



**RAPPORT D'ÉTAPE
CONCERNANT
LES EFFORTS
D'ÉLIMINATION DE
L'HÉPATITE VIRALE
AU CANADA
EN 2021**

ACTION HEPATITIS CANADA

AHC

ACTION HÉPATITES CANADA

Établi par

Action Hépatites Canada

www.actionhepatitiscanada.ca

Printemps 2021

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été établi par Action Hépatites Canada avec le soutien financier d'AbbVie Canada et de Gilead Canada.

Les auteures tiennent à remercier le Réseau canadien sur l'hépatite C pour sa contribution inlassable aux efforts d'élimination de l'hépatite virale au Canada, et en particulier pour avoir élaboré le Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada, où sont énoncés les objectifs recommandés dont ce rapport a pour objet de mesurer les progrès accomplis en vue de leur réalisation. Nous tenons particulièrement à remercier les organismes membres d'Action Hépatites Canada avec la collaboration desquels et pour lesquels nous œuvrons.

Enfin, nous souhaitons remercier les personnes vivant au Canada qui sont touchées par l'hépatite virale et auxquelles se rapportent les statistiques et les données figurant dans ce rapport. Vous êtes bien plus que des chiffres pour nous. Vous êtes nos mères, nos pères, nos frères, nos sœurs, nos filles, nos fils, nos amis et nos collègues, et nous sommes à vos côtés sur la voie de l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique au Canada d'ici 2030.

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉDIGÉ PAR :

Jennifer van Gennip, Sofia Bartlett,
et Janet Butler-McPhee

ET A BÉNÉFICIÉ DE LA RELECTURE ET DE LA CONTRIBUTION DE :

Jordan Feld, Alexandra King, Marina Klein,
Gerard Yetman, Fozia Tanveer, Colin Green,
Laurence Mersilian, Bronte Renwick-Shields,
Lesley Gallagher, Kari Hackett et Matthew
Frederick

DÉNI DE RESPONSABILITÉ

Les déclarations, observations, conclusions, points de vue et opinions figurant et énoncés dans le présent rapport sont en partie fondés sur des données fournies sous licence par IQVIA Solutions Canada Inc. concernant le ou les services d'information suivants : Custom GPM Delivery, données se rapportant à la période comprise entre janvier 2016 et décembre 2020. Tous droits réservés. Les déclarations, observations, conclusions, points de vue et opinions énoncés dans le présent document ne sont pas nécessairement endossés par IQVIA Solutions Canada Inc. ou l'une de ses filiales.

CITATION

L'information contenue dans la présente publication peut être reproduite ou copiée sans permission. La citation suivante est recommandée :

Action Hépatites Canada. Rapport d'étape concernant les efforts d'élimination de l'hépatite virale au Canada en 2021. Toronto, Ontario. Disponible au : <https://www.actionhepatitiscanada.ca/progres-sreport> (consulté le [date]). Mai 2021

Visitez le www.actionhepatitiscanada.ca pour télécharger la plus récente version de cette publication et pour plus d'information sur le Réseau Canadien sur l'Hépatite C.

ORGANISMES MEMBRES D'ACTION HÉPATITES CANADA EN DATE D'AVRIL 2021

Organismes membres du comité directeur

- AIDS Committee of Newfoundland and Labrador
- AIDS Committee of North Bay & Area (Ontario)
- BC Hepatitis Network
- Blood Ties Four Directions Centre (YT)
- Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)
- Association Canadienne des Infirmiers d'Hépatologie (CAHN)
- CATIE
- Centre associatif polyvalent d'aide hépatite C (CAPAHC)
- Gilbert Centre (ON)
- HepNS
- Réseau juridique VIH (ancien nom : Réseau juridique canadien VIH/sida)
- Phoenix Society (C.-B.)

Organismes membres

- AIDS Coalition of Nova Scotia (ACNS)
- AIDS Committee of York Region
- AIDS New Brunswick
- All Nations Hope Network (Saskatchewan)
- Ally Centre of Cape Breton
- ANKORS (C.-B.)
- Atlantic Interdisciplinary Research Network for Social and Behavioural Issues in Hepatitis C and HIV/AIDS (AIRN)
- Avenue B (formerly AIDS Saint John)
- AVI (formerly AIDS Vancouver Island)
- Calgary Liver Unit, Viral Hepatitis Clinic
- Société canadienne du sida
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/sida
- Fondation canadienne du foie
- Société canadienne de santé internationale (SCSI)
- Carefirst Family Health Team
- Central Toronto Community Health Centre (Queen West CHC and Shout)
- Coopérative de solidarité SABSA
- CUPS Clinic (Calgary)
- Dr. Peter AIDS Foundation (Vancouver)

- Dopamine (Montréal)
- Elevate NWO
- Ensemble (ancien nom : AIDS Moncton)
- Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais
- Halifax Sexual Health Centre
- Healing Our Nations
- Ressources Hépatites
- Hep'd Up (PEI Native Council)
- Lookout Society (C.-B.)
- Lower Mainland Purpose Society
- Mainline Needle Exchange (NS)
- Manitoba Hepatitis C Support Community Inc.
- Northern Healthy Connections Society
- North Lambton Community Health Centre
- Nova Scotia Hemophilia Society
- Pacific AIDS Network
- PEERS Alliance (ancien nom : AIDS PEI Community Support Group)
- Pender Hep C Support Society
- Prairie Harm Reduction (ancien nom : AIDS Saskatoon)
- Prisoner's HIV/AIDS Support Action Network (PASAN)
- Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites, UHRESS du CHUM Saint-Luc
- Realize
- Sanguen Health Centre
- Sandy Hill Community Health Centre – Oasis Program
- Saskatchewan Infectious Disease Care Network
- South Shore Sexual Health Centre, N.-É.
- Sheet Harbour Sexual Health Centre
- Shining Mountains Living Community Services (Alberta)
- Sidaction Mauricie
- St. Stephen's Community House, Corner Drop-In
- Street Health Centre Kingston
- Toronto Community Hep C Program
- South Riverdale Community Health Centre
- Regent Park Community Health Centre
- Sherbourne Health Centre
- Vancouver Island Persons Living with HIV/AIDS Society (VPWAS)
- Viral Hepatitis Care Network – VIRCAN

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	Page 01
Renseignements généraux	Page 02
Objectifs d'élimination de l'hépatite virale	Page 05
Paramètres de mesure des progrès réalisés	Page 06
Populations prioritaires	Page 08
Recommandations fédérales	Page 09
Aperçu de la situation dans les provinces et les territoires	Page 10
Rapports d'étape provinciaux, territoriaux et nationaux	
Alberta	Page 11
Colombie-Britannique	Page 12
Manitoba	Page 13
Nouveau-Brunswick	Page 14
Terre-Neuve-et-Labrador	Page 15
Territoires du Nord-Ouest	Page 16
Nouvelle-Écosse	Page 17
Nunavut	Page 18
Ontario	Page 19
Île-du-Prince-Édouard	Page 20
Québec	Page 21
Saskatchewan	Page 22
Yukon	Page 23
Corrections : Fédéral	Page 24
Corrections : Provinces	Page 25
Points forts	Page 26
Tendances à signaler et lacunes en matière de données	Page 27
Méthodologie de suivi et d'évaluation	
Paramètre relatif à la planification	Page 28
Paramètre relatif au dépistage	Page 30
Paramètre relatif au passage du dépistage au traitement	Page 31
Paramètre relatif au recours au traitement	Page 33
Paramètre relatif à la prévention	Page 35
Paramètre relatif à la prévention du VHB	Page 37
Références	Page 39

ABRÉVIATIONS

AAD	Antiviral (-aux) à action directe
AHC	Action Hépatites Canada
APP	Alliance pancanadienne pharmaceutique
ARN	Acide ribonucléique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CanHepC	Réseau canadien sur l'Hépatite C
COVID-19	Maladie à coronavirus
ITSS	Infections transmissibles par voie sexuelle et sanguine
N	Naissance
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PÉSA	Programme de seringues et d'aiguilles
PID	Personnes qui s'injectent des drogues
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
VHB	VHC virus de l'hépatite B
VHC	VHC virus de l'hépatite C

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

L'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE VIRALE EST À LA PORTÉE DU CANADA

Les antiviraux à action directe (AAD) sont une nouvelle génération de médicaments conçus pour traiter l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC). Homologués par Santé Canada en 2011, les AAD ont fait naître de grands espoirs en ce qui concerne l'élimination de l'hépatite virale, car ces nouveaux traitements sont très efficaces et permettent de guérir l'infection par le VHC dans plus de 95 % des cas en 8 à 12 semaines seulement, tout en entraînant des effets secondaires négligeables. Quoique leur rentabilité ait été démontrée, les premiers AAD homologués au Canada étaient coûteux, ce qui a eu pour effet de restreindre l'admissibilité au remboursement du traitement par les régimes d'assurance-médicaments publics. Des négociations fructueuses menées par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) ont abouti à une réduction du coût d'ensemble pour les régimes publics d'assurance-médicaments. En conséquence, en 2018, les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada avaient supprimé toutes les barrières d'admissibilité au remboursement relatives aux stades de la maladie. L'élimination du virus de l'hépatite B (VHB) est par ailleurs tout à fait envisageable au Canada, puisqu'il s'agit d'une infection qui peut être prévenue au moyen d'un vaccin, et que l'utilisation de ce vaccin est autorisée chez les nourrissons au Canada.

LES ENGAGEMENTS DU CANADA

En mai 2016, lors de la 69^e Assemblée mondiale de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la toute première Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale¹ a été entérinée par les 194 états membres. La stratégie concerne les cinq virus de l'hépatite (hépatite A, B, C, D et E) et vise à enrayer l'hépatite virale en tant que problème de santé publique d'ici 2030. À titre d'état membre, le Canada a souscrit à cette stratégie et approuvé les objectifs qu'elle énonce. La stratégie de l'OMS comprend des objectifs précis, et tous les pays ont été chargés d'élaborer un plan d'action national en vue de la réalisation de ces objectifs. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a donc publié le Cadre d'action pancanadien visant à réduire les répercussions sur la santé des infections transmissibles par voie sexuelle et sanguine (ITSS)² en 2018 et le Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les ITSS³ en 2019.

LE RÔLE DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Le cadre d'action et le plan d'action de l'ASPC réitèrent les objectifs de l'OMS relatifs à l'élimination de l'hépatite virale d'ici 2030, et ont été approuvés par l'ensemble des provinces et des territoires canadiens. Cependant, comme la prestation des

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (SUITE)

soins de santé est une compétence provinciale et territoriale, il incombe aux gouvernements respectifs des provinces et des territoires d'établir et de mettre en œuvre leurs propres stratégies d'élimination de l'hépatite virale.

Comme les provinces et les territoires ont collectivement bénéficié du cadre relatif aux AAD négocié par l'APP, ils sont désormais en mesure et dans l'obligation de voir à ce que tous les Canadiens aient un accès équitable à un traitement contre l'infection par le VHC.

ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

Bien que le système public de soins de santé du Canada ait été fondé sur des principes d'équité et d'égalité, il existe aujourd'hui, en 2021, de nombreuses inégalités en matière de santé dont pâtissent certaines populations au Canada, et qui se constatent parmi les personnes touchées par le VHC. Il s'agit notamment d'inégalités géographiques, prenant la forme d'un accès limité à la prévention, au dépistage et au traitement de l'infection par le VHC dans les régions rurales et éloignées du Canada, ou même selon les provinces. Ces inégalités se traduisent également par des taux accrus de nouvelles infections par le VHC et une prévalence plus élevée de l'hépatite C chez certains groupes par rapport à l'ensemble de la population. Par exemple, l'incidence et la prévalence de l'infection par le VHC sont plus élevées chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada que dans la population générale du pays.

Si l'on ne s'attaque pas aux inégalités en matière d'accès aux soins de santé dans les régions éloignées et rurales du Canada, et si l'on n'adopte pas une approche de réconciliation dans le domaine des services de santé destinés aux peuples autochtones, il restera d'importants obstacles à surmonter avant de réussir à éliminer l'hépatite C.

RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

Élaboré par le Réseau canadien sur l'hépatite C (CanHepC) avec la participation d'experts médicaux et scientifiques de tout le Canada, et celles des groupes et des organismes communautaires concernés, le Modèle directeur pour éclairer les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada⁴ (le « modèle directeur ») est un document destiné à orienter les décideurs des provinces et des territoires et à leur permettre de mesurer leurs progrès et de déterminer les priorités d'action quant

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (SUITE)

aux objectifs mondiaux d'élimination du VHC. Le Plan directeur repose sur trois piliers : la prévention, le dépistage et le diagnostic, les soins et les traitements; il comprend également une partie consacrée aux questions relatives aux populations prioritaires.

LE PRÉSENT RAPPORT D'ÉTAPE

Les paramètres évalués et les recommandations formulées dans le présent rapport correspondent aux interventions prioritaires établies par le modèle directeur, du point de vue des organismes communautaires membres d'Action Hépatites Canada. Ces recommandations se rapportent aux interventions qui, selon nos membres, sont appelées à avoir la plus grande incidence. La plupart d'entre elles peuvent être mises en œuvre rapidement, avant d'être étoffées par des consultations auprès des communautés autochtones et des autres populations prioritaires en vue d'élaborer un plan d'action global dans chaque province et territoire.

SITUATION EN 2020 : L'IMPACT DE LA COVID-19

L'écllosion de la pandémie mondiale de COVID-19 a malheureusement soulevé des difficultés supplémentaires qui ont ralenti les progrès en matière d'élimination de l'hépatite virale à l'échelle mondiale. Nous avons constaté que la COVID-19 avait eu une incidence disproportionnée sur les populations marginalisées. Le ralentissement des programmes de réduction des méfaits consécutif aux restrictions liées à la pandémie de COVID-19 a eu pour effet d'augmenter les taux probables d'infection et de réinfection par le VHC. La crise de la COVID-19 a également forcé les laboratoires surchargés à interrompre les tests de dépistage du VHC, et a perturbé les taux d'instauration des traitements, les priorités sanitaires ayant changé et les patients ayant hésité à se présenter dans les centres de soins. À mesure que nous nous installons dans la réalité d'après la COVID, il sera important de mobiliser à nouveau les personnes chargées du traitement de l'hépatite C et les populations prioritaires, tout en tirant parti des enseignements retenus et des infrastructures mises en place dans ce nouveau contexte.

OBJECTIFS D'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE VIRALE

Plusieurs objectifs ont été établis dans le cadre de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale (2016-2021)*¹ de l'OMS, du *cadre d'action*² et du *plan d'action*³ de l'ASPC, ainsi que du *modèle directeur*⁴ du Réseau Canadien sur l'Hépatite C; ces objectifs, dont la réalisation est envisageable d'ici 2030, peuvent aboutir cumulativement à l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique.

Pour faciliter le suivi des progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif d'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique d'ici 2030, les divers objectifs ont été décomposés en jalons correspondant à des années déterminées.

Tableau 1. Objectifs d'élimination de l'hépatite virale pour 2020, 2025 et 2030

Domaine concerné	Objectifs pour 2025 ⁴	Objectifs pour 2030 ^{1,2,3,4}
Prévention		
<i>Réduction des nouvelles infections par le VHC</i>	Baisse de 80 % de l'incidence de l'infection par le VHC	Baisse de 80 % de l'incidence de l'infection par le VHC
<i>Distribution de seringues et d'aiguilles stériles</i>	500 par PID	750 par PID
<i>Réduction des nouvelles infections par le VHB</i>	Réduction de 30 % de l'incidence de l'infection par le VHB (ce qui équivaut à une prévalence de 1 % chez les enfants)	Réduction de 90 % de l'incidence de l'infection par le VHB (ce qui équivaut à une prévalence de 0,1 % chez les enfants)
<i>Taux de vaccination contre le VHB</i>	50 % de tous les enfants reçoivent une 3 ^e dose	90 % de tous les enfants reçoivent une 3 ^e dose
Diagnostic		
<i>Personnes vivant avec le VHC ou le VHB connaissant leur état sérologique</i>	70 % des cas sont diagnostiqués	90 % des cas sont diagnostiqués
Traitement		
<i>Personnes vivant avec le VHC ayant entamé un traitement</i>	50 % des cas commencent un traitement	80 % des cas commencent un traitement
<i>Réduction de la prévalence du VHC</i>	Baisse de 50 % de la prévalence	Baisse de 90 % de la prévalence
<i>Personnes vivant avec le VHB recevant un traitement</i>	–	80 % des personnes admissibles suivent un traitement
Mortalité		
<i>Réduction du nombre de greffes du foie dues au VHC</i>	Baisse de 30 % du nombre de greffes	Baisse de 65 % du nombre de greffes
<i>Réduction de la mortalité associée au VHC</i>	Baisse de 30 % de la mortalité	Baisse de 65 % de la mortalité

PARAMÈTRES DE MESURE DES PROGRÈS

Bien que le présent rapport n'ait pas eu pour objet d'évaluer tous les objectifs fixés dans le cadre des multiples stratégies et plans directeurs, plusieurs d'entre eux ont été pris en compte dans les principaux paramètres (voir ci-dessous) sur la base desquels nous pouvons évaluer les progrès réalisés au Canada. Nous avons choisi ces paramètres en fonction de la disponibilité des données, mais aussi de la pertinence des buts pris en compte pour les objectifs globaux d'élimination. Le choix de différents paramètres peut susciter différents résultats sur le plan de la réussite ou de l'échec. Il sera donc important d'évaluer et d'affiner les méthodologies de suivi et d'évaluation au cours des années à venir.



1^{er} paramètre : Existe-t-il un plan ou une stratégie d'élimination?

Chaque province et territoire du Canada doit établir et mettre en œuvre sa propre stratégie axée sur l'élimination de l'hépatite virale. Par conséquent, le premier paramètre que nous avons choisi de mesurer était de savoir si un plan ou une stratégie étaient en place dans chaque province ou territoire, et s'ils comportaient des buts ou des objectifs en matière d'incidence de l'hépatite virale ou de portée des services.



2^e paramètre : Le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC est-il mis en place?

Comme les données concernant les taux de diagnostic de l'hépatite virale au Canada font cruellement défaut, nous avons choisi de nous concentrer sur l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies de dépistage recommandées en vue d'améliorer les taux de diagnostic de l'hépatite virale. Le *modèle directeur*⁴ recommande de soumettre systématiquement au test de dépistage du VHC les échantillons envoyés aux laboratoires dont les résultats au test de dépistage des anticorps anti-VHC sont positifs afin de déceler une infection chronique. C'est ce qu'on appelle le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC. Ce test de dépistage est particulièrement intéressant, car il permet non seulement de lever les obstacles qui empêchent les patients de recevoir leur diagnostic d'infection par le VHC, mais aussi de faire gagner du temps aux prestataires de soins et de réduire les coûts pris en charge par le système de santé⁵.



3^e paramètre : Est-il possible d'instaurer le traitement le jour même?

L'accélération de l'accès aux soins et de l'instauration du traitement, recommandée dans le *modèle directeur*⁴, permettrait de combler les écarts dans la séquence de soins relatifs au VHC. Pour accélérer l'accès aux soins, il faut mettre en œuvre des stratégies consistant « à dépister et à traiter »,

PARAMÈTRES (SUITE)

c'est-à-dire qui amèneraient les prestataires de soins à instaurer le traitement le jour même du dépistage ou de l'établissement du diagnostic. Pour évaluer la faisabilité de cette stratégie, nous avons examiné les critères de remboursement des AAD dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments au Canada.



4^e paramètre : Nombre de traitements anti-VHC prescrits annuellement

Nous avons déterminé au moyen d'un modèle combien de personnes porteuses du VHC devraient entamer un traitement chaque année au Canada pour que 80 % des personnes infectées aient reçu un traitement d'ici 2030, en vue d'atteindre les objectifs en matière de traitement de l'hépatite C fixés par l'OMS¹ et d'après le *modèle directeur*. Pour mesurer les progrès accomplis sur ce point, nous avons évalué le nombre de personnes ayant entamé un traitement anti-VHC chaque année et l'avons comparé avec les objectifs de traitement annuels établis au moyen du modèle, afin de déterminer si le recours au traitement est conforme aux prévisions ou non.



5^e paramètre : Nombre d'aiguilles et de seringues fournies par personne qui s'injecte des drogues

La *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale* recommande de fournir 200 aiguilles et seringues par personne qui s'injecte des drogues (PID) d'ici 2020, et le *modèle directeur* recommande d'en fournir 500 par PID d'ici 2025 et 750 d'ici 2030, comme mesure efficace de réduction des méfaits et de prévention de l'hépatite virale. Dans la mesure où la mise à disposition d'aiguilles et de seringues stériles permet de prévenir à la fois la transmission de l'hépatite virale et d'autres ITSS, il s'agit du principal paramètre de prévention de l'infection par le VHC que nous avons choisi d'évaluer.



6^e paramètre : La vaccination des nourrissons contre le VHB est-elle mise en œuvre?

L'OMS a souligné que le moyen le plus efficace de prévenir l'infection chronique par le VHB est d'administrer à tous les bébés la première dose de vaccin contre le VHB à la naissance ou peu après. En effet, 95 % des bébés et des enfants exposés au VHB présenteront une infection chronique traitable, mais non guérissable, à l'instar de l'infection par le VIH. Cependant, les politiques de vaccination contre le VHB au Canada varient et s'appliquent entre la naissance et l'âge de 12 ans; nous avons donc choisi la mise en œuvre de la vaccination des nourrissons contre le VHB comme dernier paramètre à évaluer.

Enrayer l'hépatite C (VHC) :

accorder la priorité aux personnes les plus touchées

D'après, le *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada* établi par le Réseau canadien sur l'hépatite C, les personnes les plus affectées par l'hépatite C au Canada appartiennent à cinq populations prioritaires et à une cohorte d'âge.



Personnes qui s'injectent des drogues (PID)

85 % de toutes les nouvelles infections par le VHC au Canada

Des mesures de soutien par les pairs au sein des collectivités doivent être mises en place en vue de réduire les méfaits et de faciliter l'accès aux soins de santé.



Autochtones

Taux d'infection par le VHC 5 fois plus élevé que dans la population générale

Des modèles de soins sûrs et adaptés sur le plan culturel, notamment en matière de soins primaires, de soins mobiles, de soins de proximité et de services de santé en ligne, doivent être élaborés.



Détenus

Taux d'infection par le VHC de 24 fois plus élevé que dans la population générale.

Il faut améliorer l'accès aux programmes de réduction des méfaits, de dépistage et de traitement de l'hépatite C.



Hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (gbHARSAH)

Population prioritaire émergente au vu des taux d'infection par le VHC.

La prévention, le dépistage et l'information en matière d'hépatite C doivent être intégrés aux services prodigués dans les cliniques de santé sexuelle.



Immigrants et nouveaux arrivants

Représentent jusqu'à 35 % des personnes porteuses du VHC au Canada.

Des services de dépistage et d'information culturellement sûrs et adaptés doivent être offerts à l'arrivée au Canada.



Personnes âgées (cohorte de naissance de 1945-1975)

Représentent jusqu'à 75 % des personnes porteuses du VHC au Canada.

Des services d'information et de dépistage ponctuel doivent être offerts dans les établissements de soins primaires.

Populations prioritaires

Ces cinq populations prioritaires sont historiquement privées d'un accès équitable aux soins de santé au Canada. Lorsque ces populations se recoupent, cette inégalité prend des formes plus complexes et plus prononcées : les Noirs et les Autochtones sont surreprésentés parmi les personnes détenues; les Autochtones le sont parmi les personnes qui consomment des drogues; et les personnes qui consomment des drogues le sont parmi les personnes détenues.

Les données se rapportant à la séquence de soins liés à l'hépatite C en Colombie-Britannique en 2018 font apparaître la nécessité d'une action concertée en vue d'éliminer les obstacles à l'accès aux soins auxquels se heurtent les populations prioritaires, en particulier celles qui sont marginalisées sur le plan socio-économique.

