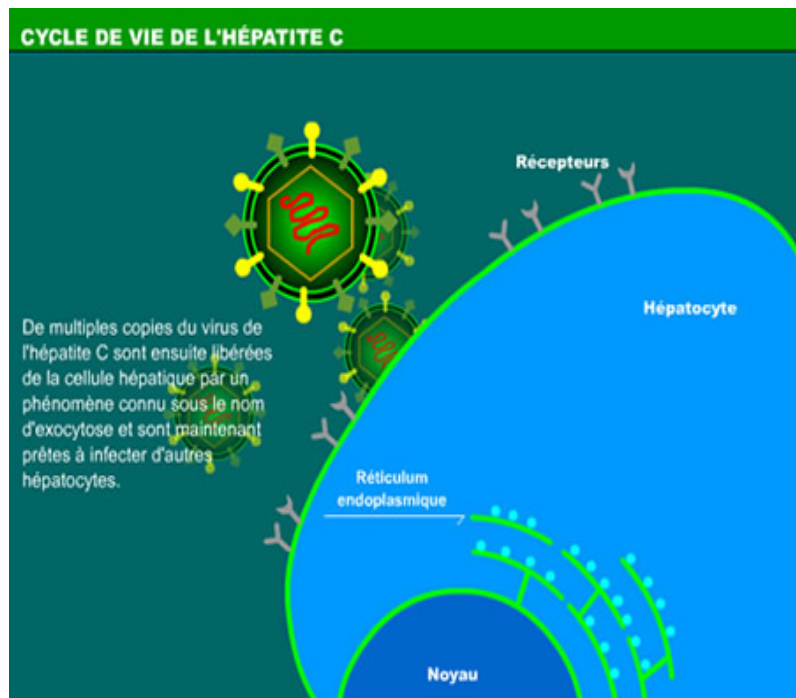


### CYCLE DE VIE DE L'HÉPATITE C



Le virus nouvellement formé attend à l'intérieur de l'hépatocyte, prêt à être expulsé de la cellule hépatique.

### CYCLE DE VIE DE L'HÉPATITE C



Quatre copies du virus émergent et sont excrétées à l'extérieur de l'hépatocyte.

## c. Facteurs de risque

L'Hépatite C se transmet par l'exposition à du sang infecté. Voici les facteurs de risque les plus courants associés à l'infection par le VHC :

- L'utilisation (passée ou présente) de drogues injectables et de drogues intranasales (renflées) lorsqu'il y a partage de matériels contaminés (p. ex, les seringues, les cuillères et autres récipients, l'eau, les filtres, les pailles, la drogue elle-même, etc.);
- Le tatouage, le perçage corporel ou l'acupuncture lorsque du matériel non stérilisé est utilisé;
- L'exposition en milieu de travail lorsqu'une personne est piquée par une aiguille ou un objet pointu sur lequel il y a du sang infecté;
- L'exposition, au Canada ou à l'étranger, lorsque les mesures de précaution ne sont pas respectées (par exemple utilisation de matériel contaminé pendant un acte médical ou dentaire);
- Le partage d'articles de toilette personnels, comme un rasoir, des ciseaux, un coupe-ongles ou une brosse à dents, avec une personne infectée;
- Des relations sexuelles non protégées, notamment lorsqu'il y a contact avec du sang ou échange de sang avec une personne infectée;
- Le fait d'être né d'une mère atteinte du VHC.

Les personnes exposées à du sang, à des produits sanguins ou à une transplantation d'organes contaminés avant 1992 peuvent également être à risque.

## d. Prévalence mondiale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) voit dans le VHC une « bombe à retardement virale » étant donné que de 2 à 3 % de la population mondiale est infectée (de 123 à 170 millions de personnes approximativement).

On estime que de trois à quatre millions de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année dans le monde.

**Tableau 1 : Prévalence mondiale du VHC**

Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire n° 49, 10 décembre 1999, OMS

Région faisant partie de l'OMS	Population totale (millions)	Prévalence de l'hépatite C Taux %	Population infectée (millions)	Nombre de pays des régions de l'OMS pour lesquels les données ne sont pas disponibles
Afrique	602	5,3	31,9	12
Amériques	785	1,7	13,1	7
Méditerranée orientale	466	4,6	21,3	7
Europe	858	1,03	8,9	19
Asie du Sud-Est	1 500	2,15	32,3	3
Pacifique occidentale	1 600	3,9	62,2	11
Total	5 811	3,1	169,7	57

*Int. J. Med. Sci.* 2006; 3(2) : 41–46. Données publiées en ligne le 1er avril 2006. [Droits d'auteur](#) © Ivyspring International Publisher.

## e. Surveillance au Canada

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) surveille le VHC et d'autres virus comme l'hépatite B (VHB) au Canada au moyen de trois approches interdépendantes : surveillance de routine (de base), surveillance améliorée et enquêtes sur la population. Les données recueillies grâce à ces systèmes de surveillance aident à orienter les interventions en santé publique et la politique de santé publique.

Certains groupes au Canada sont considérés comme étant plus à risque d'être infectés par des infections acquises dans la collectivité comme le VHC, le VHB et les co-infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (par exemple le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la syphilis, la chlamydia, etc.). Ces groupes de population à risque, comme les personnes qui consomment des drogues injectables, les jeunes de la rue, etc., sont plus enclins (contrairement au grand public) à adopter un comportement à risque susceptible d'augmenter la probabilité de contracter une infection (p. ex., en partageant le matériel de consommation de drogue ou en travaillant dans l'industrie du sexe). Il est important pour l'ASPC de recueillir des données améliorées sur ces populations pour établir les données probantes qui serviront de base à des interventions efficaces et contribueront à la lutte contre les comportements à risque.

### **Surveillance de routine (de base)**

Grâce à la surveillance de routine,<sup>2</sup> les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux soumettent volontairement des cas diagnostiqués et déclarés de VHC et de VHB à l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire du Système de déclaration des maladies infectieuses (SDMI). Les données de surveillance de routine brossent un tableau représentatif à l'échelle nationale de la répartition des cas d'infection par le VHC et le VHB nouvellement diagnostiqués et déclarés par personne, emplacement et date. Pour consulter les nombres de cas déclarés du VHC et les taux rapportés par chacune des provinces et territoires au Canada incluant la distribution selon le groupe d'âge et le sexe, veuillez vous référer aux tableaux *Cas déclarés d'hépatite C et leurs taux annuels correspondants* à l'annexe A. Ces données sont également disponibles à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/surveillance-fra.php>.

### **Surveillance améliorée**

En partenariat avec les services de santé publique locaux, provinciaux et territoriaux, l'ASPC coordonne les activités permanentes de surveillance améliorée du VHC et du VHB dans le cadre des efforts visant une meilleure compréhension des facteurs de risque pour les infections par le VHC et le VHB ainsi que les co-infections transmissibles sexuellement et par le sang, y compris le VIH.

