

La feuille de route du Québec



en matière d'élimination de l'hépatite C



Citation

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

Groupe de travail sur l'élimination de l'hépatite C au Québec. *Feuille de route du Québec pour l'élimination de l'hépatite C*. Montréal (Québec), 2026.

Cette publication est disponible en anglais et en français sur le site Web du Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC).

En français : <https://www.canhepc.ca/fr/initiatives-elimination-vhc>

En anglais : <https://www.canhepc.ca/en/hcv-elimination-initiatives>

Financement

Ce document n'aurait pu voir le jour sans la contribution financière de CanHepC, ICRIS, Abbvie, Gilead, CATIE, Patrimoine Canada et Centre du festin traditionnel de recherche autochtone sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Université McMaster.

Reconnaissance du territoire

Le Groupe de travail québécois pour l'élimination de l'hépatite C souhaite exprimer son profond respect envers le territoire sur lequel une grande partie de l'élaboration du présent document a eu lieu, soit Tiohtià:ke, territoire traditionnel non cédé de la nation Kanien'kehá:ka.

Nous tenons également à souligner que la surcriminalisation, l'institutionnalisation et la discrimination systémique dont sont victimes les peuples autochtones contribuent à accroître leur vulnérabilité à l'infection par le virus de l'hépatite C. Des actions soutenues sont nécessaires pour démanteler les structures d'oppression issues du colonialisme.

La réconciliation passe par une transformation réelle et durable de notre système de santé. Nous réaffirmons notre engagement à poser des gestes concrets en ce sens, afin d'assurer à chacun un accès équitable à des soins de santé empreints de dignité, exempts de toute forme de discrimination ou de préjugé.

Auteurs et collaborateurs

Comité directeur

Julie Bruneau, M.D., M. Sc., Chercheuse clinicienne, Service de médecine des toxicomanies, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ; Professeure, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal

Lorraine Fradette M. Sc., Directrice adjointe aux opérations, Réseau Canadien sur l'Hépatite C

Marina Klein, M.D., M. Sc., FRCPC, Chercheuse clinicienne, Programme en maladies infectieuses et immunité en santé mondiale, Institut de recherche du centre universitaire de santé de McGill ; Professeure, Département de médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill

Carrie Martin, B.A., B.S.W., Ph. D. (c), Chercheuse, Programme en maladies infectieuses et immunité en santé mondiale, Centre universitaire de santé de McGill ; Directrice exécutive, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke

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

Coordination

Yvette Mukaneza, Ph. D., Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Comité avisier

Joseph Cox, M.D., M.Sc., Chercheur clinicien, Programme en maladies infectieuses et immunité en santé mondiale, Institut de recherche du Centre universitaire de santé de McGill

Catherine De Montigny, M.D., Service de médecine des toxicomanies, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ; Chargée d'enseignement de clinique, Université de Montréal

Véronique Gagné, CISSS Laval, équipe milieu carcéral

Caroline Gélinas, ancienne directrice des opérations, Assemblée des Premières Nations Québec et Labrador

Christina Greenaway, M.D., FRCPC, M.Sc., chercheuse clinicienne, Centre d'épidémiologie clinique de l'Institut Lady Davis de recherche médicale; professeure agrégée de médecine, Université McGill, Division des maladies infectieuses et d'épidémiologie clinique

Nadine Kronfli, M.D., MPH, FRCPC, DTM&H, chercheuse clinicienne, Programme en maladies infectieuses et immunité en santé mondiale, Institut de recherche du Centre universitaire de santé de McGill

Stéphanie Laporte, coordonnatrice du programme national de mentorat en VIH et hépatites virales

Serge Maynard, chef de programme, Direction des affaires académiques, Institut universitaire SHERPA

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique, infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec

Jocelyne Parent, coordonnatrice du programme ECHO® CHUM hépatite C et problématiques des troubles de l'usage

Véronique Rankin, ancienne directrice générale, Wapikoni mobile

Cécile Rousseau, M.D., chercheuse clinicienne, Programme en réparation du cerveau et en neurosciences intégratives, Institut de recherche du Centre universitaire de santé de McGill

Caroline Thériault, agente de programme, Services aux Autochtones Canada

Comité avisier Autochtone

Anna Aude Caouette, coordonnatrice de projet, Réseau de réduction des méfaits pour les Autochtones noirs

Carrie Martin, B.A., B.S.W., Ph. D. (c), Chercheuse, Programme en maladies infectieuses et immunité en santé mondiale, Centre universitaire de santé de McGill ; Directrice exécutive, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke

Mike Standup, guérisseur et enseignant spirituel

Comité de rédaction

Thomas Delbano, Centre Associatif Polyvalent d'Aide à l'Hépatite C

Uyen Do, M. Sc., Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Blanche Du Sault, B. Sc., Services aux Autochtones Canada

Katuschia Germé, Ph. D., Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Ingrid Andreea Matei, M. Sc., Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Yvette Mukaneza, Ph. D., Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Sophie Wertheimer, Ph. D., Services de consultation en évaluation de programmes et en recherche communautaire

Réviseurs externes

Isabelle Boisvert, B.S., Responsable partenariats par et pour, Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives

Marie-Claude Forest, infirmière auxiliaire, Hépatites Ressources

Julie Girard, Directrice de l'observatoire des réalités autochtones urbaine, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Sonia Lamontagne, Conseillère en maladies infectieuses, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Suzanne Marcotte, BPharm, Clinique des infections virales chroniques, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Sarah Marcoux, M.D., CEC, Compétences avancées en médecine des toxicomanies, CUMF de Maria, Gaspésie

Dominic Martel, BPharm, M. Sc., Clinique des infections virales chroniques, Service d'hépatologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Valérie Martel-Laferrrière, M.D., M. Sc., FRCPC, microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Lavanya Narasiah, M.D., M. Sc., CCFP, chercheuse clinicienne, Hôpital général juif; professeure d'enseignement clinique, Faculté de médecine, Université McGill et Université de Sherbrooke

Pierre Parent, intervenant de proximité par et pour pour les personnes autochtones en situation d'itinérance

Rachel Therrien, BPharm., M. Sc., Clinique des infections virales chroniques, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Isabelle Thibeault, Inf., M. Sc., DESS, Coordinatrice réseau intégré régional VHC-VIH, Professeure associée de clinique, Université de Sherbrooke, Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Sean Yaphe, M.D., MPH, médecin en médecine familiale - Clinique L'Actuel, co-fondateur - Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke

Réviseurs-représentants des institutions

Karine Blouin, Ph.D., Conseillère scientifique spécialisée, Unités des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec ; Professeure associée, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Réjean Dion, M.D., médecin-conseil en santé publique, Institut national de santé publique du Québec ; professeur adjoint de clinique, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Zoë Greenwald, Ph.D. (c) M.Sc., Conseillère scientifique, Unités des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec

Patricia Hudson, M.D., M.P.H., Directrice scientifique, Direction des risques biologiques, Institut national de santé publique du Québec

Lynda Thibeault, M.D., CISSS de Lanaudière; médecin-conseil en santé publique, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec

Annick Trudelle, M.Sc., Conseillère scientifique, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Institut national de santé publique du Québec

Avertissement

Conformément à la Politique linguistique du gouvernement du Québec et aux recommandations de l'Office québécois de la langue française, le masculin générique est employé dans ce texte afin d'en faciliter la lecture. Il désigne toutes les personnes, sans distinction de genre.

Dans la mesure du possible, une démarche de consultation élargie a été privilégiée afin de solliciter la contribution d'un éventail diversifié et multidisciplinaire d'acteurs concernés. Les personnes réviseuses ont été invitées à formuler des commentaires sur la version préfinale du présent document; en conséquence, elles n'ont ni procédé à une révision du contenu final ni formellement endossé celui-ci.

Préambule

En 2019, le Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC) a publié le *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada*, un document de pistes d'actions conçu pour compléter le *Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang* de l'Agence de la santé publique du Canada. Le *Modèle directeur* fournit un menu d'activités, de bonnes pratiques et de recommandations fondées sur des données probantes pour soutenir les efforts du Canada dans l'atteinte des cibles d'élimination du VHC de l'Organisation mondiale de la santé d'ici 2030. Ce document a été créé dans le cadre d'un processus consultatif multipartite reflétant les priorités, recommandations et perspectives intersectorielles en matière de VHC au Canada.

Les soins de santé relevant principalement des provinces et territoires au Canada, depuis la publication du *Modèle directeur*, CanHepC soutient l'élaboration de feuilles de route régionales et provinciales afin d'orienter la mise en œuvre de plans d'élimination du VHC adaptés aux enjeux locaux. CanHepC a défini un cadre de développement pour ces feuilles de route et identifié des responsables régionaux et/ou provinciaux, incluant des membres du réseau préalablement impliqués dans le comité de rédaction du *Modèle directeur*, chargés d'en diriger l'élaboration. S'inscrivant dans cet effort, la feuille de route pour l'élimination du VHC au Québec a pour but de contextualiser le *Modèle directeur* à la réalité québécoise en tenant compte des facteurs, des enjeux et des catalyseurs spécifiques liés au contexte de l'élimination du VHC du Québec.