Rôle du gouvernement fédéral et recommandations en cette matière

Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership

Bien que la plupart des personnes atteintes d'hépatite virale soient prises en charge par leur province ou leur territoire, trois populations prioritaires relèvent de la compétence du gouvernement fédéral : les autochtones, les détenus dans les prisons fédérales et certaines catégories de nouveaux arrivants. Les autorités fédérales jouent également un rôle important dans le financement des services de santé et l'orientation en matière de santé publique.



Planification

Un plan d'action fédéral de lutte contre les ITSS a été lancé en juillet 2019, mais il ne prévoit ni objectif précis, ni mesures concrètes, ni échéancier. Il ne s'agit pas d'un plan d'élimination.



Tests de dépistage du VHC

Les lignes directrices fédérales en matière de dépistage restent fondées sur le risque, alors que trois Canadiens sur quatre atteints d'une infection chronique par le VHC sont nés entre 1945 et 1975.



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement

Un obstacle important à l'instauration d'un traitement anti-VHC le jour même dans toutes les provinces, à l'exception de l'Î.-P.-É., tient au fait que le dispositif de dépistage au point de service n'est pas encore homologué par Santé Canada. Le gouvernement fédéral peut inciter les fabricants à présenter une demande d'homologation.



Prévention de l'infection par le VHC

Le gouvernement fédéral peut et doit assurer un financement et élaborer une politique visant à favoriser le développement des programmes de réduction des méfaits dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ÉTAPES SUIVANTES

- Inciter les fabricants de dispositifs de dépistage au point de service à introduire ces tests sur le marché canadien.
- Établir des stratégies, des objectifs et des indicateurs en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé, afin de mesurer les progrès accomplis en vue de l'élimination de l'hépatite virale dans les domaines qui relèvent de la compétence fédérale : les prisons fédérales, les peuples autochtones et certaines catégories de nouveaux arrivants.
- Financer les programmes de réduction des méfaits et en élargir la portée dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.
- Mettre à jour les lignes directrices en matière de dépistage du VHC de manière à rejoindre la cohorte des personnes nées entre 1945 et 1975.
- Financer et multiplier les activités visant à rassembler des estimations actuelles de la prévalence de l'hépatite B et de l'hépatite C dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

APERÇU



Prévalence estimée de l'infection par le VHC : **250 000**

Objectif annuel de traitement : **13 333**

Sept des dix provinces sont en voie d'atteindre nos objectifs d'élimination de l'hépatite virale. Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer la situation dans les trois territoires.

Tableau 2. Tableau récapitulatif des six paramètres mesurés par province et territoire

	En Bonne Voie?	Planification	Tests de dépistage du VHC	Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement	Traitement de l'infection par le VHC	Prévention de l'infection par le VHC	Prévention de l'infection par le VHB
Île-du-Prince-Édouard	✓	●	●	●	●	●	●
Nouveau-Brunswick	✓	●	●	●	●	●	●
Terre-Neuve-et-Labrador	✓	●	●	●	●	●	●
Nouvelle-Écosse	✓	●	●	●	●	●	●
Alberta	✓	●	●	●	●	●	●
Saskatchewan	✓	●	●	●	●	●	●
Territoires du Nord-Ouest	✓	●	●	●	●	●	●
Nunavut	?	●	●	●			●
Yukon	?	●	●	●			●
Colombie-Britannique	?	●	●	●		●	●
Québec	✗	●	●	●	●	●	●
Ontario	✗	●	●	●	●	●	●
Manitoba	✗	●	●	●	●	●	●

ALBERTA



STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : L'Alberta a élaboré un cadre stratégique ainsi qu'une politique intitulée « *stratégie opérationnelle et plan d'action de lutte contre les ITSS (2016-2020)* ». Cependant, il semblerait que ces documents de planification ne tiennent pas compte de l'expérience des organismes communautaires de l'Alberta. L'Alberta n'exige plus de tests inutiles relatifs à la fibrose hépatique ou au génotypage, ni un deuxième test/test de dépistage de l'ARN du VHC aux fins du remboursement, ce qui élimine les obstacles à l'instauration du traitement. La province a atteint ou dépassé les objectifs annuels en matière de traitement, malgré les perturbations causées par la COVID, et distribué plus d'aiguilles et de seringues par PID qu'ailleurs au pays.



Planification ●

Cadre stratégique de lutte contre les ITSS de l'Alberta (2018-2021)



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



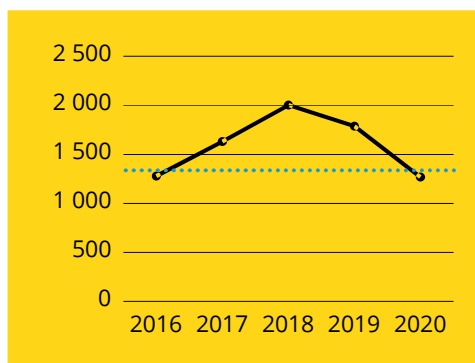
Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalizable :
x La transmission des formulaires d'approbation par télécopieur prend 1 à 3 jours



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si le nombre annuel d'ordonnances d'AAD peut se maintenir en 2021 et dans les années suivantes, les objectifs de 2030 pourront être atteints.



Prévention de l'infection par le VHC ●

Au-dessus de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

883/500 (177 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 10 ans

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

24 081

Objectif annuel de traitement :

1284

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place un mécanisme permettant d'approuver le jour même les demandes de remboursement des AAD.
- Réviser la stratégie opérationnelle et le plan d'action de lutte contre les ITSS en vue de l'horizon 2025 ou 2030, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Soutenir les initiatives de distribution d'aiguilles et de seringues par le biais des organismes communautaires.
- Proposer le vaccin contre le VHB à la naissance pour tous les nouveau-nés.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

COLOMBIE-BRITANNIQUE



STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : La Colombie-Britannique dispose de l'un des systèmes provinciaux de surveillance renforcée de l'infection par le VHC les plus étoffés au monde, ce qui permet une analyse granulaire du nombre de diagnostics et de traitements liés à l'infection par le VHC. Le nombre annuel de traitements a culminé en 2018 et suit une trajectoire descendante depuis, bien qu'il reste supérieur à l'objectif. Cette tendance est peut-être accentuée par les obstacles politiques à l'instauration des traitements. Malgré la grande portée des programmes de distribution d'aiguilles et seringues stériles à Vancouver, la prévention des nouvelles infections par le VHC par ce moyen à l'échelle provinciale est inférieure au niveau qu'il est recommandé d'atteindre d'ici 2025.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :

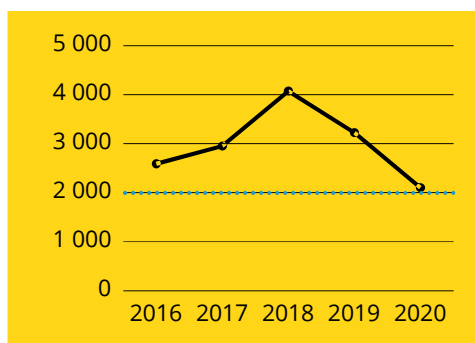
x Test de génotypage requis

x Évaluation du stade de la fibrose requise



Traitement de l'infection par le VHC ●

Nombre annuel d'ordonnances d'AAD supérieur à l'objectif mais affichant une baisse préoccupante depuis 2018.



Prévention de l'infection par le VHC ●

En dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

336/500 (seulement 67 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 2 mois.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

37 484

Objectif annuel de traitement :

1999

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Supprimer l'exigence relative aux tests inutiles aux fins du remboursement des AAD.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Accroître la distribution de seringues et d'aiguilles.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

MANITOBA



STATUT ACTUEL : PAS EN BONNE VOIE

Aperçu : Le nombre de traitements a culminé en 2018 et ne cesse de chuter depuis, passant sous les objectifs annuels en 2020. Il existe au Manitoba plusieurs obstacles à la confirmation du diagnostic et à l'instauration d'un traitement. La plupart des programmes d'échange de seringues se déploient de manière informelle à l'échelle des collectivités, sans grande supervision de la part du gouvernement. La province se situe bien en deçà de la recommandation de l'OMS en matière de vaccination des nourrissons contre le VHB, puisqu'elle propose le vaccin à l'âge de 9 ans.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC non mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :

x Test de génotypage requis

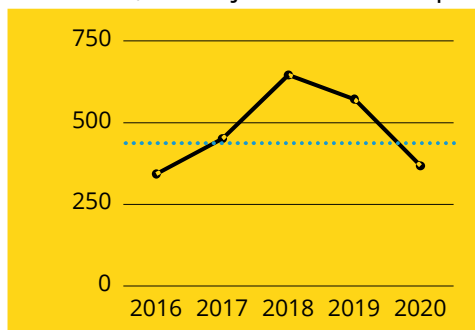
x Évaluation du stade de la fibrose requise

x La transmission des formulaires d'approbation par télécopieur prend 2 à 14 jours



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si le nombre annuel d'ordonnances d'AAD peut être rétabli au niveau recommandé en 2021 et dans les années suivantes, les objectifs de 2030 pourront être atteints.



Prévention de l'infection par le VHC ●

Au-dessus de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

207/500 (seulement 41 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 9 ans.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

8401

Objectif annuel de traitement :

448

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC.
- Supprimer l'exigence relative aux tests inutiles et mettre en place un mécanisme permettant d'approuver le jour même les demandes de remboursement des AAD.
- Accroître la distribution de seringues et d'aiguilles
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons nous mettre sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

NOUVEAU-BRUNSWICK



STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : La prévalence de l'infection par le VHC est relativement faible au Nouveau-Brunswick. Bien que la province ne dispose pas d'un plan ou d'une stratégie d'élimination, et qu'il existe de nombreux obstacles de nature politique à l'instauration d'un traitement, le nombre d'ordonnances annuelles d'AAD au Nouveau-Brunswick est chaque année supérieur aux objectifs fixés. Cela dit, il faudra sans doute apporter des modifications aux politiques en vigueur pour que certaines communautés marginalisées au sein des populations prioritaires soient en mesure de recevoir un diagnostic et un traitement. Le nombre de nouvelles seringues distribuées en vue de prévenir de nouvelles infections par le VHC est inférieur au seuil recommandé. Le Nouveau-Brunswick est l'une des trois seules provinces à appliquer la recommandation de l'OMS concernant la vaccination des nourrissons contre le VHB.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

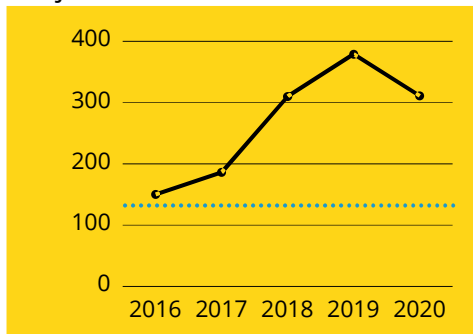
L'instauration du traitement le jour même est irréalizable :

- x Test de génotypage requis
- x Évaluation du stade de la fibrose requise
- x La transmission des formulaires d'approbation par télécopieur prend 2-28 jours



Traitement de l'infection par le VHC ●

Le nombre annuel d'ordonnances d'AAD est très supérieur à l'objectif.