Le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH) est une initiative de surveillance<sup>3</sup> par sentinelle qui repose sur les renseignements fournis par la surveillance de routine (SDMI) grâce à la collecte de données sur le statut de l'infection (par exemple infection aiguë ou chronique) et sur les facteurs de risque concernant les cas de VHC ou de VHB nouvellement diagnostiqués. Actuellement, onze sites au Canada participent au SSASH; ils couvrent environ 41,8 % de la population canadienne, soit 13,2 millions de personnes. Pour consulter les données de l'infection aiguë du VHC au Canada et les tendances correspondantes

---

<sup>2</sup> « ... à **recueillir**, à compiler, à **analyser** et à diffuser de façon systématique, continue et rapide des données se rapportant à la santé; les résultats sont ensuite diffusés aux personnes qui seront appelées à prendre des mesures. » (Source : Agence de la santé publique du Canada, Division des infections acquises dans la collectivité, Section de la surveillance et de l'épidémiologie sur les hépatites C et les ITS, juin 2008). <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/about-fra.php>

<sup>3</sup> Système de surveillance mettant à contribution un nombre limité de sites choisis (collectivités) de manière que les données recueillies puissent être extrapolées pour l'ensemble de la population. La concentration de ressources dans ces sites permet d'obtenir des données plus riches et, en dernière analyse, des estimations plus exactes que les estimations découlant de programmes nationaux de surveillance menés sur une plus grande échelle. (Source : Agence de la santé publique du Canada, *Importance des sites sentinelles*, 02-04-2007). <http://www.phac-aspc.gc.ca/c-enternet/necessity-importance-fra.php>.

aux données recueillies par le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH), veuillez vous référer à l'annexe B : *Actualités en épidémiologie – Épidémiologie de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada – Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)*. Le documents Actualités en épidémiologie est également disponible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/pdf/hcv-epi-fra.pdf>.

L'ASPC coordonne également la surveillance améliorée de certains groupes de population à risque, notamment les personnes qui consomment des drogues injectables<sup>4</sup> et les jeunes de la rue<sup>5</sup>. Contrairement au grand public, ces populations ont souvent plus tendance à adopter un comportement à risque, comme le partage de la consommation de la drogue et du matériel de préparation, susceptible d'augmenter la probabilité de contracter une infection par le VHC et les co-infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

### ***Enquêtes fondées sur la population***

En partenariat avec Santé Canada et Statistique Canada, l'ASPC réalise actuellement l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), dont les résultats fourniront des estimations fondées sur la population relativement à la prévalence du VHC et du VHB au Canada. La collecte des données est en cours et les résultats de l'enquête (ECMS) sont prévus pour le début de 2010.

---

<sup>4</sup> I-Track est un système de surveillance améliorée multicentrique mené par l'Agence de la santé publique du Canada qui décrit l'évolution des tendances relativement aux pratiques d'injection de drogues, des comportements liés au dépistage du VIH, du VHC et des comportements sexuels à risque chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) au Canada. De plus amples renseignements sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/index-fra.php>.

<sup>5</sup> La Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJR) est un système national de surveillance sentinelle multicentrique qui observe les taux d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), les comportements à risque et les déterminants de la santé au sein de la population des jeunes de la rue au Canada. De plus amples renseignements sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/youth-jeunes-fra.php>.



## f. Estimations canadiennes

Depuis le mois de décembre 2007, près de 242 500 personnes étaient infectées par le VHC au Canada, et on estime qu' environ 7900 personnes étaient nouvellement infectées en 2007 dont la majorité par l'utilisation de drogues injectables. Les estimations suggèrent que les personnes qui s'injectent des drogues représentent 58% de toutes les infections par le VHC existantes au Canada, 11% ont reçu des transfusions sanguines, 0.4% sont hémophiles, et 31% par d'autres modes de transmission. En général, on estime qu'environ 192 000 (79%) des personnes infectées par l'hépatite C vivant au Canada qui ont été diagnostiquées depuis le mois de décembre 2007, 21% d'entre eux ne savaient pas qu'elles avaient contracté l'infection. (À titre d'information, *Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007* – rapport final est joint à l'annexe C).

## 2. Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

### a. 1999 à 2007

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C (Programme de l'hépatite C) a été établi en juin 1999 en réponse au rapport de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (*Commission Krever*). Il s'agit d'une initiative quinquennale qui a couvert les exercices financiers 1999-2000 à 2003-2004 et a nécessité un budget annuel de 10,648 millions de dollars. Le programme comportait quatre volets : a) recherche et surveillance; b) prévention et soutien communautaire; c) soins et sensibilisation; d) gestion, politique, évaluation et participation du public.

Le Programme devait prendre fin le 31 mars 2004, mais a fait l'objet de trois prolongations d'un an chacune accompagnée d'un financement de 10,648 millions de dollars : la première s'étendait jusqu'au 31 mars 2005 et était destinée à la poursuite des travaux du programme au moment de la mise en place de l'ASPC; les deuxième et troisième prolongations (jusqu'au 31 mars 2006 et au 31 mars 2007, respectivement) visaient à couvrir les opérations permanentes tandis que l'ASPC envisageait un cadre de travail intégré pour lutter contre les maladies infectieuses.

### b. Évaluation sommative officielle

Une évaluation sommative officielle du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C a été menée de 1999 à 2006. Elle avait pour but d'évaluer et de mettre en relief les progrès dans la réalisation des objectifs et du rendement. Elle permettait également de définir les travaux prioritaires futurs. Les principales conclusions de l'évaluation ont permis une compréhension des réalisations accomplies dans le cadre du programme ainsi que la contribution de celui-ci à la mission, au mandat et aux objectifs globaux de l'ASPC.

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C avait une portée nationale. Il partageait la responsabilité avec les six bureaux régionaux de l'ASPC<sup>6</sup>, et le bureau de la région du Nord de Santé Canada<sup>7</sup>. Le programme visait quatre objectifs : contribuer à la prévention de l'infection par le VHC, soutenir les personnes infectées par le VHC, établir une base de données plus étoffée pour orienter les décisions

---

<sup>6</sup> Les six régions de l'ASPC sont : la Colombie-Britannique, l'Alberta, les Prairies (Saskatchewan et Manitoba), l'Ontario, le Québec, le Canada atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador).

<sup>7</sup> Le bureau régional du Nord de Santé Canada est responsable du Territoire du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut.

politiques et stratégiques, et renforcer la capacité des partenaires dans la lutte contre le VHC au Canada.

L'évaluation sommative du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C (annexe D) a couvert trois principaux domaines et examiné les résultats en fonction d'un certain nombre de questions:

### ***Examen opérationnel***

- Dans quelle mesure le système (bureaucratie), la structure (Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C; ressources et pratiques de gestion), les processus et les mécanismes de soutien ont-ils contribué à la réalisation des activités et du rendement du programme?
- Quels étaient les défis et les obstacles systémiques au succès?
- Comment relever ces défis?
- Comment la responsabilité et la transparence furent intégrées?

### ***Résultats et réalisations***

- Dans quelle mesure le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C a-t-il contribué à l'amélioration de l'information et de l'amoncellement de preuves partout au Canada?
- Dans quelle mesure le programme a-t-il favorisé la participation et le soutien des intervenants?
- Quelle a été la portée du programme?
- Quels sont les partenariats qui ont été établis?
- Quels sont les projets innovateurs en matière de prévention et de soutien qui ont été mis en œuvre?
- Quels sont les objectifs du programme qui ont été réalisés?

### ***Harmonisation stratégique***

- Quelle a été la pertinence du Programme de l'hépatite C par rapport aux priorités du gouvernement fédéral?
- Quelle a été la pertinence du programme par rapport aux priorités de l'ASPC?
- Dans quelle mesure la promotion de la santé et l'approche axée sur la santé de la population ont-elles été mises en œuvre dans le cadre du Programme de l'hépatite C?