Table des matières

Reconnaissance du territoire	4
Auteurs et collaborateurs	5
Comité directeur	5
Coordination	5
Comité aviseur	5
Comité aviseur Autochtone	5
Comité de rédaction	6
Réviseurs externes	6
Réviseurs-représentants des institutions	6
Avertissement	7
Préambule	8
Sigles et acronymes	11
Glossaire	12
Introduction	13
Méthodologie	17
1. Sélection des thèmes prioritaires	18
Enjeux relatifs aux peuples autochtones	18
2. Processus de consultation	18
Entretiens individuels	19
Rencontre de groupes	19
Rencontre relatives aux réalités autochtones	20
Sondage	20
3. Revue de littérature	20
4. Élaboration des recommandations et des pistes d'action	21
5. Révision externe	21
6. Gestion de conflits d'intérêts	22

Recommandations transversales	23
Connaître	28
Mesurer	30
Prévenir	32
Dépister	33
Traiter et soutenir	37
Intégrer et collaborer	39
Interventions spécifiques	41
1. Les personnes utilisatrices de drogues	43
2. Les personnes qui ont une expérience d’incarcération	45
3. Les personnes gaies, bisexuelles, ou hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (GBHARSAH)	47
4. Les peuples autochtones	49
5. Les personnes qui ont une expérience migratoire	52
6. La cohorte de naissance 1945-1975	53
Conclusion	54
Références	56
Annexe 1	
Questions de recherche pour les consultations	62
Annexe 2	
Questions de recherche pour les consultations relatives aux peuples autochtones	67
Annexe 3	
Déclaration des conflits d’intérêts	69

Sigles et acronymes

AAD	Antiviraux à action directe	PNMVH	Programme national de mentorat sur le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites
ACCM	AIDS Community Care Montreal	PNSP	Programme national de santé publique
AIDQ	Association des intervenants en dépendance du Québec	PUD	Personnes utilisatrices de drogues
ARN	Acide ribonucléique	PUDI	Personnes utilisatrices de drogues par injection
ASPC	Agence de la santé publique du Canada	RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
CanHepC	Réseau canadien sur l'hépatite C	RSS	Région socio sanitaire
CAPAHC	Centre associatif polyvalent d'aide hépatite C	RVS	Réponse virologique soutenue
CATIE	Canadian AIDS treatment information exchange	SI-GMI	Système d'information et de gestion des maladies infectieuses
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	SurvUDI	Surveillance utilisateurs de drogues par injection
COVID-19	Coronavirus disease 2019	TAO	Traitement par agonistes opioïdes
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador	VHC	Virus de l'hépatite C
DSPublique	Directions de santé publique	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ECHO	Extension for community healthcare outcomes		
GBHARSAH	Gais, bisexuels ou hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes		
INESS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux		
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec		
IQSSS	Institut québécois de santé et de services sociaux		
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang		
MADO	Maladies à déclaration obligatoire		
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux		
OMS	Organisation mondiale de la santé		
PCAP	Propriété, contrôle, accès, possession		

Glossaire

Microélimination

La microélimination du virus de l'hépatite C est une approche stratégique visant à progresser vers l'élimination nationale par la mise en œuvre d'interventions ciblées. Elle consiste à éradiquer le VHC au sein de segments spécifiques de la population, notamment des groupes définis par des contextes particuliers, des régions géographiques, des sous-populations ou des cohortes d'âge (1,2).

Pairs navigateurs de la santé

Les pairs navigateurs de la santé sont des personnes ayant une expérience vécue similaire à celle des individus qu'ils accompagnent (p. ex. maladie chronique, usage de drogues, stigmatisation). Ils mobilisent leur savoir expérientiel pour faciliter la navigation dans le système de santé, améliorer l'accès aux soins, réduire les obstacles structurels et sociaux, et renforcer la littératie en santé (3).

Principes PCAP

Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations – plus connus sous le nom de PCAP® – affirment que les Premières Nations ont le contrôle des processus de collecte de données, et qu'elles possèdent et contrôlent la manière dont ces informations peuvent être utilisées (4).

Savoir expérientiel

Le savoir expérientiel désigne les connaissances acquises par réflexion sur l'expérience directe vécue, par l'engagement actif dans des situations concrètes, généralement en dehors ou en complément des savoirs théoriques ou académiques (5,6).

Syndémie

Une syndémie désigne l'interaction simultanée de maladies et de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux dont la synergie amplifie l'impact négatif sur la santé d'une population (7).



Introduction

Introduction

L'hépatite C est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC), un petit virus enveloppé à acide ribonucléique (ARN) (8–10). Le VHC est détectable dans différents liquides biologiques et peut donc se propager de diverses manières; toutefois, le mode de transmission le plus courant est par contact direct avec du sang infecté. La transmission par d'autres liquides corporels est rare (11,12). Environ une personne sur quatre parvient à éliminer spontanément le VHC (13). Dans le cas contraire, une infection au VHC non traitée peut devenir chronique et entraîner une détérioration progressive du foie, menant à la cirrhose, au cancer du foie, et pouvant conduire à des greffes d'organes ou même au décès (14–16). À noter qu'il n'existe pas encore de vaccin contre le VHC, mais les antiviraux à action directe (AAD) ont révolutionné la prise en charge du VHC, rendant le traitement court et efficace pour plus de 95 % des patients (17,18).

Au Québec, les principaux mécanismes de transmission du VHC incluent le partage de matériel pour l'injection, fumer ou inhaler les drogues, ainsi que, dans une moindre mesure, la réutilisation de matériel de tatouage ou de perçage non stérile (19). Le partage d'articles personnels tels que les brosses à dents, les rasoirs et les coupe-ongles, qui peuvent contenir des traces de sang, présente également un risque théorique de transmission (12,20). La transmission du VHC lors des relations sexuelles est possible en cas d'échange de sang, lors de relations sexuelles vaginales et anales non protégées provoquant des lésions et lors du partage de jouets sexuels (12,21). Le VHC peut également se transmettre à l'enfant pendant l'accouchement, bien que cela reste rare. Le dépistage systématique des donneurs de sang, d'organes ou de tissus depuis 1990 a rendu le risque de transmission du VHC par transfusion sanguine ou greffe d'organe pratiquement inexistant au Québec (12,20,22).

Il est important de noter que la transmission du VHC résulte de l'interaction de déterminants individuels, sociaux, environnementaux et structurels qui façonnent les conditions d'exposition au risque et font en sorte que certaines populations soient plus vulnérables à l'infection au VHC (23,24). Les vulnérabilités individuelles telles que les problèmes de santé mentale ou une faible connaissance des modes de transmission sont influencées par des contextes marqués par la pauvreté, la criminalisation des drogues, la stigmatisation et l'instabilité résidentielle, qui limitent l'accès à des services de prévention et de traitement. Parmi les populations à risque figurent les personnes utilisatrices de drogues (PUD), que ce soit actuellement ou dans le passé, les membres des communautés autochtones, les personnes ayant une expérience d'incarcération dans un établissement fédéral ou provincial, les personnes immigrantes originaires de

pays où le VHC est endémique, et les personnes gaies, bisexuelles ou hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (GBHARSAH) (23–26). Par ailleurs, on observe des taux élevés d'infection au VHC chez les personnes nées entre 1945 et 1975 (25), qui reflètent probablement une exposition antérieure à la mise en place de mesures généralisées de dépistage des dons de sang. Ces six groupes constituent les principales populations ciblées dans la lutte contre le VHC au Canada. Une personne peut présenter plusieurs facteurs de risque et il est courant que certains individus appartiennent à plus d'un groupe à risque.

Au Canada, l'infection chronique par le VHC demeure l'une des principales menaces en matière de santé publique. Elle est associée à la plus grande perte d'années de vie parmi toutes les infections (27,28) et représente l'une des principales indications de transplantation hépatique (29). Les coûts annuels liés aux soins de santé pour cette maladie pourraient même atteindre 260 millions de dollars d'ici 2032 (28). Malgré les avancées médicales, de nouveaux cas continuent d'émerger. En 2021, chaque jour, 22 personnes étaient nouvellement infectées par le VHC au Canada. On dénombrait ainsi 8 200 nouveaux cas de VHC déclarés, soit un taux de 21 cas par 100 000 personnes. Il convient de noter qu'environ 41% de personnes vivant avec une infection chronique au VHC n'ont jamais reçu de diagnostic (30,31). Au Québec, le taux d'incidence des cas déclarés de VHC était estimé à 9,4 par 100 000 personnes en 2021 (818 nouveaux cas) et 8,3 par 100 000 personnes en 2022 (722 nouveaux cas) (31). Le pourcentage de personnes n'ayant pas reçu de diagnostic pour le VHC était estimé à 46% en 2018 (32), un chiffre qui pourrait avoir augmenté en raison des ruptures de services en période de pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).

Il est également nécessaire de souligner l'existence de cas de réinfection qui ne sont pas recensés de façon centralisée au Canada ni au Québec. Bien que les AAD soient efficaces et qu'une guérison spontanée du VHC soit possible, celle-ci ne confère aucune immunité contre le virus. Une personne ayant été guérie peut ainsi contracter à nouveau l'infection si elle est exposée au VHC (33,34). Les données provenant de 38 études de cohortes internationales (dont 4 cohortes canadiennes) compilées dans une méta-analyse publiée en 2023 indiquent un taux global de réinfection de 4,13 cas par 100 personnes-années (Intervalle de confiance (IC) à 95% : 3,45 - 4,81) dans l'ensemble des populations à risque à savoir les personnes utilisatrices de drogues injectables (PUDI), les GBHARSAH, et les personnes en milieu carcéral (35). Cette même méta-analyse qui incluait des études dont la période d'observation se situait dans l'ère des AAD démontre que le taux de réinfection est plus élevé chez les GBHARSAH (7,37 cas / 100 personnes-années (IC 95% : 5,09–9,65), 9 études) comparativement aux PUDI (2,84 cas / 100 personnes-années (IC 95% : 2,19–3,50, 28 études) et aux personnes en milieu carcéral (7,23 cas / 100 personnes-années (IC 95% : 2,13–16,59, 2 études) (35), soulignant des limites dans les stratégies actuelles de prévention.