Prévention de l'infection par le VHC ●

En dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

220/500 (seulement 44 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB est mise en œuvre.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

2467

Objectif annuel de traitement :

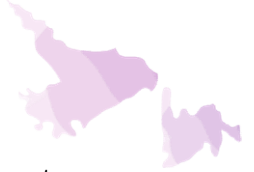
132

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Supprimer l'exigence relative aux tests inutiles et mettre en place un mécanisme permettant d'approuver le jour même les demandes de remboursement des AAD.
- Accroître la distribution de seringues et d'aiguilles.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : Bien que la province ne dispose pas d'un plan ou d'une stratégie d'élimination, et qu'il existe de nombreux obstacles de nature politique à l'instauration d'un traitement, le nombre d'ordonnances annuelles d'AAD à Terre-Neuve est nettement supérieur aux objectifs fixés, malgré une baisse en 2020. Le nombre de seringues neuves distribuées en vue de prévenir de nouvelles infections par le VHC est très inférieur aux seuils recommandés, ce qui peut compromettre les succès de la province en matière de nombre de traitements et faire augmenter le risque de nouvelles infections et de réinfections. Terre-Neuve est également à la traîne pour ce qui est de la recommandation de l'OMS en matière de vaccination des nourrissons contre le VHB, puisqu'elle propose le vaccin à l'âge de 12 ans.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :

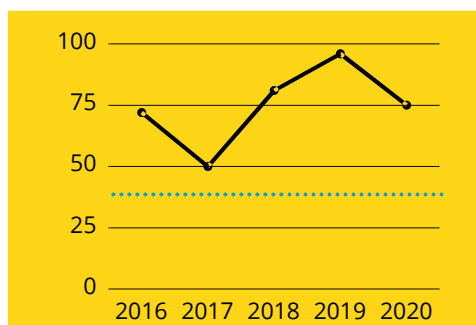
x Test de géotypage requis

x La transmission des formulaires d'approbation par télécopieur peut prendre jusqu'à 28 jours



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si le nombre de traitements peut être maintenu en 2021 et au cours des années suivantes, les objectifs de 2030 seront atteints.



Prévention de l'infection par le VHC ●

En dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

134/500 (seulement 27 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre

Le vaccin est proposé à l'âge de 11 ans.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

640

Objectif annuel de traitement :

34

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place un mécanisme permettant d'approuver le jour même les demandes de remboursement des AAD.
- Accroître la distribution d'aiguilles.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Proposer le vaccin contre le VHB à la naissance pour tous les nouveau-nés.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST



STATUT ACTUEL : INCONNU

Aperçu : On estime que le nombre de personnes porteuses du VHC dans les Territoires du Nord-Ouest est faible, mais comme il existe peu de données concernant le taux de diagnostics dans ce territoire, il est impossible de savoir si cette estimation est exacte. Ce territoire est bien placé pour éliminer l'hépatite C et l'hépatite B en tant que problèmes de santé publique d'ici 2030, à condition de maintenir un nombre peu élevé d'instaurations de traitements au cours des prochaines années, mais il faudra disposer de données plus détaillées.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC non mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalizable :
x La transmission des formulaires d'approbation par télécopieur peut prendre un à trois jours



Traitement de l'infection par le VHC

Aucune donnée concernant le nombre annuel de traitements



Prévention de l'infection par le VHC

Aucune donnée concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB est mise en œuvre

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

778

Objectif annuel de traitement :

41

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Recueillir et diffuser des données permettant de mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs d'élimination.

Si nous disposons des données adéquates, nous pourrions mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation de notre objectif pour 2030.

NOUVELLE-ÉCOSSE

STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE



Aperçu : Bien que la province ne dispose pas d'un plan ou d'une stratégie d'élimination, et qu'il existe des obstacles de nature politique à l'instauration d'un traitement, le nombre d'ordonnances annuelles d'AAD en Nouvelle-Écosse est chaque année supérieur aux objectifs annuels. Cependant, en 2020, ce nombre a fortement diminué. Le nombre de nouvelles seringues distribuées en vue de prévenir de nouvelles infections par le VHC est presque aux niveaux recommandés. La Nouvelle-Écosse est à la traîne pour ce qui est de la recommandation de l'OMS en matière de vaccination des nourrissons contre le VHB, puisqu'elle propose le vaccin à l'âge de 12 ans.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



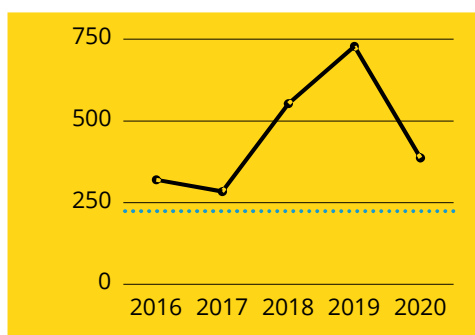
Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :
x Test de génotypage requis



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si la baisse du nombre annuel d'ordonnances d'AAD peut se maintenir en 2021 et dans les années suivantes, les objectifs de 2030 seront atteints.



Prévention de l'infection par le VHC ●

Légèrement en dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

456/500 (91 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre

Le vaccin est proposé à l'âge de 12 ans.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

4252

Objectif annuel de traitement :

227

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Supprimer l'exigence relative au génotypage et mettre en place un mécanisme permettant d'approuver le jour même les demandes de remboursement des AAD.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Proposer le vaccin contre le VHB à la naissance pour tous les nouveau-nés.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

NUNAVUT



STATUT ACTUEL : INCONNU

Aperçu : Bien que le nombre de personnes porteuses du VHC au Nunavut soit faible et qu'il existe peu de données concernant le taux de diagnostics dans ce territoire, il est impossible de savoir si cette estimation est exacte. Le Nunavut est bien placé pour éliminer l'hépatite C et l'hépatite B en tant que problèmes de santé publique d'ici 2030, à condition de maintenir un nombre peu élevé d'instaurations de traitements au cours des prochaines années, mais il faudra disposer de données plus détaillées.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC non mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :
x La transmission des formulaires d'approbation par télécopieur peut prendre 1-3 jours



Traitement de l'infection par le VHC

Aucune donnée concernant le nombre annuel de traitements



Prévention de l'infection par le VHC

Aucune donnée concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB est mise en œuvre

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

243

Objectif annuel de traitement :

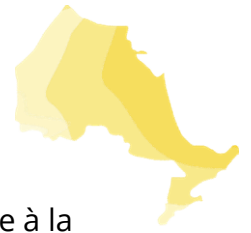
13

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.

Recueillir et diffuser des données permettant de mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs d'élimination.

Si nous disposons des données adéquates, nous pourrions mesurer les progrès que nous avons accomplis en vue de la réalisation de notre objectif pour 2030.



STATUT ACTUEL : PAS EN BONNE VOIE

Aperçu : Le nombre de traitements a culminé en 2017 et en 2018, ce qui est attribuable à la levée des restrictions en matière de remboursement; il n'a cessé de diminuer depuis. L'Ontario est la seule province qui exige encore qu'un patient ait obtenu un résultat positif à l'épreuve de confirmation par dépistage de l'ARN du VHC pour le remboursement des traitements, et se situe bien en deçà de la recommandation de l'OMS concernant la vaccination des nourrissons contre le VHB, puisqu'on n'y propose le vaccin qu'à l'âge de 12 ans. Cependant, des démarches ont été entreprises pour l'élaboration d'une « feuille de route en vue de l'élimination » dont l'adoption permettrait à la province de disposer d'un plan assorti d'objectifs et de mesures de surveillance.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC non mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :

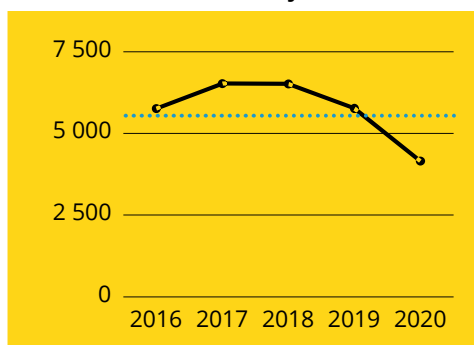
x Test de génotypage encore requis

x Résultat positif à l'épreuve de confirmation par dépistage de l'ARN encore exigé



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si le nombre de traitements peut être ramené aux niveaux atteints en 2019, l'objectif de 2030 est réalisable.



Prévention de l'infection par le VHC ●

En dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

236/500 (seulement 47 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre

Le vaccin est proposé à l'âge de 12 ans

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

102 858

Objectif annuel de traitement :

5486

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Supprimer les exigences relatives au test de génotypage et à l'épreuve de confirmation à 6 mois
- Mettre en place les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC.
- Accroître la distribution d'aiguilles.
- Vacciner tous les nouveau-nés contre le VHB à la naissance.
- Adopter et mettre en œuvre la feuille de route en vue de l'élimination.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons nous mettre sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : L'Î.-P.-É. a été la première province à se doter d'une stratégie d'élimination du VHC. Elle prévoit atteindre son objectif d'élimination avant 2030. Toutefois, à défaut de soumettre la cohorte de naissance concernée au dépistage, l'Î.-P.-É. risque de négliger une grande partie de ses résidents infectés. L'Î.-P.-É. est la seule province où il est possible d'entamer un traitement contre une infection par le VHC le jour même, grâce à une entente conclue directement avec une société pharmaceutique et en vertu de laquelle le remboursement des AAD n'est pas conditionnel à la confirmation du diagnostic au moyen d'un test homologué par Santé Canada. Le nombre de traitements effectués en 2020 a chuté de façon spectaculaire.



Planification ●

Stratégie décennale de prise en charge et de traitement de l'hépatite C à l'Î.-P.-É.



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



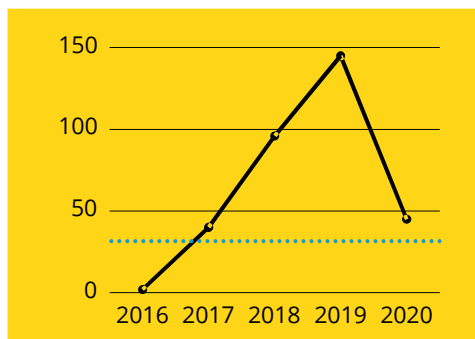
Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est possible.



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si la baisse du nombre annuel d'ordonnances d'AAD peut se maintenir en 2021 et dans les années suivantes, les objectifs de 2030 seront atteints.



Prévention de l'infection par le VHC ●

Légèrement en dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

416/500 (83 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 2 mois.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

602

Objectif annuel de traitement :

32

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- S'assurer que la stratégie de lutte contre l'hépatite C prévoit la consultation des populations prioritaires et soit axée sur l'équité en matière de santé.
- Appliquer les lignes directrices concernant les tests de dépistage chez les personnes nées entre 1945 et 1975.
- Accroître la distribution d'aiguilles.

En apportant de légers changements aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.



STATUT ACTUEL : PAS EN BONNE VOIE

Aperçu : Le Québec a supprimé de nombreux obstacles d'ordre politique à l'instauration d'un traitement contre le VHC, et le nombre de traitements a oscillé juste au-dessus des objectifs fixés en 2018 et 2019. Le Québec n'a pas adopté de plan ou de stratégie d'élimination, et les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC n'ont pas été mis en œuvre. Le nombre de seringues neuves distribuées aux fins de la prévention des nouvelles infections par le VHC est très inférieur aux seuils recommandés; cependant, le Québec n'accuse qu'un léger retard en ce qui concerne la recommandation de l'OMS relative à la vaccination des nourrissons contre le VHB, puisqu'on y propose le vaccin à l'âge de 2 mois.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC non mis en œuvre



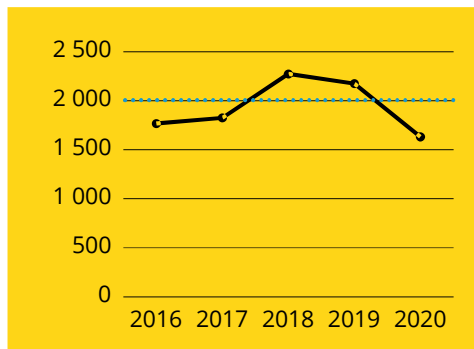
Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :
x Il ne manque que la mise en œuvre du test systématique de dépistage de l'ARN du VHC au point de service, qui n'est pas encore homologué par Santé Canada.



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si le nombre de traitements peut être ramené au niveau atteint avant la COVID, les objectifs de 2030 seront réalisés.