Les activités d'évaluation sommative du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C comportaient l'examen de 276 dossiers de projets financés à l'échelle nationale ou régionale, de publications et de documents. De plus, chacun de ces documents a été analysé en vue de déterminer dans quelle mesure les quatre principales composantes du programme étaient mises en relief. Une enquête complète sur les intervenants a été menée au cours de laquelle des entrevues avec les répondants clés ont contribué à l'analyse des données agrégées, et à la présentation d'exposés clairs et cohérents. Les renseignements recueillis ont été comparés aux données de surveillance/épidémiologiques pertinentes et aux résultats de recherche en matière de VHC (annexe E) qui ont contribué au fondement scientifique des processus de prise de décision et de planification dans le cadre du Programme de l'hépatite C.

Selon les conclusions de l'évaluation, le Programme de l'hépatite C a réalisé des progrès considérables en matière de lutte contre l'épidémie de l'hépatite C au Canada. Les réalisations incluent les suivantes:

- renforcement considérable des capacités;
- accroissement de la capacité de recherche;
- efforts considérables en matière de prévention;
- établissement de partenariats et de collaborations clés.

Les conclusions ont également montré que le Programme de l'hépatite C a relevé de nombreux défis qui ont souvent entravé ou ralenti les efforts visant à réaliser des gains aux niveaux national et régional. Ces défis incluent les suivants:

- les défis systémiques ont représenté un obstacle au bon déroulement des cycles de financement (particulièrement durant les années de prolongation) engendrant des retards et des interruptions considérables dans le financement (subventions ou contributions);
- difficultés à concilier les priorités en matière de prévention et de soins (soins de santé et services sociaux) destinés aux individus déjà infectés;
- forte dépendance envers la surveillance par sentinelle compte tenu de l'absence d'un système de surveillance national;
- difficultés à améliorer la recherche sur le comportement et les sciences sociales;
- difficultés à élaborer et à mettre en œuvre une approche davantage intégrée en ce qui concerne le VHC par rapport aux co-infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), y compris le VIH et la tuberculose.

### 3. Intervention renouvelée en santé publique pour lutter contre l'hépatite C

L'honorable Tony Clement, ministre fédéral de la Santé, a annoncé le 14 mai 2008 l'initiative d'intervention renouvelée en santé publique du gouvernement du Canada pour lutter contre l'hépatite C (c'est-à-dire le Programme de l'hépatite C), programme accompagné d'un budget annuel de 10,648 millions de dollars. Le ministre a indiqué que le programme renouvelé assurera une approche fondée sur des données probantes concernant l'élaboration, la mise en œuvre, et la viabilité des politiques et des programmes. Les décisions d'investissement en matière de politique et de programmation s'appuieront sur une approche axée sur la population et tiendront compte des principaux déterminants de la santé<sup>8</sup>. Ces décisions viseront essentiellement les domaines suivants :

- recherche et surveillance (développement des connaissances);
- élaboration de politiques et de programmes;
- renforcement des capacités communautaires;
- éducation du public et des professionnels;
- collaboration intersectorielle et pluridisciplinaire;
- synthèse et partage de l'information.

L'annonce du ministre permet au Programme de l'hépatite C de répondre de façon proactive aux besoins et aux priorités des populations infectées ou affectées par la maladie ainsi que des personnes le plus à risque, et souligne l'accent mis par l'ASPC sur les mesures pratiques et immédiates de nature à améliorer la qualité de vie. L'approche continue et coordonnée de la planification stratégique et d'établissement des priorités permettra de cerner efficacement les lacunes dans la prestation des services. De plus, grâce à cette approche, les priorités stratégiques et les objectifs nationaux à long terme seront évalués en fonction de leurs incidences sur la santé des Canadiens (voir l'annexe F pour une illustration du « modèle logique » du Programme renouvelé de l'hépatite C).

L'objectif du Programme renouvelé de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C est **d'améliorer la santé de la population, de diminuer les écarts de santé et de réduire le fardeau qui en résulte pour le système de santé**, et cela en:

- contribuant à la prévention du VHC au Canada et partout dans le monde;

---

<sup>8</sup> Principaux déterminants de la santé : revenu et situation sociale, réseaux de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnement social et physique, habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles, développement sain durant l'enfance, services de santé, sexe et culture, patrimoine biologique et génétique.

- appuyant les personnes infectées ou affectées par le VHC, susceptibles de le contracter ou qui y sont vulnérables;
- fournissant des données factuelles pour soutenir les décisions relatives aux politiques et aux programmes;
- renforçant la capacité des partenaires à lutter contre le VHC au Canada.

Le Programme de l'hépatite C reconnaît également que:

- pour prendre de l'avance sur l'épidémie, il est impératif de cerner les risques associés à certains comportements (par exemple le partage du matériel de préparation et de consommation de drogue). Cette action s'inscrit dans une approche concrète et pragmatique en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie; approche qui repose sur un large éventail de mesures de santé publique efficaces visant à réduire les conséquences négatives des maladies infectieuses et chroniques;
- la capacité du programme à suivre la progression de l'épidémie sera entravée si l'on s'attaque au VHC sans aborder les questions relatives à la co-infection par les infections transmises sexuellement et les infections transmissibles par le sang et la tuberculose, les facteurs de risque connus ainsi que les approches en santé publique visant la prévention et le contrôle de la maladie.

### **a. Processus d'établissement des priorités**

Au cours de l'exercice financier 2007-2008, les responsables du Programme de l'hépatite C ont rencontré un large éventail d'intervenants divers dans le but de lancer un dialogue interactif susceptible de faire ressortir les perspectives de ces intervenants sur les tendances actuelles dans les domaines de la santé, psychosocial et socioéconomique. Les participants ont eu la chance de partager leurs points de vue sur les défis particuliers inhérents aux politiques, à l'élaboration des programmes et à la prestation des services aux niveaux local, régional et national (consulter l'aperçu du processus à l'annexe G).

Des consultations communautaires ont été tenues dans onze villes (Halifax, Québec, Iqaluit, Ottawa, Winnipeg, Regina, Calgary, Edmonton, Yellowknife, Whitehorse et Vancouver) et ont incluent la participation de plus de 250 personnes (annexe H), notamment:

- des personnes infectées par le VHC ou qui ont des troubles concomitants (co-infection par des infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS), troubles de dépendances, santé mentale, etc.);

- des représentants des autres ministères fédéraux;
- des représentants des administrations provinciales et territoriales;
- des autorités régionales de la santé, des fournisseurs de services de la santé et des services sociaux ainsi que des unités de santé publique et des fournisseurs de services d'approche communautaires;
- des chercheurs, des universitaires et des scientifiques.

La rétroaction a été généralement constante partout au pays, à l'exception de variations mineures ou d'observations spécifiques aux régions soulevées au cours de chacune des réunions (annexe I , réflexion sur ce que nous avons appris).

Une consultation subséquente a été menée auprès des responsables provinciaux et territoriaux au sein de chaque administration représentant des intérêts en santé, en services sociaux, en questions autochtones, en éducation, en justice et en services correctionnels. Les participants ont, à maintes reprises, mis l'accent sur la nécessité d'accorder un intérêt particulier aux pouvoirs des administrations et à l'état de préparation des infrastructures en vue de contribuer au succès du Programme de l'hépatite C. Ils ont souligné que le gouvernement fédéral joue actuellement un rôle de chef de file dans la lutte contre le VHC au Canada et dans le monde.