Le Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) entériné par les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi que le ministre fédéral de la Santé (36) s'inscrit dans la stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a pour but d'éliminer le VHC d'ici 2030 (37). La stratégie mondiale vise, entre autres, à réduire à 5 pour 100 000 personnes le taux d'incidence annuel de nouveaux cas, à atteindre un taux de 90% de personnes vivant avec le VHC diagnostiquées et de 80% de personnes guéries, ainsi qu'à réduire le nombre annuel de décès dus au VHC à 2 cas pour 100 000 personnes (37). À cet égard, le Québec n'a pas adopté le Cadre pancanadien et ne dispose pas encore de plan d'action pour atteindre les objectifs de l'OMS pour l'élimination du VHC d'ici 2030. Pourtant, l'élimination du VHC au Québec est possible si les efforts de prévention et de traitement sont renforcés. Cette démarche requiert une mobilisation concertée des autorités gouvernementales, des professionnels de la santé, des organismes communautaires ainsi que des populations les plus exposées. La *Feuille de route du Québec pour l'élimination du VHC* représente une occasion stratégique de fédérer ces acteurs autour de mesures concrètes, pouvant servir de fondement à un plan d'action provincial aligné sur les cibles de l'OMS.

Ce document s'adresse principalement aux décideurs du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), au personnel de l'Institut québécois de santé et de services sociaux (IQSSS), aux intervenants du réseau de la santé, aux organismes communautaires et aux membres des groupes à risque. Il inclut des pistes d'action élaborées à partir d'un processus consultatif impliquant des parties prenantes et experts actifs sur le terrain. Celles-ci s'appuient, en outre, sur des données probantes, lorsque disponibles, et s'articulent autour de pratiques éprouvées. Bien que l'infection par le VHC soit fréquemment observée en contexte de co-infection avec d'autres ITSS, le présent document se concentre spécifiquement sur les orientations liées au VHC. Ce choix vise à assurer une cohérence avec les cibles nationales et internationales en matière d'élimination, notamment celles établies par le *Modèle directeur* et l'OMS (23,37). En ciblant exclusivement le VHC, il devient possible de proposer des actions précises, comparables et mesurables, tout en reconnaissant l'importance d'une approche intégrée dans les interventions sur le terrain.



Méthodologie

Méthodologie

L'élaboration de cette feuille de route a été dirigée par un comité directeur composé de médecins, expertes scientifiques et représentantes communautaires, dont la D^{re} Julie Bruneau, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM); Lorraine Fradette MSc, Réseau Canadien sur l'Hépatite C (CanHepC); la D^{re} Marina Klein, institut de recherche du centre universitaire de santé McGill (IR-CUSM); Carrie Martin, BA, BSW, centre de santé autochtone de Tiohtià:ke; et Laurence Mersilian, centre associatif polyvalent d'aide hépatite C (CAPAHC).

1. Sélection des thèmes prioritaires

Un comité aviseur multidisciplinaire composé de 13 personnes recrutées parmi les membres de CanHepC et de CAPAHC, provenant de régions variées du Québec, a été mis sur pied afin d'orienter le processus d'élaboration de la feuille de route. Le comité regroupait des expertises complémentaires issues du milieu communautaire, de la santé publique, du système carcéral, du domaine de la toxicomanie et de l'immigration. Au total, 3 rencontres ont été tenues en mai, septembre et novembre 2022 afin de déterminer les sujets à aborder dans la feuille de route. En s'appuyant sur l'analyse des populations à risque et les mesures recommandées dans le *Modèle directeur canadien* (23), le comité aviseur a défini des thèmes prioritaires adaptés au contexte du Québec. Les thématiques et questions soulevées lors des réunions ont reçu l'approbation du comité directeur au cours d'une quatrième séance tenue en février 2023. Ces thèmes, organisés selon les groupes à risque, ont servi de base aux échanges menés tout au long du processus de consultation (voir Annexes).

Enjeux relatifs aux peuples autochtones

Conformément aux principes PCAP (Propriété, Contrôle, Accès, Possession), un comité aviseur indépendant composé de trois membres autochtones (une chercheuse, une personne possédant un savoir expérientiel et un guide spirituel) a déterminé les thèmes prioritaires ainsi que le processus de consultation relatif aux enjeux autochtones. Des questions spécifiques ont également été élaborées pour la rencontre destinée aux personnes détenant un savoir expérientiel (voir [Annexes](#)).

2. Processus de consultation

Au total, 131 experts multisectoriels du VHC, provenant des populations prioritaires ou œuvrant directement auprès de celles-ci, ont été consultés. Ceux-ci incluaient 27 per-

sonnes avec un savoir expérientiel, 45 professionnels de la santé (médecins, infirmiers et infirmières, pharmaciens), 33 intervenants communautaires, 23 gestionnaires en santé et 16 chercheurs. La consultation s'est échelonnée de 2023 à 2024. Différentes méthodes ont été utilisées afin de recueillir à la fois des savoirs scientifiques et expérientiels.

Entretiens individuels

Dix-huit entretiens individuels ont été réalisés avec des chercheurs et des professionnels de la santé, ainsi qu'avec des représentants d'organisations communautaires et gouvernementales, à savoir la communauté de pratique médicale en dépendance, le programme national de mentorat sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites – PNMVH, l'IQSSS (regroupant les anciens instituts : l'Institut national de la santé publique du Québec [INSPQ] et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]), l'Association des intervenants en dépendance du Québec – AIDQ, et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador – CSSSPNQL.

Rencontre de groupes

Des discussions de groupe ont été organisées pour recueillir des points de vue complémentaires.

- Deux rencontres avec le comité provincial sur la détention ont rassemblé 16 participants, dont des prestataires de soins de santé, des gestionnaires en milieu carcéral et des représentants d'organisations autochtones.
- Une réunion a eu lieu avec *AIDS Community Care Montreal (ACCM)*, une organisation communautaire active dans le domaine du VIH et de la santé sexuelle. Cinq membres de l'organisme étaient présents à la séance, parmi lesquels figuraient des personnes avec un savoir expérientiel ainsi que des membres autochtones.
- Une rencontre pancanadienne pour l'élimination du VHC a été organisée par CATIE (*Canadian AIDS treatment information exchange* – la source canadienne d'information sur le VIH et le VHC), CanHepC et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ce rassemblement a réuni 8 intervenants, dont 3 membres du comité directeur de la *Feuille de route*, deux chercheurs experts, une conseillère experte de l'INSPQ, un intervenant communautaire auprès de CACTUS, et un médecin conseiller auprès du CSSSPNQL.

Rencontres relatives aux réalités autochtones

Les rencontres relatives aux enjeux autochtones ont été dirigées par les membres du comité aviseur autochtone. Trois rencontres consultatives ont eu lieu aux mois de mai et juin 2023. Les rencontres 1 et 3, qui se sont déroulées en ligne, étaient ouvertes à tous,

incluant 9 personnes autochtones avec un savoir expérientiel, 9 représentants d'organismes autochtones (Projets autochtones du Québec, Centre de santé autochtone de Tio'tià : ke, Femmes autochtones du Québec, CSSSPNQL), 14 professionnels de la santé, 5 chercheurs et 5 personnes issues du milieu administratif. La deuxième rencontre s'est tenue en personne sous forme de cercle de parole et était réservée aux personnes ayant un savoir expérientiel du VHC, réunissant 20 membres de communautés autochtones. Chaque rencontre comprenait une prière d'ouverture, des mots de bienvenue, une reconnaissance du territoire et une prière de clôture. Une interprétation simultanée en anglais, en français et en inuktitut était offerte afin de favoriser la participation. Un document bilingue (français-anglais) énonçant les termes de référence a été transmis aux participants avant la rencontre, fournissant des orientations et des informations.

Sondage

Une mobilisation professionnelle plus large a été obtenue grâce à un sondage ciblé rempli par 27 membres du programme ECHO® (Extension for Community Healthcare Outcomes) du CHUM, portant sur le VHC et les troubles liés à l'usage de substances. Les répondants comprenaient 12 infirmiers et infirmières, 5 intervenants communautaires, 5 médecins, 1 pharmacien, 1 gestionnaire de programme et 1 psychoéducateur.

3. Revue de littérature

Une revue de littérature de type narrative a été réalisée par un comité de rédaction constitué de cinq scientifiques afin de répondre spécifiquement aux questions et enjeux soulevés lors des consultations. Ce type de revue est jugé approprié pour répondre aux sujets complexes de la santé publique (38). Une recherche documentaire non systématique d'études scientifiques évaluées par les pairs a été effectuée dans la base de données MEDLINE. Cette recherche a inclus des publications en anglais et en français jusqu'en juillet 2025. Une exploration des références bibliographiques des articles a également été réalisée, de même qu'une recherche dans la littérature grise. Conformément aux principes d'une revue narrative, les articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence pour étayer les informations recueillies lors des consultations.