Prévention de l'infection par le VHC ●

En dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

168/500 (seulement 34 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 2 mois.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

37 505

Objectif annuel de traitement :

2000

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC.
- Permettre aux travailleurs de proximité de procéder au dépistage du VHC.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Accroître la distribution d'aiguilles.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons nous mettre sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

SASKATCHEWAN



STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : La Saskatchewan affiche le taux le plus élevé de résultats positifs au test de dépistage du VHC par habitant de toutes les provinces, d'après le Saskatchewan Infectious Disease Care Network. La province ne dispose pas d'un plan ou d'une stratégie d'élimination et n'a pas mis en place le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC. Malgré tout, le nombre annuel d'ordonnances d'AAD est supérieur à l'objectif annuel depuis que les restrictions liées au remboursement ont été levées en 2017. Le nombre de seringues neuves distribuées aux fins de la prévention des nouvelles infections par le VHC est supérieur aux niveaux recommandés et ne doit pas diminuer. La Saskatchewan est à la traîne pour ce qui est de la recommandation de l'OMS en matière de vaccination des nourrissons contre le VHB, puisqu'elle propose le vaccin à l'âge de 12 ans.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC non mis en œuvre



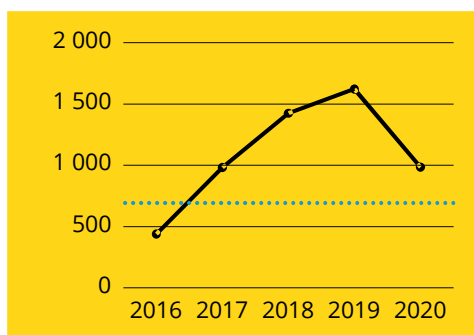
Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :
x Évaluation du stade de la fibrose requise



Traitement de l'infection par le VHC ●

Si la baisse du nombre d'ordonnances annuelles d'AAD en 2020 peut être maîtrisée en 2021 et dans les années suivantes, les objectifs de 2030 seront atteints.



Prévention de l'infection par le VHC ●

Au-dessus de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

673/500 (135 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 11 ans.

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

12 000

Objectif annuel de traitement :

640

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Supprimer l'analyse du stade de la fibrose aux fins du remboursement des AAD.
- Maintenir la distribution d'aiguilles.
- Vacciner tous les nouveau-nés contre le VHB à la naissance.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

YUKON

STATUT ACTUEL : INCONNU



Aperçu : L'un des principaux obstacles à l'atteinte des objectifs d'élimination de l'hépatite C au Yukon est la rareté des prescripteurs. Tous les tests sont envoyés aux laboratoires de la Colombie-Britannique, et un spécialiste de cette province se rend périodiquement au Yukon pour y rédiger des ordonnances. Cette situation, conjuguée aux difficultés d'accès aux soins auxquelles se heurtent les communautés rurales et isolées vivant hors de Whitehorse, constitue un obstacle important à l'instauration des traitements. Le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées est bien inférieur à l'objectif fixé pour 2025, ce qui accentue le risque de nouvelles infections et de réinfections par le VHC.



Planification ●

Pas de plan ou de stratégie d'élimination en place



Tests de dépistage du VHC ●

Tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC mis en œuvre



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement ●

L'instauration du traitement le jour même est irréalisable :

- x Test de génotypage requis
- x Évaluation du stade de la fibrose requise
- x La transmission du formulaire d'approbation par télécopieur peut prendre jusqu'à 28 jours.



Traitement de l'infection par le VHC

Aucune donnée concernant le nombre annuel de traitements



Prévention de l'infection par le VHC ●

En dessous de l'objectif concernant le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par PID.

156/500 (seulement 32 % de l'objectif recommandé pour 2025)



Prévention de l'infection par le VHB ●

La vaccination des nourrissons contre le VHB n'est pas mise en œuvre.

Le vaccin est proposé à l'âge de 2 mois

Prévalence estimée de l'infection par le VHC :

1209

Objectif annuel de traitement :

64

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Charger des non-spécialistes de prescrire les traitements.
- Élaborer un plan d'élimination comprenant des objectifs, en consultation avec les populations prioritaires et dans une optique d'équité en matière de santé.
- Supprimer l'exigence relative au test de génotypage et du stade de la fibrose, et mettre en place un mécanisme permettant d'approuver le jour même les demandes de remboursement des AAD.
- Accroître la distribution d'aiguilles.

Si nous disposons des données adéquates, nous pourrions mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation de notre objectif pour 2030.

SERVICES CORRECTIONNELS : NIVEAU FÉDÉRAL

STATUT ACTUEL : EN BONNE VOIE

Aperçu : Plus de 50 % des personnes détenues au Canada déclarent des antécédents de consommation de drogues, et plus de 75 % des PID au Canada ont des antécédents d’incarcération, ce qui se traduit par une prévalence plus élevée de l’infection par le VHC chez les personnes détenues par rapport à la population générale⁶. Par conséquent, il est essentiel de fournir des soins relatifs à l’infection par le VHC aux personnes incarcérées au Canada pour éliminer l’hépatite C. Le système correctionnel canadien est structuré en fonction de la durée de la peine d’emprisonnement prononcée par les tribunaux; la garde des personnes condamnées à une peine de deux ans ou plus relève du gouvernement fédéral, et la garde des personnes condamnées à une peine de deux ans ou moins relève des gouvernements provinciaux et territoriaux. Le Service correctionnel du Canada administre toutes les prisons fédérales du Canada et il est chargé de l’application des politiques relatives au dépistage, aux soins et à la prévention de l’infection par le VHC dans les prisons fédérales⁶.



Politique de dépistage du VHC ●

Proposé de manière systématique à tous les détenus et disponible sur demande⁶.



Accès au traitement de l’infection par le VHC ●

Toute personne admissible, quel que soit le stade de la maladie⁶



Accès aux services de prévention de l’infection par le VHC ●

PÉSA : programme d’échange de seringues et d’aiguilles en place dans 11 des 43 établissements⁶

SCS : site de consommation supervisée, en place dans un des 43 établissements⁶

TAO : le traitement par agonistes opioïdes est proposé dans tous les établissements, mais les conditions d’admissibilité aux « nouveaux traitements » après l’entrée ne sont pas clairement indiquées⁷

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Mettre en place des PÉSA dans les établissements restants.
- Mettre en place des SCS dans les établissements restants.
- Clarifier les conditions d’admissibilité aux « nouveaux traitements » par des agonistes opioïdes.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons rester sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

SERVICES CORRECTIONNELS : NIVEAU PROVINCIAL

STATUT ACTUEL : PAS EN BONNE VOIE

Aperçu : Dans chaque province et territoire, c'est le ministère de la Sécurité publique et le Solliciteur général (ou son homologue) qui sont en charge des services correctionnels et qui administrent les prisons provinciales et territoriales. Il existe ainsi 13 situations différentes en matière d'accès au dépistage et au traitement de l'infection par le VHC dans les prisons provinciales et territoriales.

La continuité des soins anti-VHC après la mise en liberté est un problème majeur auquel se heurtent les systèmes correctionnels à l'échelle mondiale, et des voix s'élèvent pour demander à ce que la prestation des soins de santé en milieu correctionnel soit harmonisée avec les soins de santé fournis dans la collectivité⁸. Par conséquent, plusieurs provinces canadiennes ont transféré la responsabilité de la prestation des soins de santé des autorités correctionnelles aux autorités sanitaires locales. Dans les provinces où cela s'est produit, on a constaté des améliorations sur le plan des soins de santé, notamment en ce qui concerne la lutte contre le VHC⁹. Le transfert de la responsabilité des soins de santé aux autorités sanitaires dans le reste du Canada permettrait de simplifier la prestation des services de dépistage et de traitement de l'infection par le VHC et le prolongement des soins après la mise en liberté. Une enquête menée en 2020 dans toutes les prisons provinciales du Canada a permis de faire le point sur les progrès réalisés dans les prisons provinciales en vue de l'élimination du VHC⁹. Cette enquête a révélé que quatre provinces canadiennes n'offrent aucun traitement contre l'infection par le VHC aux personnes incarcérées dans des prisons provinciales, et que trois autres provinces et territoires ont établi des restrictions quant à l'admissibilité au traitement, ce qui indique que les personnes incarcérées ne bénéficient pas des mêmes normes de soins de santé que la population générale. Il s'agit d'une violation de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)¹⁰.

Tableau 3. Ministères compétents en matière d'accès au dépistage, au traitement et à la prévention de l'hépatite C dans les établissements correctionnels provinciaux et territoriaux⁹

Province/territoire	Ministère de la santé responsable des soins de santé dans les prisons provinciales ⁹	Pourcentage de prisons provinciales fournissant un dépistage universel* ⁹	Pourcentage de prisons provinciales fournissant un <i>quelconque</i> traitement contre l'infection par le VHC ⁹ .	Pourcentage de prisons provinciales fournissant un traitement contre l'infection par le VHC sans restriction d'admissibilité ⁹	Pourcentage de prisons provinciales fournissant un TAO ⁹
Alberta	● Oui	● 100 %	● 25 %	● 0 %	● 100 %
Colombie-Britannique	● Oui	● 60 %	● 100 %	● 90 %	● 100 %
Manitoba	● Non	● 29 %	● 57 %	● 0 %	● 57 %
Nouveau-Brunswick	● Non	● 50 %	● 0 %	● 0 %	● 100 %
Terre-Neuve-et-Labrador	● Oui	● 67 %	● 0 %	● 0 %	● 67 %
Territoires du Nord-Ouest [^]	-	-	-	-	-
Nouvelle-Écosse	● Oui	● 67 %	● 33 %	● 33 %	● 33 %
Nunavut [^]	-	-	-	-	-
Ontario [#]	● Non	-	-	-	-
Île-du-Prince-Édouard	● Non	● 100 %	● 100 %	● 100 %	● 50 %
Québec	● Partiellement	● 12 %	● 56 %	● 56 %	● 88 %
Saskatchewan	● Non	● 17 %	● 67 %	● 67 %	● 83 %
Yukon [^]	-	-	-	-	-

* Dépistage optionnel avec option de refus
Les prisons de l'Ontario n'ont pas participé à l'enquête.
^ Les prisons territoriales n'ont pas participé à l'enquête.
Code couleur : ● 80-100 % « sur la bonne voie » ● 40-79 % « presque sur la bonne voie » ● 0-39 % « loin d'être sur la bonne voie »

ÉTAPES SUIVANTES RECOMMANDÉES

- Proposer le dépistage et le traitement de l'hépatite C dans tous les établissements correctionnels provinciaux pour adultes.
- Transférer la prise en charge des soins de santé aux ministères de la Santé, là où ce n'est pas encore effectif.
- Rendre les TAO accessibles à tous dans tous les centres correctionnels provinciaux.

En apportant les changements opportuns aux politiques, nous pouvons nous mettre sur la bonne voie et atteindre notre objectif pour 2030.

POINTS FORTS

Exemples à suivre



Planification

L'Î.-P.-É. et l'Alberta servent d'exemples en matière de plans d'élimination.

La cohorte de personnes de la Colombie-Britannique ayant subi un test de dépistage de l'hépatite constitue une référence en matière de surveillance de la propagation du VHC et un cadre de travail que les autres provinces sont à même de reproduire.



Tests de dépistage du VHC

Le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC s'est avéré un indicateur clé pour ce qui est de déterminer si le nombre d'ordonnances d'AAD dans une province ou un territoire est conforme ou non aux objectifs. Plusieurs provinces disposent de modèles pouvant servir d'exemples.



Passage du dépistage de l'infection par le VHC au traitement

Le code LU de l'Ontario permet d'approuver immédiatement le remboursement.

Le Québec a récemment lancé un portail en ligne permettant de présenter des demandes de remboursement de médicaments anti-VHC à la RAMQ, qui accueillera immédiatement les demandes des patients n'ayant jamais reçu de traitement et ne souffrant pas de cirrhose.



Traitement de l'infection par le VHC

L'Alberta a créé un algorithme de traitement de l'hépatite C qui permet aux infirmières praticiennes et aux pharmaciens de prescrire et de traiter de façon indépendante les patients n'ayant jamais reçu de traitement et ne souffrant pas de cirrhose.



Prévention de l'infection par le VHC

L'Alberta et la Saskatchewan sont les chefs de file au pays en matière de distribution d'aiguilles et de seringues.



Prévention de l'infection par le VHB

Le Nouveau-Brunswick, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut offrent tous la vaccination contre le VHB à la naissance de tous les bébés.