Toutes les administrations provinciales et territoriales sont d'accord sur le fait que les investissements et les efforts déployés dans le cadre d'un Programme de l'hépatite C (renouvelé) devraient être axés sur des modèles de soins primaires à l'intention des populations vulnérables au Canada. Parallèlement, le programme devrait concentrer ses orientations futures sur l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de prévention « en amont » axées sur la population (par exemple axées sur les jeunes, les jeunes de la rue, les Autochtones, les personnes qui font ou ont fait partie des systèmes correctionnels du Canada (passé et présent), les personnes qui consomment de la drogue, etc.)

Les responsables provinciaux et territoriaux ont fait valoir la nécessité de recevoir un support constant de la part du gouvernement fédéral pour soutenir des modèles de prestation de services intégrés. Ils ont souhaité davantage de collaboration entre le Programme de l'hépatite C et l'initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada ainsi que d'autres programmes fédéraux adéquats susceptibles de proposer des solutions dans le cadre des modèles des maladies chroniques).

On a mis l'accent sur le fait que le Programme de l'hépatite C doit cerner les problèmes de santé autochtones dans le cadre d'un environnement renouvelé ayant une perspective beaucoup plus large qu'avant. Un intérêt particulier doit être accordé aux questions d'alcoolisme et de toxicomanie, de suicide, d'effets à long terme des pensionnats et de troubles de santé mentale concomitants.

Des représentants provinciaux et territoriaux ont été appelés à réfléchir sur les orientations et les priorités futures du Programme de l'hépatite C en fonction de trois principaux domaines (décrits en détail à la section 4). Les recommandations suivantes ont été formulées dans le tableau 2 à la page suivante.



**Tableau 2 : Recommandations provinciales et territoriales pour les orientations et les priorités futures du Programme de l'hépatite C**

Recherche et surveillance	Soins et sensibilisation	Prévention et soutien communautaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la capacité de recherche et de surveillance en vue de bâtir un corpus de données probantes qui pourra soutenir une approche de santé de la population à l'égard de la prévention et du contrôle de la maladie, et à favoriser l'amélioration des activités de recherche et de surveillance relatives aux problèmes comportementaux, socio-économiques et psychosociaux.</li> <li>• Faciliter les processus au moyen desquels les systèmes de surveillance fédéraux, provinciaux et territoriaux pourront être uniformisés et mieux coordonnés afin d'assurer la collecte, l'analyse et la communication des données de façon efficace, fiable et opportune en vue de leur application au niveau national.</li> <li>• S'assurer que les approches relatives aux activités de recherche et de surveillance sont interdisciplinaires, et tiennent davantage compte des perspectives et de la participation de la collectivité.</li> <li>• Faciliter un processus de collaboration qui permettra la mise à jour et la diffusion des lignes directrices contenues dans le document <i>Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices de consensus (2007)</i><sup>9</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'employer, à l'aide de différents médiums et de technologies innovatrices (p. ex. Facebook, radiotéléphonie, etc.) à accroître la sensibilisation au VHC au Canada et dans le monde. S'assurer que les initiatives de sensibilisation et d'éducation tiennent compte des autres ITSS, de la tuberculose, des facteurs de risque communs et des approches axées sur la population en matière de prévention et de contrôle de la maladie.</li> <li>• Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de services de santé et de services sociaux viables et accessibles. Soutenir les programmes axés sur les questions de soins et de qualité de vie des personnes infectées ou co-infectées par le VHC, les ITSS et la tuberculose.</li> <li>• S'attaquer à l'épidémie « invisible » au Canada et partout dans le monde dans le but d'accroître la sensibilisation et de favoriser les mesures de dépistage susceptibles de faciliter l'identification des personnes infectées ou co-infectées par le VHC, les autres ITSS et la tuberculose afin de leur prodiguer les soins appropriés.</li> <li>• Aborder les enjeux liés aux consultations et aux diagnostics médicaux, et ce, plus particulièrement en mettant l'emphase sur la révision de la définition de cas de l'hépatite C mettant en évidence l'importance des tests en laboratoire (confirmation) de l'ARN.</li> <li>• Faciliter le développement et la prestation d'opportunités pour les fournisseurs de soins de santé en matière d'éducation et de sensibilisation en particulier dans la pratique de la médecine générale et de la spécialisation des soins de santé primaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de services de santé et de services sociaux viables et accessibles. Soutenir les programmes axés sur des réseaux de prévention et de soutien social à l'intention des personnes à risque ou vulnérables à l'infection par le VHC et les co-infections par les ITSS et la tuberculose.</li> <li>• Continuer de respecter et d'appuyer les « principes de réduction des méfaits » en tant qu'interventions sur le terrain et outils de prévention et d'éducation les plus adéquats.</li> <li>• Maintenir les réseaux de soutien actuels, et encourager l'élaboration et la mise en œuvre de nouveaux mécanismes de soutien social.</li> <li>• Soutenir et encourager les services d'approche et de première ligne, la programmation communautaire et les meilleures pratiques qui mettent l'accent sur l'hépatite C, d'autres ITSS et la tuberculose grâce à une « approche visant les déterminants sociaux » et en accordant une attention particulière à la vulnérabilité sociale et de la santé.</li> </ul>

<sup>9</sup> À titre d'information, les « lignes directrices de consensus » 2007 figurent à l'annexe J.

## 4. Le Cadre stratégique pour l'action

Des intervenants de nombreux secteurs et disciplines de santé publique au Canada ont souligné la nécessité d'un Programme de l'hépatite C permanent et fondé sur des éléments de preuves. De plus, tous conviennent de la nécessité de conjuguer les efforts pour contribuer au soutien de politiques efficaces en matière de prévention et de contrôle, ainsi que de programmes et de stratégies susceptibles de répondre aux besoins sociaux et de santé des personnes vulnérables ou à risque, infectées ou affectées par le VHC, les co-infections des autres ITSS et la tuberculose. Les intervenants souhaitent une intervention à long terme, qui maximise l'efficacité des investissements en améliorant la cohérence des politiques, des programmes et le partage de l'information, et en facilitant des initiatives de concertation continues axées sur une approche nationale permettant d'établir une évaluation conjointe des progrès.

Lorsque le ministre de la Santé a annoncé l'initiative d'intervention renouvelée en santé publique du gouvernement du Canada pour lutter contre l'hépatite C, initiative assortie d'un financement de 10,648 millions de dollars par année, il a dit : « cet investissement confirme la volonté du gouvernement du Canada de travailler avec nos partenaires de tous les paliers administratifs pour remédier aux ravages de l'hépatite C dans nos collectivités ».

Selon les suggestions reçues au cours du processus d'établissement des priorités, et afin de maintenir et de favoriser les réalisations à ce jour, *le Cadre stratégique pour l'action* s'efforcera de manière générale de renforcer le leadership fédéral dans les domaines suivants:

- favoriser les possibilités de renforcement des capacités au profit des professionnels de la santé et des services sociaux, des chercheurs et des organismes communautaires;
- se concentrer davantage, aux niveaux national et international, sur la recherche, la surveillance, l'évaluation, la planification stratégique; et poursuivre la consultation avec les intervenants, les partenaires fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que les agences gouvernementales et non gouvernementales dans le monde;
- assurer une intervention efficace et rapide pour répondre aux populations présentant les plus grands risques (y compris les Autochtones, les jeunes de la rue, les détenus et les personnes ayant des problèmes de dépendance ou qui consomment de la drogue);
- lutter contre l'épidémie « invisible » afin d'identifier les personnes infectées par le VHC ou co-infectées par le VHC, les autres ITSS et la tuberculose, mais qui ne savent pas qu'elles sont porteuses de virus. Permettre à ces personnes d'accéder facilement aux soins de santé et aux services de soutien social adéquats.