L'objectif de cette revue était de présenter l'état actuel des connaissances scientifiques sur les différents thèmes abordés dans la *Feuille de route*, en tenant compte des perspectives des communautés et des acteurs concernés.

4. Élaboration des recommandations et des pistes d'action

Le processus de formulation de recommandations transversales, c'est-à-dire applicables à l'ensemble de la population, comprenait trois étapes clés. En premier lieu, le comité de rédaction a procédé à l'analyse des données recueillies lors des consultations et de la revue de littérature, dressant une synthèse des besoins exprimés par différentes communautés et des acteurs concernés à chaque palier de la cascade de soins. Ensuite, en collaboration avec le comité aviseur, le comité de rédaction a identifié des points de convergence et les synergies entre les communautés touchées afin de dégager une compréhension intégrée des enjeux transversaux et de mettre en évidence les opportunités de collaboration. Enfin, sur la base des synergies observées, douze priorités stratégiques ont été définies en vue de l'élimination du VHC. Chaque priorité a été assortie d'actions concrètes visant à faciliter la mise en œuvre. Le comité directeur a validé l'ensemble du processus, assurant la rigueur scientifique et la pertinence des recommandations formulées.

Dans une optique de micro-élimination, des pistes d'action spécifiques ont également été formulées pour chacun des groupes prioritaires identifiés afin de mettre en évidence les défis particuliers, les déterminants structurels ainsi que les réalités sociales et culturelles propres à chaque groupe.

5. Révision externe

La Feuille de route a été soumise à une révision formelle par un comité externe multidisciplinaire composé de 20 personnes, incluant des médecins, des pharmaciens, des infirmiers et infirmières, des chercheurs, des intervenants communautaires, des décideurs en politiques publiques de santé, ainsi que des personnes détenant un savoir expérientiel. Ce processus de révision s'est déroulé en deux phases distinctes :

- *Premier tour de révision* : Mené entre le 13 janvier et le 3 février 2025, ce premier tour impliquait des intervenants directement engagés dans les milieux concernés. Il s'est appuyé sur un sondage en ligne visant à évaluer les objectifs, la clarté et l'applicabilité de la *Feuille de route*. Les évaluateurs ont également été invités à juger de la pertinence de chaque recommandation et à formuler des commentaires qualitatifs.
- *Deuxième tour de révision* : Ce second tour, entre le 9 août et le 21 septembre 2025, a mobilisé des organismes clés dans le développement des politiques publiques et dans la mise en œuvre des recommandations de la *Feuille de route*,

notamment l'INSPQ devenu IQSSS, le regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ), ainsi que la régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN).

Le comité de rédaction a procédé à la collecte et à l'analyse de l'ensemble des commentaires formulés lors des deux tours de révision. Le document d'orientation a été ajusté en conséquence. Les recommandations jugées inappropriées ont été soumises à des discussions avec le comité directeur. Des modifications ont été apportées lorsque les observations des évaluateurs mettaient en évidence de nouvelles données probantes ou des justifications pertinentes, permettant ainsi d'améliorer la rigueur et la validité des recommandations proposées.

6. Gestion de conflits d'intérêts

Les membres du comité directeur et du comité de rédaction ont complété un formulaire standardisé et adapté de déclaration d'intérêts. Ce processus visait à assurer la transparence en matière de conflits d'intérêts potentiels.



Recommandations transversales

Recommandations transversales

L'élimination du VHC au Québec constitue un objectif réaliste, porteur de retombées positives tant pour les personnes concernées et leurs communautés que pour l'ensemble du système de santé. Dans cette optique, douze recommandations transversales, jugées prioritaires par les personnes consultées sur le terrain, ont été formulées afin d'orienter les actions nécessaires à l'atteinte de cet objectif. Elles sont organisées autour de sept axes d'intervention essentiels pour éliminer le VHC : connaître, mesurer, prévenir, dépister, traiter, soutenir, intégrer et collaborer.

Ces recommandations visent à adapter les mesures prévues dans le *Modèle directeur* de 2019 au contexte québécois. Elles s'appuient sur des cibles mesurables pour 2030 alignées sur celles du *Modèle directeur* (23) et de l'OMS (lorsque disponibles) (37), permettant ainsi de comparer les progrès réalisés au Québec avec ceux du reste du Canada et d'autres pays.

TABLEAU 1

Objectifs et cibles pour l'élimination du VHC au Québec

Recommandations	Indicateurs d'impact et de couverture – Cibles pour 2030
Connaître	
1 Promouvoir la diffusion des connaissances générales sur le VHC, y compris les traitements simplifiés, auprès de l'ensemble des publics concernés. 2 Promouvoir, implanter et institutionnaliser les meilleures pratiques de projets en cours ou achevés au Québec.	Réduire à $\leq 10\%$ le pourcentage des personnes vivant avec le VHC victimes de stigmatisation et discrimination
Mesurer	
3 Renforcer les capacités de suivi et de surveillance du VHC en harmonisant la collecte de données.	100 % des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux ayant mis en place le Dossier Clinique Informatisé. Mise à jour annuelle de la cohorte populationnelle des personnes à risque et vivant avec le VHC à partir des données administratives accessibles en temps réel. Mise en place de protocoles de surveillance avancés intégrant des bases de données administratives, des liens avec des données individuelles anonymisées (cohortes, dossiers médicaux informatisés) ainsi que des outils de modélisation, avec une mise à jour annuelle. Identification démographique des sous-groupes cliniques, notamment les populations autochtones et les communautés immigrantes.

Recommandations	Indicateurs d'impact et de couverture – Cibles pour 2030
Prévenir	
4 Soutenir et financer la mise en place de programmes de prévention du VHC faits sur mesure par et pour les communautés touchées.	750 seringues et aiguilles/PUDI/année. ≥ 60 % de PUDIs recevant le TAO^a. ≥50 % de PUDIs rejoints/ site de consommation supervisé dans un rayon de 1 km^b.
Dépister	
5 Instaurer le dépistage universel du VHC pour les personnes nées entre 1945 et 1975, et mettre en place le dépistage systématique dans le cadre du suivi prénatal de chaque grossesse.	
6 Élargir le groupe d'intervenants, au-delà des travailleurs de la santé, pouvant administrer des tests rapides de détection d'anticorps anti-VHC et communiquer le résultat.	90 % de personnes vivant avec le VHC sont diagnostiquées et ont reçu un dépistage pour confirmer l'infection active. 100 % de personnes nées entre 1945 et 1975 vivant avec le VHC sont diagnostiquées et ont reçu un dépistage pour confirmer l'infection active.
7 Systématiser l'utilisation du test réflexe afin que la détection de l'ARN du VHC soit automatiquement effectuée lorsqu'un test des anticorps anti-VHC est positif.	100 % de femmes enceintes vivant avec le VHC sont diagnostiquées et ont reçu un dépistage pour confirmer l'infection active 100 % des personnes ayant reçu un résultat positif au dépistage d'anticorps ont reçu un dépistage d'ARN du VHC.
8 Optimiser le dépistage en adoptant de nouvelles épreuves de laboratoire réalisables en point de service	

Recommandations	Indicateurs d'impact et de couverture – Cibles pour 2030
-----------------	--

Traiter et soutenir

9 Renforcer la prise en charge du VHC en élargissant le nombre et la diversité des professionnels de première ligne impliqués, et en favorisant des approches novatrices de partage des tâches.	90 % des personnes diagnostiquées sont arrimées à un fournisseur de soins qui s'y connaît en VHC. 80 % des personnes vivant avec le VHC ont amorcé un traitement d'AAD.
10 Intégrer la prise en charge du VHC dans les programmes de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance.	95 % d'achèvement du traitement avec 85 % de RVS documentées.

Intégrer et collaborer

11 Placer les personnes et les communautés concernées au cœur de la réponse au VHC, en reconnaissant leur rôle central dans la prise en charge et l'élaboration des interventions.	Création de 2 postes permanents pour personnes avec savoir expérientiel au sein de l'instance en charge de la prévention et de la réduction des ITSS au Québec (autrefois INSPQ).
12 Faire de la lutte contre le VHC une priorité stratégique et allouer des ressources nécessaires pour la mise en œuvre des pistes d'action identifiées.	Élimination du VHC • Nombre annuel de décès dus au VHC : 2 pour 100 000 personnes • Nombre annuel de nouvelles infections par le VHC : 5 pour 100 000 personnes • Nombre annuel de nouvelles infections par les VHC chez les PUDIs : 2 %

Abréviations : AAD : antiviraux à action directe, ARN : acide ribonucléique, ITSS : infections transmissibles sexuellement et par le sang, INSPQ : Institut nationale de santé publique du Québec, PUDI : personne utilisatrice de drogues par injection, RVS : réponse virologique soutenue, TAO : traitement par agonistes opioïdes, VHC : virus de l'hépatite C. ^a La cible a été révisée à la hausse à la lumière de deux études publiées en 2023. Celles-ci montrent, d'une part, que la couverture de 40 % a un impact limité sur l'atteinte des objectifs d'élimination du VHC (39), et d'autre part, que la population montréalaise affichait déjà une forte couverture en TAO, atteignant 54 % en 2018 (40). ^b Nouvelle cible appuyée par des études au Québec et au Canada, montrant qu'un accès à des programmes d'échange de seringues et à des sites supervisés dans un rayon de moins de 1 km réduit les comportements à risque et les surdoses mortelles (41–43).