TENDANCES INTÉRESSANTES



Test systématique de dépistage de l'ARN du VHC

- À l'exception de la Saskatchewan, les provinces qui atteignent leurs objectifs annuels de traitement de l'infection par le VHC ont mis en place le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC, et celles qui ne l'ont pas fait ne les atteignent pas.
- Le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC se révèle un indicateur clé en ce qui concerne la réalisation des objectifs de traitement anti-VHC.



Traitement de l'infection par le VHC

- Les augmentations et les diminutions annuelles du nombre d'ordonnances n'étaient pas uniformes dans tout le pays et semblent correspondre aux changements apportés aux politiques en vigueur dans chaque province et visant à lever les restrictions relatives à la fibrose aux fins du remboursement des AAD.
- Toutes les provinces ont connu une baisse en 2020, et des efforts seront probablement nécessaires au niveau des gouvernements et des collectivités pour aller de l'avant.

LACUNES EN MATIÈRE DE DONNÉES



Prévalence

- Il a été difficile de déterminer quel devrait être l'objectif annuel en matière d'instauration d'un traitement anti-VHC dans chaque province ou territoire, car il existe peu d'estimations récentes de la prévalence au niveau infranational.
- Il est urgent de mettre à jour les estimations de la prévalence de l'hépatite C et de l'hépatite B dans toutes les provinces et tous les territoires.

Nombre de traitements prescrits

- AHC a dû payer pour obtenir sous licence les données concernant le nombre de traitements prescrits. Cette méthode est coûteuse et ces données présentent de nombreuses lacunes.
- Les données d'IQVIA sont établies en fonction du nombre de patients, mais celui-ci est légèrement surestimé ou sous-estimé dans les différentes provinces.
- On ne dispose pas de données concernant le nombre d'ordonnances dans les territoires.

COMMENT SAURONS-NOUS SI NOUS AVONS ÉLIMINÉ L'HÉPATITE VIRALE EN 2030 SI NOUS NE DISPOSONS PAS DE DONNÉES PRÉCISES?

MÉTHODOLOGIE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION



1^{er} paramètre : Existe-t-il un plan ou une stratégie d'élimination?

Justification

Chaque province et territoire du Canada doit établir et mettre en œuvre sa propre stratégie axée sur l'élimination de l'hépatite virale. Par conséquent, le premier paramètre que nous avons choisi de mesurer était de savoir si un plan ou une stratégie étaient en place dans chaque province ou territoire, et s'ils comportaient des buts ou des objectifs en matière d'incidence de l'hépatite virale ou de portée des services.

Méthodologie de suivi et d'évaluation

Nous avons passé en revue les sites Web actifs des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé afin de déterminer quels sont les politiques, les stratégies ou les plans d'action les plus récents à avoir été mis en place et s'ils comportaient des buts ou des objectifs en matière d'incidence de l'hépatite virale ou de portée des services. Nous avons passé en revue les documents en question afin de déterminer s'ils comportaient des buts ou des objectifs conformes à ceux établis par l'OMS, l'ASPC ou le *modèle directeur*.

Tableau 4. Examen des politiques provinciales et territoriales concernant l'élimination de l'hépatite virale en vigueur en 2020

Province/territoire	Politique la plus récente comportant des buts ou des objectifs en matière d'incidence de l'hépatite virale ou de portée des services	Année de publication	Comporte des buts ou des objectifs en matière d'élimination de l'hépatite virale?
Alberta	Cadre stratégique de lutte contre les ITSS de l'Alberta (2018-2021) ¹¹	2018	● Oui
Colombie-Britannique	Healthy Pathways Forward (A Strategic Integrated Approach to Viral Hepatitis in BC) ¹² (approche stratégique intégrée en matière d'hépatite virale en Colombie-Britannique)	2007	● Non
Manitoba	Stratégie de lutte contre les infections transmissibles par voie sexuelle et sanguine du Manitoba (2015-2019) ¹³	2015	● Non
Nouveau-Brunswick	Aucun résultat de la recherche	-	● -
Terre-Neuve-et-Labrador	Aucun résultat de la recherche	-	● -
Territoires du Nord-Ouest	Aucun résultat de la recherche	-	● -
Nouvelle-Écosse	Stratégie de lutte contre le VIH/sida de la Nouvelle-Écosse ¹⁴	2003	● Non
Nunavut	Cadre d'action en matière de santé sexuelle au Nunavut (2012-2017) ¹⁵	2012	● Non
Ontario	Stratégie de lutte contre le VIH/sida à l'horizon 2026 : Concentrons nos efforts pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins en matière de VIH ¹⁶ .	2016	● Non
Île-du-Prince-Édouard	Stratégie décennale de prise en charge et de traitement de l'hépatite C à l'Î.-P.-É. ¹⁷	2018	● Oui
Québec	Joindre, dépister et détecter, traiter : Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique ¹⁸	2016	● Non
Saskatchewan	Aucun résultat de la recherche	-	● -
Yukon	Aucun résultat de la recherche	-	● -

PAGE 28



2^e paramètre : Le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC est-il mis en place?

Justification

- **Un Canadien sur trois** ayant reçu un résultat positif au test de détection des anticorps anti-VHC **n'a jamais passé le test de dépistage de l'ARN du VHC**⁵ permettant de confirmer s'il est effectivement atteint d'une infection chronique.
- Il a été établi que le fait de soumettre systématiquement les échantillons porteurs d'anticorps anti-VHC au test de dépistage de l'ARN du VHC était rentable, et que les patients aussi bien que les prestataires de soins de santé y étaient favorables^{19,20}.
- Pourtant, le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC n'a toujours pas été intégré aux protocoles de tous les laboratoires du Canada.

Le *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada* recommande la mise en place du test systématique de dépistage de l'ARN du VHC dans tous les laboratoires du Canada, afin de s'assurer que toutes les personnes concernées intègrent efficacement la séquence de soins relatifs à l'hépatite C.

Méthodologie de suivi et d'évaluation

Une analyse environnementale concernant les tests de laboratoire de dépistage du VHC au Canada a été réalisée en 2016. Nous l'avons passée en revue, ainsi que les sites Web des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, afin de déterminer quels sont les algorithmes de dépistage du VHC les plus récents à avoir été mis en place dans chaque province et territoire.

Tableau 5. Examen de la mise en œuvre de la politique sur les tests systématiques de dépistage de l'ARN du VHC dans les provinces et les territoires

Province/territoire	Le test systématique de dépistage de l'ARN du VHC est-il mis en œuvre?
Alberta	● Oui ²¹
Colombie-Britannique	● Oui
Manitoba	● Non
Nouveau-Brunswick	● Oui ²³
Terre-Neuve-et-Labrador	● Oui ²³
Territoires du Nord-Ouest	● Non ²³
Nouvelle-Écosse	● Oui ²³
Nunavut	● Non ²³
Ontario	● Non ²³
Île-du-Prince-Édouard	● Oui ²³
Québec	● Non ²³
Saskatchewan	● Non ²³
Yukon	● Oui ²²



3^e paramètre : Est-il possible d'instaurer le traitement le jour même?

Justification

- Le processus de dépistage du VHC constitue en soi un obstacle.
- Dans la plupart des cadres d'intervention, il faut effectuer **trois** visites : la visite pour le dépistage des anticorps, la visite pour le test de l'ARN visant à confirmer que l'infection est toujours active, la visite pour la communication des résultats et la discussion à ce sujet.
- Au moins **une personne sur quatre** ayant obtenu un résultat positif au premier test de dépistage ne passe jamais le test de confirmation. La perte de vue au stade du suivi est plus fréquente dans les populations prioritaires : au plus, **trois personnes sur quatre** ne passent pas de test de confirmation²².

Des techniques de dépistage plus simples et des politiques d'approbation des demandes de remboursement plus efficaces permettraient de faciliter la séquence de soins menant au traitement, et contribueraient aux efforts d'élimination de l'hépatite virale.

L'accélération de l'accès aux soins et de l'instauration du traitement, recommandée par le *modèle directeur*, permettrait de combler les écarts dans la séquence de soins relatifs au VHC. Pour accélérer l'accès aux soins et favoriser l'élimination de l'hépatite C, il faut mettre en œuvre des stratégies consistant « à dépister et à traiter », c'est-à-dire qui amèneraient les prestataires de soins à instaurer le traitement le jour même du dépistage ou de l'établissement du diagnostic.

Méthodologie de suivi et d'évaluation

Pour déterminer la capacité des prestataires de soins au Canada à instaurer un traitement contre une infection par le VHC le jour même où le patient reçoit son diagnostic, nous avons examiné les critères de remboursement des AAD dans les 10 régimes d'assurance-médicaments publics provinciaux, les trois régimes territoriaux et les trois régimes fédéraux du pays²³. Les données recueillies se rapportent à la période comprise entre octobre et décembre 2020; les résultats retenus ont été sélectionnés en fonction des activités suggérées dans le *modèle directeur*.

Tableau 6. Tableau des politiques d'approbation des demandes de remboursement des traitements contre l'hépatite C par les régimes d'assurance-médicaments publics canadiens.

Régime d'assurance-médicaments	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> ■ La politique freine le traitement rapide ou simplifié du VHC ■ La politique peut freiner le traitement rapide ou simplifié du VHC ■ La politique facilite le traitement rapide ou simplifié du VHC </div>				
	Le test de dépistage de l'ARN du VHC au point de service peut être utilisé pour l'approbation d'un AAD	Test de génotypage du VHC requis	Évaluation du stade de la fibrose requise	Deux tests positifs de dépistage de l'ARN du VHC requis	Temps nécessaire et méthode pour l'approbation d'un AAD
Alberta	Non	Non	Non	Non	Formulaire télécopié 1-3 jours
Colombie-Britannique	Non	Non [#]	Oui	Non	En ligne Même jour ^{oo}
Manitoba	Non	Oui	Oui	Non	Formulaire télécopié 2-14 jours
Nouveau-Brunswick	Non	Oui	Oui	Non	Formulaire télécopié 2-28 jours
Terre-Neuve-et-Labrador	Non	Oui	Non	Non	Formulaire télécopié Jusqu'à 28 jours
Territoires du Nord-Ouest	Non	Non [%]	Non [^]	Non	Formulaire télécopié 1-3 jours
Nouvelle-Écosse	Non	Oui	Non ^{&}	Non	Approbation non requise*
Nunavut	Non	Non [%]	Non [^]	Non	Formulaire télécopié 1-3 jours
Ontario	Non	Oui ^{\$}	Non	Oui	Approbation non requise*
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Non	Non	Non	Approbation non requise*
Québec	Non	Non [%]	Non ^{&}	Non	En ligne Même jour
Saskatchewan	Non	Non [%]	Oui	Non	Téléphone Même jour
Yukon	Non	Oui	Oui	Non	Formulaire télécopié Jusqu'à 28 jours
Personnes ayant le statut de PN (SSNA)	Non	Non [%]	Non [^]	Non	Formulaire télécopié 1 jour
Service correctionnel du Canada (SCC)	Non	Non [%]	Non	Non	Approbation non requise*
Anciens Combattants Canada (ACC)	Non	Non [%]	Non	Non	Approbation non requise*

Abréviations – AAD : antiviral à action directe; PN : Premières Nations; SSNA : services de santé non assurés; VHC : virus de l'hépatite C.

[#] Temporairement pendant la pandémie de COVID, peut continuer à l'avenir.

^{oo} Lancement d'une plateforme en ligne à l'échelle de la province pour l'approbation des demandes d'autorisation spéciale, mais celle-ci n'est pas encore disponible pour les médicaments anti-VHC.

[%] Le génotypage n'est pas requis pour les patients n'ayant jamais pris d'AAD à qui un schéma ciblant tous les génotypes a été prescrit.

^{\$} Non appliqué mais en fin de compte requis.

[^] L'évaluation du stade de la fibrose n'est pas requise pour les patients n'ayant jamais pris d'AAD.

[&] La preuve du stade de fibrose n'est pas requise; simplement préciser « oui » ou « non » pour la cirrhose.

^{*} Utilise un « Code d'utilisation limitée » ou un « Code à critères » – aucune exigence pour l'approbation si les critères cités sont remplis. Si les critères d'utilisation limitée ne sont pas remplis, le cas doit être réétudié, ce qui prend généralement 2 à 4 semaines (l'exemple porte sur le retraitement ou le traitement d'une cirrhose décompensée).