Le Programme de l'hépatite C conservera son caractère national. Son application détaillée se fera dans le cadre du partage des responsabilités avec les bureaux régionaux de l'ASPC et du bureau de la région du Nord de Santé Canada pour les principales initiatives. Grâce à la collaboration de ces partenaires, le Programme de l'hépatite C fera porter ses efforts et ses investissements sur les initiatives de nature à contribuer à:

- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant la mobilisation des citoyens et pouvant réagir face à la nature évolutive de l'épidémie du VHC au Canada;
- la détermination et l'engagement de nouveaux partenaires de recherche qui seront en mesure de contribuer à l'amélioration de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données de recherche et de surveillance;
- l'application d'une analyse des politiques stratégiques et de conseils visant à assurer une utilisation uniforme de mesures de rendement adéquates et des conclusions de l'évaluation qui répondent aux orientations des programmes et des politiques, et qui permettent de suivre de nouvelles voies dans ce domaine (annexe K : Cadre de surveillance du rendement et stratégie d'évaluation du Programme de l'hépatite C);
- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, de ressources et de réseaux dans le but de développer un champ de connaissances plus précis;
- la formulation de principes de mise en œuvre (pratiques prometteuses), la mise au point de mécanismes et de lignes directrices susceptibles d'améliorer le perfectionnement professionnel ainsi que les possibilités de partenariat et de collaboration en renforçant davantage les capacités communautaires et celles des systèmes de santé publique.

Les ressources financières du Programme de l'hépatite C seront affectées à trois principaux domaines: a) **recherche et surveillance**; b) **soins et sensibilisation**; c) **prévention et soutien communautaire**.

Tout au long du processus d'établissement des priorités, les données et les conseils ont été axés essentiellement sur les orientations et les priorités de chacun de ces volets. Lors des discussions, les investissements financiers prioritaires du Programme de l'hépatite C furent soulignés. Ceux-ci seraient considérés les plus efficaces par les intervenants qui vivent avec les problèmes et/ou fournissent des services sur le terrain.

## a. Recherche et surveillance

Les activités épidémiologiques, de recherche et de surveillance sont cruciales à la compréhension du VHC et de ses relations avec les autres ITSS et la tuberculose. Elles sont également indispensables à la mise en œuvre de politiques, de programmes et d'interventions qui soient fondés sur des données probantes. Parallèlement, ces activités contribuent à l'amélioration des traitements, des thérapies et des vaccins, à des technologies innovatrices, à des interventions plus efficaces en matière de santé publique, et à des pratiques, des lignes directrices et des mécanismes d'assurance de la qualité prometteurs (p. ex. dans les laboratoires).

Bien que le Canada dispose d'une structure raisonnablement efficace de leur système de transmission de données (déclaration des cas) de surveillance de routine, il y a néanmoins des insuffisances au niveau de la qualité, de la quantité et de la rapidité de diffusion des données recueillies et communiquées au gouvernement fédéral. Ces lacunes entravent les interventions efficaces contre le VHC. Le Programme de l'hépatite C s'emploiera à perfectionner davantage les outils de surveillance, de collecte de données et d'analyse épidémiologique, ainsi que les mécanismes et les processus pour mieux rapporter les données sur la prévalence et l'incidence du VHC tout en assurant une bonne compréhension du fardeau économique que représente le VHC et la co-infection par les autres ITSS et la tuberculose au Canada.

Un Programme renouvelé de l'hépatite C qui inclus une surveillance améliorée aux niveaux national et international facilitera et soutiendra la possibilité d'uniformiser et de coordonner des processus de collecte et d'analyse de données plus détaillées, opportuns et efficaces. Les résultats donneront lieu à des programmes, des politiques et des interventions mieux informés au niveau local. De même, des rapports épidémiologiques améliorés favoriseront les contributions du Canada au développement et à la diffusion des connaissances à l'échelon international ainsi qu'au corpus des données probantes qui permet de surveiller et de contrôler la propagation du VHC et des co-infections par les autres ITSS et la tuberculose au pays et dans le monde.

Dans le cadre de la recherche et de la surveillance du Programme de l'hépatite C, les partenariats avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) seront poursuivis dans le but d'assurer la continuité des initiatives en matière de recherche épidémiologique, clinique et biomédicale, et de se concentrer davantage sur la promotion de la recherche psychologique et comportementale. De plus, grâce à ces partenariats avec les IRSC, le Programme de l'hépatite C continuera à soutenir les programmes nationaux de formation à la recherche afin de consolider la capacité des chercheurs, des scientifiques et des

professionnels en soins de santé. Ces activités combleront, aux niveaux national et international, l'écart entre les connaissances actuelles sur le VHC, les co-infections par les autres ITSS et la tuberculose, et les facteurs de risque courants, et ce qui reste à découvrir en matière de prévention, de contrôle, de soins et de traitement des maladies infectieuses.

Les résultats de recherches seront mieux utilisées dans le cadre des processus d'élaboration des politiques et des programmes. Ainsi, les orientations du Programme de l'hépatite C seront fondées sur des données probantes.

Grâce au Programme de l'hépatite C, il sera facile d'améliorer les activités d'application et d'échange de connaissances (AEC) qui reposent sur les données probantes recueillies dans le cadre des initiatives de recherche et de surveillance afin de s'assurer que les politiques et les interventions programmées s'appliquent à l'ensemble des services de prévention, de soins et de traitement. Le Programme de l'hépatite C explorera et soutiendra les activités d'application et d'échange de connaissances (AEC) qui sont reconnues comme des modèles communautaires efficaces et prometteurs. Les activités et les investissements dans ce domaine permettront de s'assurer que les données probantes soient présentées dans des formats conviviaux et diffusées à grande échelle. Les messages, la programmation, la promotion et le réseautage entre les collectivités et le monde universitaire tiendront compte des personnes infectées par le VHC ou co-infectées par les autres ITSS et la tuberculose.

Le Programme de l'hépatite C soutiendra et renforcera la capacité de recherche et de surveillance interdisciplinaire et communautaire à élaborer des données probantes au soutien d'une approche de la santé de la population matière de prévention et de contrôle de la maladie tout en mettant l'accent sur les déterminants comportementaux, socioéconomiques et psychologiques de la santé.

Le Programme de l'hépatite C adoptera une approche d'ensemble en matière de recherche et de surveillance dans les domaines de base, psychosocial et interdisciplinaire. Le tableau 3 à la page suivante présente les activités et les investissements dans la **recherche et la surveillance** ainsi que leurs intentions en fonction des priorités définies dans le cadre du processus d'établissement des priorités.

### **Tableau 3 : Investissements prioritaires dans la recherche et la surveillance**

#### **Application et échange de connaissances (AEC)**

- Mettre l'accent sur la recherche, en sciences du comportement et en sciences sociales, qui est liée aux risques.
- Se concentrer sur la santé et le fardeau économique de la maladie, « l'épidémie invisible », la recherche en matière de prévention, la surveillance, les traitements, les vaccins et les essais cliniques.
- Axer l'application et l'échange de connaissances sur l'ensemble des activités de prévention, de soins et de traitements.
- Soutenir les programmes de formation actuels ainsi que les nouveaux.
- Soutenir l'élaboration de pratiques prometteuses et la recherche qui aborde des modèles de prestation des services de soins de santé et des services sociaux.