Connaître

Recommandation 1

Promouvoir la diffusion des connaissances générales sur le VHC, y compris les traitements simplifiés, auprès de l'ensemble des publics concernés

En 2018, une analyse regroupant 19 études a révélé que tant les professionnels de la santé que la population canadienne présentent des lacunes dans leur compréhension de la transmission et des facteurs de risque liés au VHC (44). Les experts consultés pour cette feuille de route ont mis en évidence des lacunes persistantes au Québec, soulignant que la lutte contre le VHC doit reposer sur une diffusion efficace des connaissances fondamentales sur la maladie auprès d'un large public. Cela inclut les acteurs politiques, les décideurs, les autorités de santé publique provinciales (MSSS) et régionales (directions de santé publique [DSPublique]), les professionnels de la santé,

les intervenants communautaires, les communautés concernées et la population générale. Pour maximiser l'impact, l'information doit être adaptée à chaque groupe cible et diffusée par des canaux de communication appropriés.

Outre la transmission et la prévention, il faut préciser que le traitement du VHC s'est grandement simplifié grâce aux AAD ces dernières années et est désormais à la portée des cliniciens de première ligne. Éduquer sur le VHC contribuera à réduire la stigmatisation qui entoure cette maladie et qui représente un frein important à la prise en charge des personnes.

Pistes d'action

- | | |
|-----------------|--|
| Action 1 | Travailler avec des firmes spécialisées, le MSSS et l'IQSSS pour développer des campagnes éducatives sur le VHC, qui sont faites sur mesure pour interpeller différents publics. |
| Action 2 | Former les intervenants en contact avec les personnes et les communautés touchées sur les connaissances de base sur le VHC. |
| Action 3 | Utiliser les canaux et outils de communication destinés aux professionnels de la santé pour diffuser les informations de base sur le VHC et son traitement. |

Connaître

Recommandation 2

Promouvoir, implanter et institutionnaliser les meilleures pratiques de projets en cours ou achevés au Québec

Le Québec est riche en projets de recherche sur le VHC, couvrant divers aspects comme l'épidémiologie du virus et la recherche de stratégies novatrices pour atteindre les communautés touchées (45,46). Ces projets de recherche sont une source précieuse d'informations et de stratégies régionales. Ils offrent aussi d'excellents modèles de réseaux pour la concertation multidisciplinaire au niveau provincial. Le milieu communautaire est une autre source de stratégies novatrices en incluant des personnes avec un savoir expérientiel dans les initiatives qui leur sont destinées. Cette approche facilite leur engagement et leur

soutien. Ces communautés ou organismes livrent des services à bas seuil d'accessibilité, supprimant les barrières et atteignant de nombreuses personnes pour les réintégrer dans un cadre de soins sensible et sécuritaire.

Bien que nombreuses, les initiatives provinciales dépendent de financements limités et non renouvelables, restreignant ainsi la diffusion des bonnes pratiques. Le défi est de pérenniser ces projets et de partager les leçons à l'échelle provinciale.

Pistes d'action

- | | |
|-----------------|---|
| Action 4 | Réunir les acteurs clés, dont les autorités de santé publique, afin de définir une stratégie de déploiement à grande échelle de pratiques innovantes fondées sur des preuves dans diverses régions et communautés. |
| Action 5 | Organiser des visites de terrain interrégionales pour encourager l'apprentissage sur place et l'adaptation d'initiatives efficaces. |
| Action 6 | Utiliser des pratiques standard et des méthodologies provenant des sciences de la mise en œuvre pour proposer des solutions, faciliter le transfert de connaissances et soutenir le déploiement de programmes dans différents contextes (47). |

Mesurer

Recommandation 3

Renforcer les capacités de suivi et de surveillance du VHC en harmonisant la collecte de données

Les données de surveillance de santé publique permettent d'identifier les personnes touchées par le VHC et leur accès à la cascade des services. Un portrait précis de personnes à chaque palier de la cascade et par région est essentiel pour répondre efficacement à leurs besoins.

Les données de surveillance provinciales du Québec incluent celles enregistrées dans le système d'information et de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI) pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Le VHC est une MADO par les médecins et les laboratoires de biologie médicale aux autorités de santé publique régionales, tel que stipulé par la Loi sur la santé publique et ses règlements (48). Les déclarations de cas sont enregistrées comme nouveaux épisodes dans le SI-GMI, classés comme cas aigus ou récents et non précisés; les enregistrements de ces épisodes contiennent certains renseignements démographiques de base, tels que l'âge, le sexe et le lieu de résidence, permettant d'analyser les données selon les caractéristiques descriptives en termes de temps, lieu et personne. En revanche, elles n'incluent pas nécessairement d'autres renseignements pertinents comme l'ethnicité, le statut d'immigration, l'orientation sexuelle, ou l'identité de genre de la personne, ni les expositions et facteurs de risque. Les cas déclarés du VHC ne sont d'ailleurs pas forcément enquêtés par les DSpublique régionales, pour des raisons de ressources humaines disponibles et de priorités par rapport à d'autres MADO.

Les données administratives de la Régie d'assurance maladie du Québec offrent un aperçu du nombre de traitements administrés pour le VHC par le système de santé public auprès des patients inscrits. Toutefois, ces données ne tiennent pas compte des traitements pris en charge par des régimes d'assurance privés, des programmes d'accès compassionnel des compagnies pharmaceutiques, du programme fédéral des services de santé non assurés qui couvre les membres admissibles des communautés Inuit ou des Premières Nations, ni du programme fédéral de santé intérimaire destiné aux nouveaux arrivants et réfugiés. Ces diverses sources de données sont gérées par différentes entités au niveau provincial, régional, ou commercial. Elles ne sont pas centralisées et elles n'ont pas été développées pour saisir les spécificités du VHC.

Le portrait du Québec s'appuie aussi notamment sur des enquêtes populationnelles et des études de cohortes qui fournissent des données partielles sur l'impact du VHC dans la province. Par exemple, les études de cohorte telles que la Cohorte hépatite C et la Cohorte canadienne de co-infection sont principalement menées dans les grands centres urbains, ce qui limite la représentativité de leurs résultats pour l'ensemble de la population (45,49). En outre, le Québec dispose du réseau SurvUDI, un système de surveillance sentinelle performant auprès des PUDI. Initialement implantée dans huit régions socio-sanitaires (RSS) du Québec, seule la région de Montréal poursuit actuellement la collecte de données (50).

Pistes d'action

- Action 7** Recueillir des données démographiques supplémentaires incluant l'ethnicité, le statut d'immigration et les facteurs de risque sur les nouveaux cas du VHC déclarés dans le SI-GMI afin de mieux caractériser les populations à risque élevé.
- Action 8** Créer un comité collaboratif pour les données sur le VHC, qui rassemble des représentants des diverses instances impliquées dans la collecte et l'utilisation de données, pour :
- Évaluer et harmoniser les sources de données existantes afin d'améliorer la précision du portrait du VHC au Québec ;
 - Superviser les ententes de partage pour l'accès aux données harmonisées ;
 - Définir les questions de recherche prioritaires et élaborer les devis de recherche appropriés.

Prévenir

Recommandation 4

Soutenir la mise en place de programmes de prévention du VHC faits sur mesure par et pour les communautés touchées

La transmission du VHC n'est pas un simple phénomène biologique d'échange de fluides corporels. Les nouvelles infections au Québec sont majoritairement liées au partage de matériel d'injection chez les PUDI (19,51). La transmission s'inscrit cependant dans un contexte beaucoup plus large de dynamiques interpersonnelles, qui sont elles-mêmes façonnées par des enjeux socio-économiques, de genre, culturels et politiques complexes. À cet égard, les communautés affectées par le VHC, de même que les organismes qui leur offrent des services, sont les mieux placés pour comprendre les facteurs de risque associés à

l'infection et les stratégies efficaces de prévention. Il est donc essentiel de collaborer étroitement avec les publics cibles concernés afin de leur fournir l'information et les outils nécessaires, tout en leur laissant la latitude de déterminer les modalités les plus appropriées pour leur diffusion.

Pour optimiser les efforts de prévention, il est crucial de souligner que des individus peuvent faire partie de plusieurs communautés. Il faut ainsi favoriser les échanges entre les différents secteurs afin de promouvoir les meilleures pratiques.

Pistes d'action

- | | |
|------------------|--|
| Action 9 | Offrir des programmes de réduction des méfaits pour rejoindre et combler les besoins des personnes utilisatrices de drogues partout au Québec. |
| Action 10 | Évaluer l'efficacité du traitement du VHC comme outil de prévention. |
| Action 11 | Appuyer le développement des programmes de prévention accessibles et répondant aux besoins spécifiques de toutes les communautés concernées. |
| Action 12 | Reconnaître les valeurs et principes communs qui orientent les actions des communautés, ainsi que l'importance d'une approche intersectorielle favorisant la collaboration entre les différents acteurs et actrices. |

Dépister

Recommandation 5

Instaurer le dépistage universel du VHC pour les personnes nées entre 1945 et 1975, et mettre en place le dépistage systématique dans le cadre de suivi prénatal de chaque grossesse

Au Canada, on estime que 25 % des personnes ayant contracté le VHC ignorent leur statut (31). Les personnes nées entre 1945 et 1975 constituent le groupe le plus susceptible de ne pas être diagnostiqué, les données estimant qu'environ 70 % des membres de cette cohorte n'ont jamais été testés pour le VHC (25,52). Au Québec, la stratégie de dépistage du VHC demeure fondée sur l'identification des facteurs de risque individuels. Or, cette approche peut entraîner un sous-dépistage lorsque ces facteurs ne sont pas systématiquement évalués, lorsque l'exposition est ancienne et oubliée, ou lorsque les personnes préfèrent ne pas la révéler par crainte de stigmatisation ou de répercussions. Les efforts d'élimination devraient ainsi s'accompagner de campagnes de dépistage universel chez les personnes nées entre 1945 et 1975 et d'un dépistage systématique des personnes enceintes afin de rejoindre plus d'individus.