4^e paramètre : Nombre de traitements anti-VHC prescrits annuellement

Justification

Nous avons déterminé au moyen d'un modèle combien de personnes porteuses du VHC devraient entamer un traitement chaque année au Canada pour que 80 % des personnes vivant avec le VHC aient reçu un traitement d'ici 2030, en vue d'atteindre les objectifs en matière de traitement de l'hépatite C fixés par l'OMS et d'après le *modèle directeur*. Pour évaluer les progrès accomplis sur ce point, nous avons évalué le nombre de personnes ayant entamé un traitement anti-VHC chaque année et l'avons comparé avec les objectifs de traitement annuels établis au moyen du modèle, afin de déterminer si le recours au traitement est conforme aux prévisions ou non.

Méthodologie de suivi et d'évaluation

Les estimations du nombre total de patients ayant contracté le VHC par année dans chaque province du Canada ont été fournies sous licence par IQVIA^{®24}. Les estimations du nombre de patients ayant contracté le VHC fournies par IQVIA[®] sont fondées sur des projections établies à partir de données anonymisées concernant les ordonnances délivrées aux patients, et ne portent que sur les AAD, et non sur l'interféron ou la ribavirine. Les estimations du nombre de patients ayant contracté le VHC par année fournies par IQVIA ont été comparées avec le nombre réel de patients porteurs du VHC indiqué par les régimes d'assurance-médicaments des provinces de la Colombie-Britannique²⁵ et de l'Ontario²⁶ quant à certaines années, afin de déterminer l'ordre de précision de la méthode de projection du nombre de patients d'IQVIA[®]. Sur la base de ces vérifications croisées, les projections concernant les patients fournies par IQVIA[®] ne représentent pas l'effectif exact des patients porteurs du VHC traités dans chaque province par année, mais elles se situent dans une fourchette acceptable et sont censées représenter avec précision les tendances et les habitudes de recours au traitement anti-VHC à l'échelle provinciale.

Le nombre de traitements anti-VHC à administrer chaque année pour atteindre les objectifs d'élimination de l'hépatite C d'ici 2030 a été établi à l'aide d'un modèle à partir des estimations les plus récentes publiées par les autorités nationales²⁷ et provinciales²⁸.

Afin de fixer une valeur cible en matière d'instaurations de traitement dans chaque province ou territoire, on s'est servi du nombre de personnes porteuses du VHC (PPVHC) dans cette province ou ce territoire selon l'estimation la plus récente, on l'a multiplié par l'objectif de traitement de 80 %, puis divisé par quinze (le nombre d'années de 2016 à 2030). Il est possible que ces valeurs cibles sous-estiment le nombre d'instaurations de traitement nécessaires chaque année pour atteindre les objectifs d'élimination de 2030; toutefois, compte tenu de la rareté des données, elles constituent l'indicateur le plus utile que l'on puisse proposer à l'heure actuelle.

Tableau 7. Prévalence estimée de l'infection par le VHC en 2016, objectifs annuels de traitement et nombre annuel projeté de traitements anti-VHC (AAD) par province canadienne, 2016-2020.

Province/territoire	N ^{bre} est. de PPVHC	Objectifs annuels de traitement	Nombre annuel d'instaurations de traitements AAD				
			2016	2017	2018	2019	2020
Alberta	24 081 ²⁹	1 284	1 279	1 630	2 002	1 788	1 269
Colombie-Britannique	37 484 ² ₄	1 999	2 590	2 953	4 073	3 225	2 104
Manitoba	8 401 ³¹	448	343	451	646	572	368
Nouveau-Brunswick	2 467 ³¹	132	150	186	310	379	311
Terre-Neuve-et-Labrador	640 ³¹	34	72	50	81	96	75
Territoires du Nord-Ouest	778 ³¹	41	-	-	-	-	-
Nouvelle-Écosse	4 252 ³¹	227	320	284	553	728	387
Nunavut	243 ³¹	13	-	-	-	-	-
Ontario	102 858 ³¹	5 486	5 756	6 525	6 516	5 764	4 156
Île-du-Prince-Édouard	602 ³¹	32	2	40	96	145	45
Québec	37 505 ³¹	2000	1 767	1 825	2 273	2 174	1 631
Saskatchewan	12 000 ³⁰	640	439	982	1 424	1 622	985
Yukon	1 209 ³¹	64	-	-	-	-	-

- On ne dispose d'aucune donnée concernant les territoires.



5^e paramètre : Nombre d'aiguilles et de seringues fournies par personne qui s'injecte des drogues (PID)

Justification

- Les PID sont une population prioritaire sur le plan des interventions visant à prévenir la transmission du VHC.
- Les taux les plus élevés de nouvelles infections par le VHC au Canada s'observent chez les PID. Celles-ci représentent jusqu'à **85 %** de toutes les nouvelles infections par l'hépatite C⁴.
- Or, le VHC est évitable au moyen d'interventions fondées sur des données probantes, rentables et recommandées par l'OMS, comme les programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) et le traitement par agonistes opioïdes (TAO). L'ensemble de ces interventions permet de réduire le risque d'infection par l'hépatite C à hauteur de **74 %**.

La réduction des méfaits est de loin la stratégie de prévention de l'hépatite C la plus efficace.

La *Stratégie globale du secteur de la santé contre l'hépatite virale*¹ et le *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada*⁴ recommandent d'augmenter le nombre d'aiguilles et de seringues stériles fournies par PID par année dans les proportions suivantes :



200 aiguilles/seringues stériles d'ici 2020
500 aiguilles/seringues stériles d'ici 2025
750 aiguilles/seringues stériles d'ici 2030

Méthodologie de suivi et d'évaluation

À partir du nombre estimé de PID dans chaque province et territoire et à l'échelle nationale, et du nombre d'aiguilles et de seringues stériles distribuées, selon les publications les plus récentes, nous avons estimé le nombre d'aiguilles et de seringues fournies par PID annuellement. Ce nombre a été comparé avec l'objectif de 500 aiguilles et seringues stériles par PID d'ici 2025, et exprimé en pourcentage de cette valeur cible.

Tableau 8. Nombre estimé d'aiguilles et de seringues stériles fournies par PID et par année au Canada.

Province/territoire	Année	Nombre estimé d'aiguilles et de seringues par PID	Pourcentage de la valeur cible fixée par le modèle directeur pour 2025 (500/PID)
Canada	2016 ³¹	291	● 58 %
Alberta	2016 ³³	883	● 177 %
Colombie-Britannique	2019 ³²	336	● 67 %
Manitoba	2016 ³³	207	● 41 %
Nouveau-Brunswick	2016 ³³	220	● 44 %
Terre-Neuve-et-Labrador	2016 ³³	134	● 27 %
Territoires du Nord-Ouest	-	-	-
Nouvelle-Écosse	2016 ³³	456	● 91 %
Nunavut	-	-	-
Ontario	2016 ³³	236	● 47 %
Île-du-Prince-Édouard	2016 ³³	416	● 83 %
Québec	2016 ³³	168	● 34 %
Saskatchewan	2018 ³³	673	● 135 %
Yukon	2016 ³³	156	● 32 %

- Aucune donnée concernant deux territoires.

Légende :

● 80-100 % « sur la bonne voie »

● 40-79 % « presque sur la bonne voie »

● 0-39 % « loin d'être sur la bonne voie »



6^e paramètre : La vaccination des nourrissons contre le VHB est-elle mise en œuvre?

Justification

- L'hépatite B est une maladie évitable au moyen d'un vaccin. Les personnes exposées au VHB qui contractent une infection chronique vivront avec cette maladie toute leur vie, car il n'existe pas de traitement curatif; le traitement est supprimeur seulement. L'infection par le VHB endommage le foie et constitue l'une des principales causes mondiales de carcinome hépatocellulaire et d'insuffisance hépatique. La vaccination est donc le volet le plus important des initiatives de prévention et d'élimination de l'infection par le VHB.
- **L'OMS recommande que tous les nourrissons reçoivent la première dose de vaccin contre le VHB dans les 24 heures suivant la naissance³⁴, et le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada recommande également que les nourrissons reçoivent la première dose de vaccin contre le VHB à la naissance³⁵.** Malgré ces recommandations, les provinces et territoires canadiens proposent le vaccin contre le VHB à des âges qui varient de la naissance à 12 ans.
- La vaccination des nourrissons est particulièrement importante car **plus de 90 % des nourrissons infectés présenteront une hépatite B chronique**, contre 5 % des adultes. (L'infection par l'hépatite B se résout spontanément dans 95 % des cas chez les adultes).

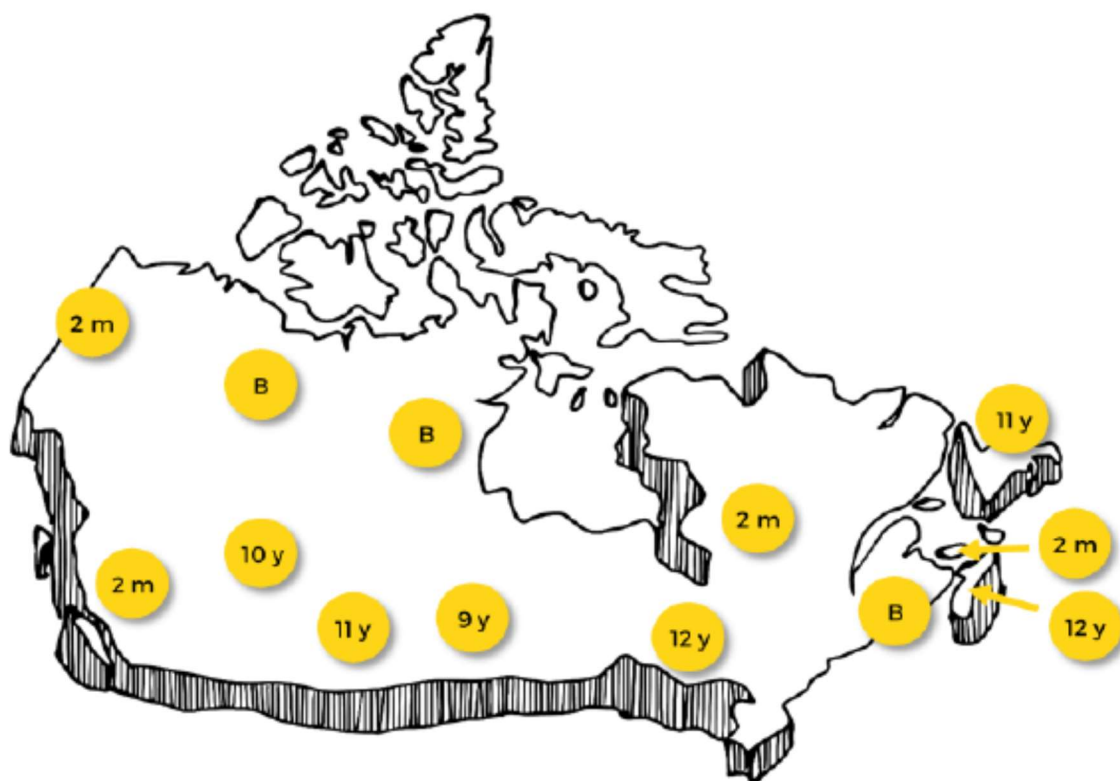
La mise en œuvre de la vaccination systématique des nourrissons dans l'ensemble du Canada est le moyen privilégié de ramener à près de zéro le nombre de nouvelles infections chez les enfants.

Bien que certains estiment qu'il est inutile de vacciner contre le VHB à la naissance au Canada, puisque le dépistage prénatal universel et les interventions connexes permettent de prévenir la transmission verticale, une étude récente menée en Ontario a révélé que la fréquence du dépistage prénatal et des examens subséquents est sous-optimale et que de nombreux enfants nés en Ontario reçoivent un diagnostic d'infection par le VHB avant l'âge de 12 ans³⁶.