#### **Recherche et surveillance dans les domaines de la science du comportement et des sciences sociales**

- Explorer la corrélation entre la prévention et les déterminants de la santé au niveau comportemental, psychosocial et socio-économique et l'infection par le VHC ( ainsi que les co-infections par le VHC, les autres ITSSS, la tuberculose et les facteurs de risque communs).

#### **Recherche clinique et biomédicale**

- Améliorer les efforts de recherche existants, et lancer de nouvelles initiatives de recherche axées sur les essais cliniques et la mise au point de vaccins, la consommation et la polyconsommation de drogues, les interactions médicamenteuses et les programmes de réadaptation en toxicomanie.

#### **Systemes de surveillance**

- Coordonner le savoir-faire et accroître la capacité à faire des évaluations, un suivi et des rapports concernant la fréquence et la nature des comportements à risques élevés, et leur association avec le VHC et la co-infection par le VHC, les autres ITSS et la tuberculose.
- Améliorer la capacité de modélisation et de projection à l'égard des incidences, de la prévalence et des activités à risques chez les populations cibles, notamment les populations infectées par le VHC ou co-infectées par le VHC, les autres ITSS et la tuberculose.

## **b. Soins et sensibilisation**

Bien que les provinces et les territoires soient les premiers responsables en matière de soins et de traitements des maladies, le gouvernement fédéral joue un rôle essentiel en ce qui concerne le leadership, l'élaboration de normes et de lignes directrices nationales, la promotion de l'équité dans l'accès aux soins et la collaboration internationale. Dans le cadre du Programme de l'hépatite C, le gouvernement fédéral verra son rôle mieux défini et renforcé, et sera en mesure de collaborer étroitement avec ses homologues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec ses partenaires internationaux dans le but de maintenir un rôle attentif, approprié et efficace.

Le volet Soins et sensibilisation assurera l'évaluation, la promotion et l'amélioration du savoir-faire, des attitudes et des comportements afin d'accroître et de renforcer la capacité des fournisseurs de services sanitaires et sociaux, et de consolider les modèles de soins et de traitements destinés aux populations marginalisées et démunies. Dans le cadre de ces activités, on mobilisera les fournisseurs et les professionnels de services sanitaires et sociaux de manière à les sensibiliser davantage et à leur permettre de mieux comprendre leurs rôles et leurs responsabilités, et d'élaborer et de mettre en oeuvre des lignes directrices et des modèles de pratiques exemplaires et/ou prometteuses. Le Programme de l'hépatite C offrira un appui pour s'assurer que les ressources documentaires sont à jour et fiables, et faciliteront l'élaboration de nouveaux documents au fur et à mesure que les besoins sont cernés et exprimés par les intervenants.

Le Programme de l'hépatite C adoptera une approche globale. Il visera à encourager et à soutenir efficacement l'accès équitable aux soins, aux traitements, et aux services de soutien, dans les domaines sanitaire et social, à l'intention des personnes vulnérables ou à risque qui sont infectées ou affectées par le VHC et les co-infections (autres ITSS et tuberculose). Le programme encouragera et participera à l'élaboration et la mise en oeuvre de services sanitaires et sociaux viables et accessibles. Il soutiendra les programmes axés sur les problèmes relatifs aux soins et à la qualité de vie qui sont vécus par les personnes infectées par le VHC ou co-infectées par le VHC, les autres ITSS et la tuberculose.

Le Programme de l'hépatite C mettra l'accent sur les activités d'éducation et de sensibilisation à l'intention d'un large éventail de professionnels et de fournisseurs de services de santé et de services sociaux, d'écoles et de systèmes scolaires ainsi que des populations vulnérables et marginalisées (comme les femmes, les personnes âgées, les jeunes, les Autochtones, les détenus, etc.), en plus des groupes ethnoculturels. Un intérêt particulier sera accordé à la sensibilisation et à l'éducation du grand public

parallèlement aux initiatives antidiscriminatoires et anti-stigmatisation relatives au VHC et aux co-infections (autres ITSS et tuberculose), ainsi que des membres des groupes à risque, vulnérables et marginalisés (par exemple, les personnes qui consomment des drogues).

Le Programme de l'hépatite C s'emploiera, à l'aide de différents médiums et de technologies innovatrices (p. ex. réseaux sociaux sur Internet comme Facebook, etc.) à accroître la sensibilisation au VHC au Canada et dans le monde et s'assurer que les initiatives de sensibilisation et d'éducation tiennent compte des autres ITSS, de la tuberculose, des facteurs de risque communs et des approches axées sur la population. Le Programme utilisera des technologies innovatrices conjointement avec d'autres activités de sensibilisation pour s'attaquer à l'épidémie "invisible" au Canada et à travers le monde en vue d'encourager les personnes à risque à se soumettre à un test de dépistage pour faciliter l'identification et les soins subséquents des personnes infectées par le VHC et par les autres co-infections telles que les autres ITSS et la tuberculose.

Le volet **soins et sensibilisation** du Cadre stratégique pour l'action permettra au Programme de l'hépatite C d'appuyer un certain nombre d'activités présentées dans le tableau 4 à la page suivante.



## **Tableau 4 : Investissements prioritaires dans les soins et la sensibilisation**

### **Activités d'éducation et de sensibilisation (au pays et à l'échelon international)**

- Élaborer et proposer des lignes directrices sur les pratiques prometteuses relatives aux fournisseurs de services en soins de santé et de services sociaux.
- Faciliter l'acquisition, l'échange et la diffusion des connaissances, ainsi que la formation et la sensibilisation des fournisseurs de services en soins de santé et services sociaux (par exemple la formation à la sensibilité des médecins généralistes pour leur permettre de fournir des services de soins de santé appropriés aux personnes qui consomment des drogues). Ces actions de formation seront menées par l'intermédiaire de conférences sur le VHC aux niveaux local, régional, national, et international.
- Aider les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres professionnels de la santé à améliorer les programmes de formation relatifs à leurs professions dans le but d'accroître la sensibilisation et les connaissances nécessaires pour prévenir et soigner le VHC.
- Sensibiliser davantage le grand public pour qu'il participe à la lutte contre l'épidémie « invisible ».
- Encourager les tests de dépistage et le traitement en vue d'améliorer la qualité de vie.
- Réduire la progression de la maladie chez les personnes infectées par le VHC (ou co-infectées par les autres ITSS et la tuberculose) en les informant sur les différentes options de traitement et sur les avantages d'un changement de mode de vie.
- Vulgariser l'information sur la prévention de la maladie pour juguler la transmission de la maladie.

### **Activités de soins et de traitement**

- Organiser des conférences de concertation au profit des professionnels des soins de santé afin de mettre au point des normes canadiennes de soins et de traitement.
- Offrir aux infirmières et aux médecins de famille la possibilité de suivre des formations axées sur le VHC et les autres maladies du foie.

### **Application et échange de connaissances**

- Contribuer à la publication de manuels, de dépliants et des brochures conviviaux; recourir aux technologies innovatrices et aux outils Internet dans le but de sensibiliser, d'éduquer, et de faciliter l'accès aux réseaux de soutien.
- Offrir des conseils pratiques aux personnes atteintes de VHC ainsi qu'à leurs soignants afin de contribuer à la promotion de la santé et ralentir les coûts croissants de la maladie (par exemple, la réduction ou la cessation de la consommation d'alcool et le maintien d'un poids santé contribuent à réduire considérablement la progression des dommages au foie).