Le dépistage du VHC pourrait être intégré aux processus qui existent déjà, tels que celui des ITSS recommandé lors du suivi de grossesse. Cette approche

éviterait des étapes supplémentaires pour les personnes concernées et les professionnels. Combiner le dépistage du VHC avec d'autres campagnes, comme la vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B, la grippe et la COVID-19, les infections invasives à pneumocoque ou le dépistage des cancers, représenterait un autre exemple de stratégie permettant de rejoindre les personnes en maximisant l'utilisation de ressources et d'opportunités existantes. Il est également important de faciliter le dépistage communautaire pour atteindre les personnes qui sont plus éloignées des services de santé.

À noter que, même en contexte de dépistage universel, celui-ci doit se faire dans une perspective de prise de décision éclairée. Les informations touchant les impacts positifs et négatifs liés à un résultat positif au dépistage devraient être standardisées et bien documentées. Au-delà de l'accès au traitement du VHC et d'autres éléments préventifs, l'information doit inclure des modalités de soutien quant aux enjeux sociaux et légaux qu'un diagnostic pourrait engendrer.

Pistes d'action

Action 13 Intégrer le dépistage du VHC à chaque grossesse et, au moins une fois dans la vie, pour les personnes nées entre 1945 et 1975, en incluant cette recommandation dans la fiche de prévention clinique du Collège des médecins du Québec..

Action 14 Conduire des projets pilotes d'intégration du dépistage du VHC dans d'autres campagnes de promotion de la santé et de prévention ciblant les personnes nées entre 1945 et 1975, évaluer leur efficacité et les déployer à plus grande échelle lorsque approprié.

Dépister

Recommandation 6

Élargir le groupe d'intervenants, au-delà des travailleurs de la santé, pouvant administrer des tests rapides de détection d'anticorps anti-VHC et communiquer le résultat

Le dépistage est un élément essentiel dans la gestion du VHC et l'accès aux services appropriés. Une personne non informée de son statut n'accèdera pas aux étapes suivantes des soins et peut ne pas adopter les mesures pour prévenir la transmission du VHC, si nécessaire. Au Québec, la prescription et l'interprétation d'analyses en laboratoire d'un échantillon sanguin pour le dépistage des ITSS par ponction veineuse sont des actes réservés aux médecins et aux infirmiers et infirmières (53). De plus, à l'heure où ce texte est rédigé, les trousses de dépistage rapide au point de service approuvées par Santé Canada sont encore utilisées uniquement dans le cadre de projets de recherche ou d'activités ponctuelles (54). En particulier, le test rapide de l'anticorps pour le VHC par goutte de sang séché ne peut pas être utilisé en milieu communautaire en l'absence d'un professionnel de la santé, contrairement aux pratiques autorisées dans toutes les autres provinces canadiennes (55).

Autoriser et former les pharmaciens, les intervenants communautaires, les travailleurs sociaux ainsi que les pairs aidants à réaliser des tests rapides de détection des anticorps anti-VHC permettrait d'augmenter de manière significative l'offre de dépistage sur l'ensemble du territoire québécois. Ces intervenants communautaires et pairs aidants entretiennent des liens de confiance étroits avec les populations qu'ils desservent, ce qui facilite l'accompagnement des personnes éloignées du système de santé.

Bien que la simplicité des tests rapides rende cette mesure envisageable, la mise en place de programmes de formation rigoureux et de mécanismes d'assurance qualité est essentielle afin de garantir leur fiabilité et efficacité.

Pistes d'action

- | | |
|------------------|---|
| Action 15 | Changer la politique entourant le dépistage du VHC afin d'élargir l'offre de services en augmentant la liste des prestataires de services qui peuvent offrir et administrer le dépistage. |
| Action 16 | S'assurer de la gratuité des tests de dépistage du VHC dans tous les milieux (organismes communautaires, pharmacies, cliniques médicales) et mettre en place des mécanismes de financement pour soutenir des programmes de dépistage communautaire. |
| Action 17 | Mettre en place un mécanisme de déclaration des nouveaux cas de VHC détectés en milieu communautaire et veiller à leur intégration dans le système de surveillance existant. |

Dépister

Recommandation 7

Systématiser l'utilisation du test réflexe afin que la détection de l'ARN du VHC soit automatiquement effectuée lorsqu'un test des anticorps anti-VHC est positif

Au Canada, les données indiquent que seulement 70 % à 85 % des personnes ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage des anticorps contre le VHC réalisent ensuite un test de confirmation (56,57). Et pour cause, la multiplicité des rendez-vous nécessaires pour confirmer une infection active par le VHC constitue un obstacle majeur au diagnostic, notamment en raison de barrières linguistiques chez les personnes immigrantes, du transfert incomplet des résultats en milieu carcéral ou de la difficulté à joindre les personnes sans téléphone ou adresse fixe (58). En combinant la détection de l'anti-VHC et de l'ARN du VHC, ce dernier test réflexe diminue le nombre de prélèvements et de rendez-vous requis, et par conséquent le temps d'attente entre un résultat positif et l'accès potentiel au traitement.

Systématiser le test de détection d'ARN du VHC à la suite d'un résultat anti-VHC positif s'avère donc une stratégie potentiellement efficace dans les efforts d'élimination du VHC.

La pandémie de la COVID-19 a entraîné une décentralisation des laboratoires d'analyse et le déploiement d'appareils diagnostiques pouvant être appliqués au dépistage du VHC. Bien que leur utilisation nécessite des ressources pour assurer une formation adéquate des utilisateurs, un meilleur accès à ces technologies en région plus éloignée réduirait considérablement les délais d'attente pour les résultats, permettant ainsi une prise en charge plus rapide en cas de résultat positif.

Pistes d'action

Action 18 Systématiser le test réflexe de détection de l'ARN du VHC pour tout test anti-VHC positif.

Action 19 Standardiser l'inclusion du test de détection de l'ARN du VHC dans les protocoles de demande d'expertise acheminés au Centre de répartition des demandes de services.

Action 20 Optimiser l'utilisation des appareils de test de détection d'ARN déployés à la grandeur de la province en réponse à la pandémie de la COVID-19.

Dépister

Recommandation 8

Optimiser le dépistage en adoptant de nouvelles épreuves réalisables au point de service

Les dernières années ont connu des développements importants en ce qui concerne les épreuves de dépistage réalisables en point de service (54).

- La collecte de gouttes de sang séché est une technique peu invasive réalisable au point de service, qui consiste à prélever une petite quantité de sang par piqûre au doigt, puis à la déposer sur un papier filtre spécialisé. Une fois séché, l'échantillon reste stable pendant plusieurs jours, ce qui permet un transport sécurisé vers un laboratoire pour analyse. Cette méthode est particulièrement avantageuse dans les régions éloignées ou rurales, où l'accès à la collecte sanguine veineuse conventionnelle peut être limité (59,60).
- Le dépistage rapide par détection des anticorps anti-VHC au point de service permet d'obtenir un résultat rapide en seulement une minute (54,61).
- Le dépistage rapide du VHC par détection de l'ARN permet de confirmer une infection active après un test positif de dépistage des anticorps en seulement 60 minutes à partir d'un échantillon de sang prélevé par piqûre de doigt (54,62).

Pistes d'action

Action 21 Évaluer les tests rapides de dépistage du VHC homologués par Santé Canada (61,62), en analysant leurs coûts et leur potentiel à lever les obstacles d'accès pour les populations actuellement mal desservies.

Action 22 Utiliser les résultats d'une analyse de coût-efficacité pour éclairer quelles épreuves de laboratoires devraient être rendues disponibles et dans quels contextes d'application appropriés, puis assurer leur déploiement selon des modalités adaptées.

Traiter et soutenir

Recommandation 9

Renforcer la prise en charge du VHC en élargissant le nombre et la diversité des professionnels de première ligne impliqués, et en favorisant des approches novatrices de partage des tâches

Les recherches démontrent que la décentralisation de la prise en charge du VHC est efficace et contribue à réduire les barrières d'accès aux soins (63,64). Conformément à ces constats, les parties prenantes consultées ont souligné que l'implication des professionnels des soins primaires, en particulier les médecins de famille et les infirmiers et infirmières praticiens, est essentielle pour éliminer le VHC et atteindre les populations mal desservies. Les pharmaciens jouent aussi un rôle clé, notamment dans l'initiation et le suivi du traitement, ainsi que dans le soutien au dépistage et à la prévention grâce à l'éducation des patients et à la distribution de matériel éducationnel.