Méthodologie de suivi et d'évaluation :

Nous avons examiné le chapitre concernant le vaccin contre l'hépatite B du Guide canadien d'immunisation³⁷ de l'ASPC afin de déterminer l'âge auquel la première dose de vaccin contre le VHB est proposée dans chaque province et territoire.

Figure 2. Âge auquel la première dose du vaccin contre le VHB est proposée dans tout le Canada (2020)



Références

- ¹ Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale pour 2016-2021 (juin 2016). Genève, Suisse. Disponible au : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf?sequence=1> (consulté en mars 2021).
- ² Agence de la santé publique du Canada (juin 2018). Un cadre d'action pancanadien sur les ITSS : Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 Ottawa, Canada. Disponible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html> (consulté en mars 2021).
- ³ Agence de la santé publique du Canada (juillet 2019). Plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ottawa, Canada. Disponible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accellerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html> (consulté en mars 2021).
- ⁴ Comité de rédaction et Groupes de travail du Modèle directeur du Réseau Canadien sur l'Hépatite C. Modèle directeur pour éclairer les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. Montréal, QC. Disponible au : https://canhepc.ca/sites/default/files/media/documents/blueprint_hcv_2019_05.pdf (consulté en mars 2021).
- ⁵ Jordan Feld. Hepatitis C Virus Diagnostics : The Road to Simplification. *Clinical Liver Disease*; 12(5): 2018. Disponible au : <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/cld.760> (consulté en mars 2021).
- ⁶ Bartlett SR, Buxton J, Palayew A, Picchio CA, Janjua NZ, Kronfli N. Hepatitis C Virus Prevalence, Screening, and Treatment Among People Who Are Incarcerated in Canada: Leaving No One Behind in the Direct-Acting Antiviral Era. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2021;17(2):75-80. Publié le 28 février 2021. Disponible au : [10.1002/cld.1023](https://doi.org/10.1002/cld.1023) (consulté en avril 2021).
- ⁷ Service correctionnel du Canada. Groupe de travail - Traitement par agonistes opioïdes (TAO) : 4 novembre 2019. Disponible au : <https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-3004-fr.shtml#2> (consulté en avril 2021).
- ⁸ Kasey McCall-Smith. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Disponible au : <https://www.jstor.org/stable/10.5305/intelegamate.55.6.1180> (consulté en avril 2021).
- ⁹ Nadine Kronfli, Camille Dussault, Sofia Bartlett, Dennaye Fuchs, Kelly Kaita, Kate Harland, Brandi Martin, Cindy Whitten, Joseph Cox. Disparities in hepatitis C care across Canadian provincial prisons: implications for hepatitis C micro-elimination. *Canadian Liver Journal* 2021 : e20200035. Disponible au : <https://canlivj.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/canlivj-2020-0035> (consulté en avril 2021).
- ¹⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (2015). https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-F-ebook.pdf (consulté en mai 2021).

¹¹ Ministère de la Santé de l'Alberta. Cadre stratégique de lutte contre les ITSS de l'Alberta (2018-2021). Disponible au : <https://open.alberta.ca/dataset/db40eaa6-38e5-4fa8-946b-a2f3b291d6a6/resource/4c05eb5d-f2ee-4375-ba14-d251ff249a2d/download/2018-sexually-transmitted-infections-and-blood-borne-infections-framework-2018-2021.pdf> (consulté en mars 2021).

¹² Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique Healthy Pathways Forward (A Strategic Integrated Approach to Viral Hepatitis in BC) (Approche stratégique intégrée en matière d'hépatite virale en Colombie-Britannique). Disponible au : <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/healthpathwaysforward.pdf> (consulté en mars 2021).

¹³ Gouvernement du Manitoba. Stratégie de lutte contre les infections transmissibles par voie sexuelle et sanguine du Manitoba (2015-2019). Disponible au : https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/docs/stbbi_strategy.pdf (consulté en mars 2021).

¹⁴ Commission consultative sur le sida du gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Stratégie de lutte contre le VIH/sida de la Nouvelle-Écosse. Disponible au : <https://novascotia.ca/aids/strategy.asp> (consulté en mars 2021).

¹⁵ Gouvernement du Nunavut. Cadre d'action en matière de santé sexuelle au Nunavut (2012-2017). Disponible au : <https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/files/Nunavut%20Sexual%20Health%20Framework%20ENG.pdf> (consulté en mars 2021).

¹⁶ Comité consultatif de lutte contre le VIH et le sida du gouvernement de l'Ontario. Stratégie de lutte contre le VIH/sida à l'horizon 2026 : Concentrons nos efforts pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins en matière de VIH. Disponible au : https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hiv aids/docs/oach_strategy_2026.pdf (consulté en mars 2021).

¹⁷ Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Les traitements et les ressources consacrés à la lutte contre l'hépatite C transforment la vie des habitants de l'Île. Disponible au : <https://www.princeedwardisland.ca/en/news/hepatitis-c-treatment-and-resources-are-changing-islanders-lives> (consulté en mars 2021).

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Joindre, dépister et détecter, traiter : Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique. Disponible au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-216-04W.pdf> (consulté en mars 2021).

¹⁹ Morris Sherman, Stephen Shafran, Kelly Burak, Karen Doucette, Winnie Wong, Nigel Girgrah, Eric Yoshida, Eberhard Renner, Philip Wong, Marc Deschênes. Management of chronic hepatitis C: Consensus guidelines. *Can J Gastroenterol*/Vol 21 Suppl C June 2007. Disponible au : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794457/pdf/cjg21025c.pdf> (consulté en mars 2021).

²⁰ William Wong, Alex Haines, Hooman Farhang Zangneh, Hemant Shah (juillet 2018). Can we afford not to screen and treat hepatitis C virus infection in Canada? *Canadian Liver Journal*. Disponible au : <https://doi.org/10.3138/canlivj.1.2.005> (consulté en mars 2021).

-
- ²¹ Alberta Precision Laboratories. Laboratory Bulletin 2019. Disponible au : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/wf/lab/wf-lab-bulletin-hepatitis-c-testing-changes.pdf> (consulté en avril 2021).
- ²² Bartlett, SR, Yu, A, Chapinal, N, *et al.* The population level care cascade for hepatitis C in British Columbia, Canada as of 2018: Impact of direct acting antivirals. *Liver Int.* 2019; 39: 2261– 2272. Disponible au : <https://doi.org/10.1111/liv.14227> (consulté en mars 2021).
- ²³ Sofia R Bartlett, Jennifer Van Gennip, Alison D. Marshall, Matthew Bonn, Dennaye Fuchs, Gerard Yetman, Janet Butler-McPhee, Curtis L. Cooper, Lesley Gallagher, Nadine Kronfli, Sarah Williams, Julie Bruneau, Jordan J. Feld, Naveed Janjua, Marina Klein, Jason Grebely. Policies for reimbursement of direct-acting antiviral treatment for hepatitis C virus infection in Canada: ‘a patchwork of obstruction’ [résumé d’affiche]. Dans : Canadian Liver Meeting, 2-5 mai 2021; congrès virtuel. Résumé P080.
- ²⁴ IQVIA® Canada <https://www.iqvia.com/locations/canada> (consulté en mars 2021).
- ²⁵ Emilia Clementi, Sofia Bartlett, Stanley Wong, Amanda Yu, Margo Pearce, Mawuena Binka, Maria Alvarez, Dahn Jeong, James Wilton, Prince Adu, Younathan Abdia, Jason Wong, Mel Krajden, Michael Otterstatter, Jane Buxton, Naveed Janjua. Treatment differential in HCV treatment prescribers in British Columbia over time [résumé d’affiche]. Dans : Canadian Liver Meeting, du 28 février au 1^{er} mars 2020, Montréal, Canada. Disponible au : <https://canlivj.utpjournals.press/doi/full/10.3138/canlivj.3.1.abst> (consulté en mars 2021).
- ²⁶ Mina Tadrous, Kate Mason, Zoe Dodd, Mary Guyton, Jeff Powis, Daniel McCormack, Tara Gomes. Prescribing trends in Direct Acting Antivirals for the treatment of hepatitis C in Ontario, Canada. *Canadian Liver Journal* 4(1); 51-58. Disponible au : <https://canlivj.utpjournals.press/doi/10.3138/canlivj-2020-0025> (consulté en mars 2021).
- ²⁷ Binka M, Janjua NZ, Grebely J, *et al.* Assessment of Treatment Strategies to Achieve Hepatitis C Elimination in Canada Using a Validated Model. *JAMA Netw Open.* 2020;3(5):e204192. Disponible au : [10.1001/jamanetworkopen.2020.4192](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.4192) (consulté en mars 2021).
- ²⁸ Jordan Feld, Yasmine Rahal, Catherine Robert, Yuri Sanchez Gonzalez, Homie Razavi. Anticipated timing of elimination of hepatitis C virus in Canada’s four most populous provinces [résumé d’affiche, CHC-P-014]. Dans : Canadian Liver Meeting, du 28 février au 1^{er} mars 2020, Montréal, Canada. Disponible au : <https://canlivj.utpjournals.press/doi/full/10.3138/canlivj.3.1.abst> (consulté en mars 2021).
- ²⁹ Agence de la santé publique du Canada. Modélisation de l’incidence et de la prévalence de l’hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007. Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d’urgence (2007). Disponible au : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/sti-its-surv-epi/model/pdf/model07-fra.pdf> (consulté en mars 2021).
- ³⁰ Gouvernement de la Saskatchewan. Élargissement des critères de remboursement des médicaments contre l’hépatite C aux patients (2017). Disponible au : <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2017/march/29/hep-c-drug-coverage> (consulté en mai 2021).

³¹ Brendan Jacka, Sarah Larney, Louisa Degenhardt, Naveed Janjua, Stine Høj, Mel Krajden, Jason Grebely et Julie Bruneau, 2020 : Prevalence of Injecting Drug Use and Coverage of Interventions to Prevent HIV and Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs in Canada. *American Journal of Public Health* 110, 45_50. Disponible au : [10.2105/AJPH.2019.305379](https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305379) (consulté en mars 2021).

³² Papamihali, K., Ng, J. et Buxton, J.A. (juillet 2020). Harm Reduction Strategies and Services Policy Indicators Report: Review of data to December 2019. Vancouver, BC. BC Centre for Disease Control. Disponible au : towardtheheart.com/assets/uploads/1596137863wb4SEZpOWVX8K6xLRMEK8tRS8rsSIEpMuOCHk4a.pdf (consulté en mars 2021).

³³ Direction générale de la santé de la population (août 2019). Programmes et services de réduction des méfaits en Saskatchewan (2018). Regina, SK. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. Disponible au : publications.saskatchewan.ca/api/v1/products/103023/formats/114177/download (consulté en mars 2021).

³⁴ Organisation mondiale de la Santé. Recommandations en matière d'immunisation, de vaccins et de produits biologiques – Hépatite B. Disponible au : <https://www.who.int/immunization/diseases/hepatitisB/en/> (consulté en mars 2021).

³⁵ Agence de la santé publique du Canada. Calendriers d'immunisation recommandés : Guide canadien d'immunisation. Disponible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-13-calendriers-immunisation-recommandes.html> (consulté en mars 2021).

³⁶ Mia J. Biondi, Alex Marchand Austin, Kirby Cronin, Natasha Nanwa, Vithusha Ravirajan, Erin Mandel, Lee W. Goneau, Tony Mazzulli, Hemant Shah, Camelia Capraru, Harry L.A. Janssen, Beate Sander, Jordan J. Feld. Prenatal hepatitis B screening, and hepatitis B burden among children, in Ontario: a descriptive study. *CMAJ*/Oct 2020, 192 (43) E1299-E1305; disponible au : [10.1503/cmaj.200290](https://doi.org/10.1503/cmaj.200290) (consulté en mars 2021).

³⁷ Agence de la santé publique du Canada. Tableau 1 : Calendriers provinciaux et territoriaux actuels d'immunisation contre le VHB et année de mise en place du programme de vaccination contre l'hépatite B : Guide canadien d'immunisation. Disponible au : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-7-vaccin-contre-hepatite-b.html#tab1> (consulté en mars 2021).

ACTION HEPATITIS CANADA



ACTION HÉPATITES CANADA

www.actionhepatitiscanada.ca