### **c. Prévention et soutien communautaire**

Les stratégies de prévention créent, renforcent et maintiennent les liens existants entre le VHC, d'une part, et les autres co-infections du VHC (autres ITSS et tuberculose), les facteurs de risque communs et les approches axées sur la population en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses d'autre part. Elles renforcent également la capacité d'une communauté à mettre en œuvre des programmes de prévention pertinents répondants aux besoins et aux priorités locaux. Les bureaux régionaux de l'ASPC et le bureau de la région du Nord de Santé Canada continueront d'assurer la plupart des activités de prévention et de soutien communautaire dans le cadre du Programme de l'hépatite C, dans le but d'assurer une intervention « sur le terrain », efficace, appropriée et adaptée aux besoins locaux.

Grâce à l'approche de collaboration adoptée dans le cadre du volet Prévention et soutien communautaire, le Programme de l'hépatite C contribuera aux mesures visant la prévention de la transmission du VHC et des autres co-infections (autres ITSS et tuberculose), avec un accent sur les personnes les plus à risque. Cette approche donnera lieu à des activités d'application et d'échange des connaissances (AEC) en adéquation avec la prévention (et les soins) primaire, secondaire et tertiaire du VHC et des co-infections (autres ITSS et tuberculose). Ces activités porteront une attention particulière sur les initiatives axées sur ceux qui sont plus disposés à vouloir adopter certains comportements et un désir de prendre des risques pour la première fois (par exemple l'initiation des jeunes à la consommation de drogues ou l'initiation à la consommation de drogues en prison). Elles viseront également la réduction des méfaits liés aux premiers comportements à risque ou aux comportements à risque continus. Les interventions efficaces dans ces domaines contribueront à l'élaboration et à la mise en œuvre d'approches fondées sur les pairs, de pratiques prometteuses et de lignes directrices en matière de prévention. L'accent sera mis particulièrement sur le soutien au perfectionnement des connaissances et des capacités.

Le Programme de l'hépatite C renforcera et continuera de soutenir les partenariats et les réseaux axés sur les mécanismes de prestation de services, la collaboration et les approches multidisciplinaires relatives au développement de programmes et à la prestation de services. Il traitera par exemple les nouveaux problèmes de santé comme ceux qui sont associés aux personnes qui travaillent dans un secteur en pleine effervescence comme l'extraction de ressources – on observe une hausse des comportements à risque dans ces groupes, en raison de divers facteurs sociaux. La collaboration avec le secteur privé et les autres ministères sera importante pour atteindre les objectifs de prévention et de gestion. Les priorités en matière de prévention et de soutien communautaire seront

également abordées dans le cadre de ce volet à l'aide de campagnes de marketing social, de publications médiatiques et d'éducation par les pairs dans la mesure où les intervenants communautaires le jugent nécessaire.

Le Programme de l'hépatite C s'efforcera de faciliter et de soutenir la participation active des différents médias afin de garantir une meilleure sensibilisation du public au VHC et aux co-infections par les autres ITSS et la tuberculose, surtout chez les collectivités marginalisées et les populations vulnérables. Le programme envisagera également le recours aux technologies innovatrices (Facebook, radiotéléphonie, etc.) pour éduquer et sensibiliser davantage les gens à la prévention du VHC au Canada et dans le monde. De plus, il veillera à ce que les initiatives dans ce domaine tiennent compte des autres infections (ITSS et tuberculose), des facteurs de risque communs et des approches axées sur la population.

Le Programme de l'hépatite C dirigera et facilitera les initiatives qui sont culturellement adaptées et pertinentes tout en tenant compte du fait qu'« il n'y a pas de solution unique » et que la nature migratoire de certaines populations ne cesse de s'accroître (par exemple personnes ayant immigré au Canada ou de divers milieux ethnoculturels, les jeunes de la rue, les personnes qui consomment des drogues).

Le Programme de l'hépatite C continuera de favoriser et de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de services santé et de services sociaux qui soient viables et accessibles, notamment ceux qui sont axés sur la santé mentale. Les activités appuieront également les programmes orientés vers les réseaux de prévention et de soutien social à l'intention des personnes à risque ou vulnérables à l'infection par le VHC et les autres co-infections (autres ITSS et tuberculose).

Le Programme de l'hépatite C continuera de soutenir des initiatives dont le but premier est d'éduquer la population afin de prévenir le VHC et la transmission d'infections. Les interventions sur le terrain seront tout autant considérées. Pour ce faire, il devra conserver les réseaux d'assistance actuels, et renforcer la mise au point et l'application de nouveaux mécanismes de soutien social. Il s'emploiera à intégrer des services de soutien complets se composant de services de counselling, de services de dépistage et de services d'orientation faisant tous partie d'un tout.

Les responsables du programme sont persuadés qu'un financement opérationnel constant permettra aux organismes communautaires de fournir des services continus en matière de prévention et de soutien communautaire au profit, et avec la collaboration, des membres des collectivités marginalisées ou des groupes vulnérables. Le programme s'est engagé à financer de manière constante et durable en visant la réalisation des objectifs renouvelés. Dans le cadre de ce programme, une

étroite collaboration sera assurée avec les bureaux régionaux de l'ASPC et le bureau de la région du Nord de Santé Canada en vue de concevoir, élaborer et mettre en œuvre des mécanismes et des processus appropriés qui permettront aux organismes communautaires de bénéficier d'un financement fonctionnel dans les années à venir.

Le volet **prévention et soutien communautaire** du Cadre stratégique pour l'action permettra au Programme de l'hépatite C d'entreprendre un certain nombre d'activités ou d'initiatives présentées dans le tableau 5.

**Tableau 5 : Investissements prioritaires dans la prévention et le soutien communautaire**

**Interventions axées sur la population (au pays et à l'échelon international)**

- Contribuer à la mise au point et à l'organisation de stratégies de « messages » efficaces en matière d'éducation portant sur la prévention, les modèles de pratiques prometteuses, l'enseignement et la formation par les pairs et les lignes directrices en matière de prévention.
- Favoriser les projets de soutien par les pairs de « première ligne » destinés aux personnes infectées, en général, ou affectées par le VHC, ainsi qu'aux personnes issues de populations marginalisées, vulnérables et discrètes, notamment les jeunes, les Autochtones, les délinquants (pendant l'incarcération et après la mise en liberté), les personnes qui consomment des drogues, les travailleurs dans l'industrie du sexe, les personnes résidant au Canada qui proviennent de pays où sévit une épidémie du VHC.
- Renforcer et soutenir les partenariats dans l'ensemble des réseaux et des secteurs axés sur les mécanismes de prestation de services destinés aux populations vulnérables.
- Consolider et appuyer les modèles de collaboration et les réseaux de soutien existants.

**Application et échange de connaissances**

- S'attaquer efficacement aux nouveaux problèmes sociaux et de la santé, notamment l'information sur la prévention des comportements à risque.
- Concevoir et proposer des modules éducatifs, des crédits pour la formation continue et d'autres stratégies de formation visant à bâtir des capacités en matière de prévention au sein du grand public, et dans les établissements de services de premiers soins et de services sociaux.
- Favoriser l'élaboration et la vulgarisation, aux niveaux national et international, de l'information reliant la prévention, l'acquisition et la transmission d'une part, et les problèmes liés à la dépendance, la santé mentale, la stigmatisation et la discrimination, les co-infections (ITSS et tuberculose) et les facteurs de risque communs, d'autre part.