Les consultations ont, en outre, mis en évidence des lacunes dans les cursus académiques et professionnels. Une meilleure intégration du VHC et des autres

ITSS - en tenant compte des réalités des populations les plus touchées - dans les programmes de médecine, de sciences infirmières, de travail social, de pharmacie et de techniques paramédicales permettrait d'harmoniser les connaissances de base. Compte tenu de la charge de travail élevée des soignants de première ligne, il est essentiel de faciliter l'accès à l'information en intégrant le VHC dans les outils et les flux de travail existants. Par ailleurs, une importante part de la formation continue repose sur des initiatives informelles entre pairs, souvent non rémunérées. Structurer et soutenir ces efforts renforcerait un volet essentiel, mais sous-valorisé, du développement professionnel.

Pistes d'action

- | | |
|------------------|---|
| Action 23 | Mettre en valeur les possibilités de formation et d'éducation existantes pour accroître leur portée et leur public, telles que le programme ECHO® CHUM sur le VHC et les problématiques des troubles de l'usage, le PNMVH, et les formations de l'IQSSS (autrefois INSPQ) et de l' <i>International Network on Health and Hepatitis in Substance Users</i> adaptées pour le Canada. |
| Action 24 | Explorer les possibilités de collaboration et de corridor de services entre les différents regroupements professionnels, tels que la Fédération des omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Association des infirmières praticiennes spécialisées. |
| Action 25 | Développer un programme de formation et de mentorat qui faciliterait l'accès à l'information et au soutien des praticiens moins expérimentés dans leur apprentissage du traitement du VHC. Les cas plus complexes pourraient continuer à être pris en charge par des médecins spécialistes. |

Traiter et soutenir

Recommandation 10

Intégrer la prise en charge du VHC dans les programmes de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance

Une proportion importante de la transmission du VHC se produit dans un contexte de partage de matériel de consommation de drogues inhalées ou parentérales (19,65). Les données probantes indiquent que les programmes de réduction des risques, tels que le traitement par agonistes opioïdes (TAO) et la distribution de seringues et aiguilles, peuvent diminuer jusqu'à 74 % le risque d'infection par le VHC (66). De plus, l'intégration du traitement du VHC dans les programmes de TAO favorise l'adhésion aux AAD et permet d'atteindre des taux élevés de réponse virologique soutenue (RVS) (67).

À la lumière des données disponibles et des avis recueillis auprès des parties prenantes, il est recommandé d'adopter une stratégie de prévention du VHC axée sur une approche accessible et multidimensionnelle de la réduction des méfaits. Par ailleurs, le dépistage et le traitement du VHC devraient être intégrés dans les dispositifs déjà existants auprès des personnes consommatrices de drogues, tels que les services de réduction des méfaits, les programmes de traitement de la dépendance et les services de santé en milieu correctionnel.

Pistes d'action

- Action 26** Collaborer avec les organisations existantes dont la communauté de pratique médicale en dépendance, l'institut universitaire en dépendance, l'AIDQ, l'association québécoise des centres d'intervention en dépendance, le regroupement des organismes communautaires québécois pour le travail de rue pour :
- Financer et allouer des ressources nécessaires pour soutenir des évaluations de santé sur le VHC conçues, dirigées et gouvernées par les communautés autochtones.
 - Intégrer et systématiser le dépistage et le traitement du VHC dans les services de réduction des méfaits et les centres de réadaptation en dépendance.

Intégrer et collaborer**Recommandation 11****Placer les personnes et les communautés concernées au cœur de la réponse au VHC, en reconnaissant leur rôle central dans la prise en charge et l'élaboration des interventions**

L'intégration de personnes possédant un savoir expérientiel peut se faire de diverses façons dans le cadre du projet d'élimination du VHC, notamment par l'apport d'une expertise spécifique et la participation aux processus décisionnels. Une étude qualitative récente met en évidence trois dimensions fondamentales de l'expérience vécue : des événements individuels significatifs, l'appartenance et le partage de valeurs entre pairs, ainsi que l'expertise issue du vécu, considérée comme un savoir expérientiel unique pouvant bénéficier à autrui (68). La compréhension de ce concept est essentielle à la conception des rôles, des stratégies de recrutement et au soutien à la main-d'œuvre de pairs.

En reconnaissant et en valorisant cette expertise vécue, il devient possible de créer des approches d'intervention plus inclusives et adaptées, qui s'appuient sur la contribution active des pairs pour renforcer la portée et la pertinence des actions en santé publique. Ainsi, l'expertise vécue peut être utilisée pour enrichir les programmes d'accompagnement et de navigation, où des personnes avancées dans leur parcours soutiennent leurs pairs dans l'accès aux services. Cette approche constitue une stratégie efficace afin de garantir l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés confrontées à la stigmatisation et à la discrimination (69).

Pistes d'action

- | | |
|------------------|--|
| Action 27 | Mettre en place un comité consultatif composé de personnes ayant un savoir expérientiel du VHC, représentant une diversité de perspectives et issues de différentes RSS, afin d'orienter la mise en œuvre de la feuille de route |
| Action 28 | Élaborer un programme de formation pour outiller des conseillers experts afin qu'ils puissent accompagner les parties prenantes sur les enjeux clés et les meilleures stratégies d'engagement des personnes et des communautés concernées. |
| Action 29 | Mettre en place un programme de formation distinct pour des rôles de navigation communautaire, afin de soutenir l'accompagnement des personnes touchées par le VHC dans l'accès aux services et aux ressources. |

Intégrer et collaborer

Recommandation 12

Faire de la lutte contre le VHC une priorité stratégique et allouer des ressources nécessaires pour la mise en œuvre des pistes d'action identifiées

La volonté politique est l'échine de l'élimination du VHC et cette dernière ne pourra être atteinte sans un effort concerté qui rassemble les différents acteurs des réseaux de la santé, des services sociaux et du secteur communautaire, ainsi que les personnes et les communautés touchées. Les parties prenantes recommandent d'inscrire la lutte contre le VHC dans le programme national de santé publique (PNSP), dans les plans de santé publique régionaux et dans les politiques et les lignes directrices touchant les communautés concernées.

La réalisation du projet d'élimination du VHC doit aussi s'appuyer sur des actions concrètes et coordonnées, menées par des personnes qui sont désignées et rémunérées pour leur travail. En guise de première étape, la mise en place de postes rémunérés et d'un groupe de travail provincial permettrait d'identifier et de prioriser les prochaines étapes nécessaires pour réaliser les stratégies de cette *Feuille de route* pour l'élimination du VHC.

Pistes d'action

- | | |
|------------------|--|
| Action 30 | Prioriser la lutte contre le VHC dans le PNSP, les plans de santé publique régionaux, ainsi que dans les politiques et les lignes directrices touchant les communautés concernées |
| Action 31 | Mettre en place un groupe de travail provincial réunissant des représentants de divers secteurs et RSS, incluant les personnes ayant un savoir expérientiel, afin de définir les mécanismes nécessaires à la mise en œuvre de la <i>Feuille de route</i> . |
| Action 32 | Créer des postes de coordination dans les différents secteurs (MSSS, milieux communautaires et de soins), ainsi que des postes de conseillers experts issus des communautés touchées, pour soutenir le groupe de travail et la mise en œuvre de la <i>Feuille de route</i> . |



Interventions spécifiques aux populations prioritaires

Interventions spécifiques aux populations prioritaires

Pour éliminer le VHC en tant que menace pour la santé publique au Québec, il est impératif de compléter les recommandations générales par une approche de micro-élimination axée sur les populations prioritaires. Cette stratégie permet de concentrer les efforts de dépistage, de traitement, de prévention et de suivi dans des contextes bien définis, afin d'optimiser l'adaptation, la coordination et l'évaluation des interventions.

En s'appuyant sur cette approche ciblée, il devient possible de considérer les réalités propres à chaque groupe à risque et de co-concevoir des actions plus pertinentes et efficaces avec les personnes concernées. Il faut rappeler ici l'interdépendance entre les facteurs de risque associés au VHC. Ainsi, certaines recommandations peuvent s'appliquer à plusieurs groupes de population, un même individu pouvant relever de différents groupes à risque. À noter également que les données spécifiques au Québec pour chacun des groupes sont limitées ou obsolètes. En conséquence, les données nationales ont été mobilisées et complétées par les apports des parties prenantes québécoises.

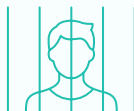
Cette section présente donc des pistes d'action spécifiques à chacune des six populations prioritaires identifiées dans le *Modèle directeur* canadien (23). Les pistes ont été élaborées à partir des échanges avec les membres de ces communautés et les prestataires de services qui les soutiennent. Des feuilles de route pour chaque population, avec des descriptions contextuelles détaillées, sont disponibles aux liens suivants :



1. Les personnes utilisatrices de drogues



4. Les peuples Autochtones vivant au Québec



2. Les personnes qui ont une expérience d'incarcération



5. Les personnes qui ont une expérience migratoire



3. Les personnes gaies, bissexuelles, ou hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (GBHARSAH)



6. Les personnes nées entre 1945 et 1975



Interventions spécifiques

1. Les personnes utilisatrices de drogues

Les personnes qui consomment des drogues représentent une population prioritaire dans l'effort d'élimination du VHC, en raison de la forte prévalence du virus et des nombreux obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins. En 2021, l'ASPC estimait que 64,2 % des PUDI vivant au Canada avaient déjà contracté le VHC. Parmi elles, 37 % vivaient avec une infection chronique, et environ la moitié ignoraient leur statut sérologique, soulignant l'importance du dépistage précoce et de la sensibilisation (24,31). Par ailleurs, les recherches montrent qu'il existe un risque élevé de réinfection après un traitement aux AAD chez les personnes ayant récemment consommé des drogues par injection ou non (70). En effet, des études menées auprès de participants avec une consommation récente de drogues affichent des taux plus élevés de réinfection. Une méta-régression ajustée démontre que les personnes ayant une consommation récente et recevant également un TAO présentent un risque de réinfection 3,5 fois plus élevé (rapport de taux ajusté [aRR] 3,50; IC à 95 % : 1,62–7,53; $p = 0,002$) en comparaison à des personnes recevant un TAO sans consomma-

tion récente de drogues. Les personnes ayant une consommation récente sans TAO présentent, quant à elles, un risque de réinfection 4 fois plus élevé (aRR 3,96; IC à 95 % : 1,82–8,59; $p = 0,001$) (70).