**« Prévention sur le terrain » (prévention au niveau local auprès des personnes à risque)**

- Appuyer de manière continue les projets communautaires, les interventions pour approcher les jeunes de la rue et les services de soutien de première ligne.
- Faciliter l'élaboration et la prestation de séances d'information sur la prévention et de communiqués d'intérêt public.
- Soutenir les études de cas et les études de cohortes axées sur la prévention et piloter des programmes centrés sur le VHC et les co-infections (autres ITSS et tuberculose), les facteurs de risque communs, les comportements, les approches en matière de prévention et de contrôle axées sur la population, ainsi que les stratégies de réduction des risques.

## Conclusion

Comme il est indiqué tout au long du présent rapport, le processus d'établissement de priorités qui a mené au *Cadre stratégique pour l'action*, a comporté des consultations nationales intensives auprès de divers intervenants, notamment des personnes vivant avec le VHC, d'autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, des autorités régionales en matière de santé, des professionnels de la santé, des fournisseurs de services sociaux et des chercheurs.

Les priorités d'intervention illustrent ce que nous avons entendu des participants à l'occasion de ces assemblées nationales.

Alors que nous évoluons vers un programme permanent sur l'hépatite C, ces priorités éclaireront nos orientations stratégiques et guideront ainsi que nos futures interventions. Les résultats mesurables et démontrables du Programme au cours des prochaines années seront fondés sur ces priorités et au gré de l'évolution du programme, la consultation avec nos intervenants continuera d'orienter notre stratégie pour lutter contre l'infection d'hépatite C au Canada.

## Remerciements

Le présent document – qui porte sur les priorités et les orientations futures de l'intervention renouvelée en santé publique pour lutter contre l'hépatite C au Canada représentées dans le *Cadre stratégique pour l'action* – a été réalisé grâce aux efforts individuels de responsables de l'ASPC et de Santé Canada dans tout le pays. Nous remercions tout particulièrement:

### **Division des infections acquises dans la collectivité (DIAC), Ottawa**

M<sup>me</sup> Chantal Bard, soutien administratif, Opérations, gestion et planification stratégique  
M. Robert Chatwin, analyste des politiques, Section des politiques, de l'évaluation et du Régime d'aide extraordinaire  
M<sup>me</sup> Kathleen de la Salle, adjointe administrative, Opérations, gestion et planification stratégique  
M<sup>me</sup> Katherine Dinner, conseillère en matière de santé et de services sociaux  
M<sup>me</sup> Tracey Donaldson, gestionnaire, Opérations, gestion et planification stratégique  
M<sup>me</sup> Nathalie Groleau, chef de projet, Opérations, gestion et planification stratégique  
D<sup>r</sup> Gayatri Jayaraman, gestionnaire, Surveillance et épidémiologie sur les hépatites C et les infections transmises sexuellement (ITS)  
M<sup>me</sup> Barbara Clarke, gestionnaire, Section de la santé sexuelle et des ITS  
M<sup>me</sup> Annie J. Lacoursière, agente des programmes, Opérations, gestion et planification stratégique  
D<sup>r</sup> William Murray, gestionnaire, Section des politiques, de l'évaluation et du Régime d'aide extraordinaire  
M<sup>me</sup> Maureen Perrin, épidémiologiste, Surveillance et épidémiologie sur les hépatites C et les ITS  
M<sup>me</sup> Stephanie Totten, épidémiologiste, Surveillance et épidémiologie sur les hépatites C et les ITS  
D<sup>r</sup> Maxim Trubnikov, analyste en développement des connaissances et de la recherche, Section de la santé sexuelle et des ITS  
M<sup>me</sup> Manon Turcotte, analyste des politiques, Section des politiques, de l'évaluation et du Régime d'aide extraordinaire  
D<sup>r</sup> Tom Wong, directeur

### **Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C (DIAC)**

M<sup>me</sup> Kazimiera Adamowski, consultante en programmes  
M<sup>me</sup> Manon Fiset, agente de projets  
M<sup>me</sup> Lynn Greenblatt, consultante en programmes  
M<sup>me</sup> Leila Khalaf, consultante en programmes  
M. Kevin Muise, analyste des politiques de la prévention et de la recherche  
M. Jeff Potts, gestionnaire  
M<sup>me</sup> Ann Robitaille, analyste  
M<sup>me</sup> Judi Roy, adjointe administrative  
M<sup>me</sup> Amberine Sheikh, consultante en programmes  
M<sup>me</sup> Josie Sirna, consultante en programmes

## **Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (Ottawa)**

M<sup>me</sup> Jacqueline Arthur, conseillère principale en politiques  
M<sup>me</sup> Sonia Hamel, consultante en programmes  
M<sup>me</sup> Geneviève Tremblay, gestionnaire, Section des populations

## **Bureaux régionaux**

M<sup>me</sup> Patricia Adamek, consultante en programme, région du Nord (Santé Canada)  
M<sup>me</sup> Pamela Amulaku, consultante en programme, région de l'Alberta  
M<sup>me</sup> Fiona Chin-Yee, gestionnaire, Équipe de la santé de la population, région de l'Atlantique  
M<sup>me</sup> Rhonda Chorney, consultante en évaluation, région des Prairies (Manitoba)  
M. Moffatt Clarke, consultant en programme, région de la Colombie-Britannique  
M<sup>me</sup> Maureen Connors, gestionnaire, Unité de programmes (T.N.-O. /NU), région du Nord (Santé Canada)  
M<sup>me</sup> Adele Crocker, directrice de bureau provincial, région des Prairies (Saskatchewan)  
M<sup>me</sup> Sarah Doak, consultante en programme, région du Nord (Santé Canada)  
M. Larry Flynn, directeur régional par intérim, région des Prairies (Manitoba)  
M<sup>me</sup> Mary Elizabeth Fry, gestionnaire par intérim, Unité de la santé des adultes, région de la Colombie-Britannique  
M<sup>me</sup> Claire Goldie, chef d'équipe, Unité de programmes (T.N.-O. /NU), région du Nord (Santé Canada)  
M<sup>me</sup> Sally Jacobs, consultante en programme, région de l'Ontario  
M. Stephen James, consultant en programme, région de la Colombie-Britannique  
M<sup>me</sup> Kimberley Jones, chef d'équipe, région du Québec  
M<sup>me</sup> Rashmi Joshee, gestionnaire par intérim, Section de la santé de la population, région de l'Alberta  
M. Henry Koo, gestionnaire par intérim, région de l'Ontario  
M<sup>me</sup> Tanis Liebreich, consultante en programme, région de l'Alberta  
M<sup>me</sup> Andrea Mainer, consultante en programme, région du Nord (Santé Canada)  
M<sup>me</sup> Iwona Moore, chef de projet, région de l'Atlantique  
M<sup>me</sup> Christine O'Rourke, consultante en programme, région de l'Ontario  
M<sup>me</sup> Maxxine Rattner, consultante en programme, région de l'Ontario  
M<sup>me</sup> Neena Saxena, consultante en programme, régions des Prairies (Saskatchewan)  
M<sup>me</sup> Dawn Shepherd, consultante en programme, région de l'Atlantique  
M<sup>me</sup> Beth Sherwood, directrice régionale, région de l'Atlantique  
M. Colin Steensma, consultant en programme, région du Québec  
M<sup>me</sup> Sharon Young, consultante en programme, région de l'Atlantique  
M<sup>me</sup> Maxine Zasitko, consultante en programme (Programme d'action communautaire sur le sida et l'hépatite C), région des Prairies (Manitoba)