Ces chiffres témoignent d'une persistance de la transmission du VHC au Canada et probablement aussi au Québec, qui figure parmi les trois provinces les plus en retard dans l'atteinte des cibles d'élimination (71). Cette situation est principalement liée à l'utilisation et au partage de matériel de consommation non stérile (65,72), mais également à divers obstacles structurels et sociaux limitant l'accès aux soins comme la criminalisation, la stigmatisation, l'instabilité résidentielle et la marginalisation économique (73,74). Des approches telles que la simplification des services et l'élargissement de l'accès aux soins pour le VHC intégrant la réduction des méfaits, traitements, et soutien psychosocial ont été proposées par les parties prenantes consultées, incluant la participation des personnes concernées et la formation des professionnels pour adapter les pratiques et réduire la stigmatisation.

Pistes d'action

- | | |
|------------------------|--|
| PUD – Action 1. | Actualiser le portrait du VHC chez les PUD considérant les impacts de la pandémie de COVID-19 sur les infections, l'accès au dépistage, au traitement et à la prévention. |
| PUD – Action 2. | Mise en place de protocoles de surveillance avancés intégrant bases de données administratives, données individuelles anonymisées (cohortes, dossiers électroniques) et outils de modélisation, avec mise à jour annuelle. |

PUD – Action 3.	Promouvoir des campagnes de prévention afin de combler des lacunes de connaissances sur les différents modes de transmission du VHC, outre le partage de seringues, dans un contexte de consommation de drogues.
PUD – Action 4.	Offrir des programmes de réduction des méfaits et rehausser les budgets disponibles pour les organismes œuvrant auprès des PUD afin de répondre à leurs besoins partout au Québec, notamment en matière de matériel de prévention (matériel de consommation et la distribution de condoms).
PUD – Action 5.	Intégrer la cascade des soins du VHC en première ligne, ainsi que dans les programmes de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance, afin de mieux rejoindre les PUD à risque élevé d'infection et de réinfection.
PUD – Action 6.	Intégrer les méthodes de dépistage de l'ARN, incluant le dépistage sur place et les tests sur gouttes de sang séché, dans les milieux cliniques et communautaires fréquentés par les PUD à risque élevé d'infection et de réinfection.
PUD – Action 7.	Sensibiliser les prestataires de soins de santé et les PUD sur le traitement simplifié du VHC
PUD – Action 8.	Favoriser la collaboration entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du VHC et le milieu communautaire, incluant les interventions par des pairs, et garantir le financement des activités communautaires en partenariat avec les organismes responsables (MSSS, Santé Québec) pour offrir des services adaptés aux PUD.



Interventions spécifiques

2. Les personnes qui ont une expérience d'incarcération

Selon les données de 2021 de l'ASPC, 11 % et 14 % des individus incarcérés dans les prisons fédérales et provinciales, respectivement, ont déjà contracté le VHC (24,31). En effet, le milieu carcéral constitue un environnement propice à la transmission de ce virus, notamment en raison du partage de matériel non stérilisé pour la consommation de substances, du tatouage et du perçage, ainsi que, possiblement, de relations sexuelles impliquant un échange de sang (75).

Les experts consultés ont mis en lumière la complexité des besoins de la population carcérale au Québec, notamment en raison de la brièveté des

séjours et de la fréquence des transferts dans les prisons provinciales. Ces facteurs nuisent à l'accès au traitement contre le VHC ainsi qu'au suivi après la sortie de détention. De plus, l'absence de visibilité des personnes incarcérées atteintes du VHC dans les politiques et recommandations provinciales contribue à la situation. Le statut juridique de ces personnes n'est pas explicitement précisé dans la Loi sur les services de santé et de services sociaux, ce qui entraîne une absence de cadre concernant la législation sur la qualité des soins.

Pistes d'action

Incarcération – Action 1.	Renforcer la surveillance épidémiologique du VHC auprès des personnes incarcérées.
Incarcération – Action 2.	Mettre à jour les politiques et les lignes directrices provinciales en santé publique et carcérale pour y inclure explicitement les besoins des personnes incarcérées en lien avec le VHC.
Incarcération – Action 3.	Offrir les programmes de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance en milieu carcéral et y intégrer la cascade des soins du VHC.
Incarcération – Action 4.	Instaurer le dépistage systématique du VHC basé sur le consentement lors de l'admission en prison afin de favoriser une détection précoce et un meilleur accès aux soins.

Incarcération – Action 5.	Promouvoir et valoriser les emplois en santé en milieu carcéral, explorer les meilleures pratiques de partage des tâches et encourager l'échange de modèles entre établissements.
Incarcération – Action 6.	Favoriser la mise en place d'un mécanisme structuré pour assurer la continuité des soins après libération, en reliant chaque personne aux ressources communautaires de sa région socio-sanitaire, incluant les services de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance.
Incarcération – Action 7.	Soutenir et promouvoir les programmes de formation sur le VHC auprès des omnipraticiens et autres professionnels qui œuvrent dans le milieu carcéral.
Incarcération – Action 8.	Sensibiliser et former le personnel correctionnel aux enjeux de santé physique et mentale, au VHC et aux approches de réduction des méfaits.



Interventions spécifiques

3. Les personnes gaies, bisexuelles, ou hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (GBHARSAH)

Les données de l'ASPC estiment qu'environ 3 % des personnes GBHARSAH vivant au Canada ont déjà été infectées par le VHC (24,31), les GBHARSAH vivant avec le VIH ayant une prévalence 4 fois plus élevée que celle de leurs homologues séronégatifs, avec une prévalence de 11,2 % (IC à 95 % : 4,7–20,1) (76). Au Canada tout comme au Québec, la principale voie de transmission du VHC dans ce groupe est l'usage de drogues injectables, bien que la transmission puisse également survenir lors de contacts sanguins pendant les relations sexuelles (77,78). Certaines pratiques comme le chemsex, c'est-à-dire l'utilisation de substances psychoactives avant ou pendant les rapports sexuels, sont fréquemment observées dans cette population et peuvent accroître le risque de transmission du VHC par le partage de matériel de consommation ou le contact sanguin au cours des rapports sexuels (79). Des études indiquent que l'utilisation de drogues injectables et la co-infection au VIH sont

associées à un risque accru de réinfection au VHC au sein de cette communauté (80,81). Dans une cohorte canadienne, les taux de réinfection étaient de 3,13 cas pour 100 personnes-années chez les GBHARSAH vivant avec le VIH, 3,25 cas pour ceux consommant des drogues, contre 1,88 cas chez l'ensemble des GBHARSAH (80). Il est important de mentionner à nouveau qu'une récente méta-analyse indique une incidence des réinfections plus élevée chez les GBHARSAH (7,37 pour 100 personnes-années; IC à 95 % : 5,09–9,65) par rapport à d'autres populations exposées, telles que les PUDI (2,84 pour 100 personnes-années; IC à 95 % : 2,19–3,50) (35). Il est ainsi nécessaire de mettre en place une surveillance systématique chez les GBHARSAH engagés dans une activité sexuelle ou ayant recours à l'injection de substances, et d'intégrer dans le plan d'élimination du VHC des interventions spécifiquement destinées à cette population.

Pistes d'action

HARSAH - Action 1.

Allouer des ressources nécessaires à la recherche sur les GBHARSAH afin de mieux comprendre les modes de transmission du VHC et les facteurs de risque associés à la réinfection chez cette population.

HARSAH - Action 2.

Sensibiliser les GBHARSAH au risque de transmission du VHC lié à la présence de sang lors des rapports sexuels, en insistant sur l'efficacité du condom pour réduire ce risque.

HARSAH - Action 3.

Évaluer l'efficacité du traitement du VHC comme outil de prévention chez les GBHARSAH vivant avec le VIH au Québec, et adapter les approches de santé publique en fonction des résultats.

HARSAH – Action 4.	Harmoniser les pratiques encadrant le dépistage du VHC chez les GBHARSAH afin de garantir l'équité dans l'accès aux soins à l'échelle du Québec.
HARSAH – Action 5.	Proposer un dépistage régulier du VHC (au moins 1 fois par an) à tous les GBHARSAH sexuellement actifs, notamment lors des dépistages ITSS de routine et des consultations pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP).
HARSAH – Action 6.	Diversifier les points d'accès au dépistage en impliquant les intervenants communautaires.
HARSAH – Action 7.	Allouer les ressources nécessaires pour répondre aux besoins socioéconomiques des GBHARSAH vivant avec le VHC et leur permettre de prioriser l'accès aux soins et au traitement.
HARSAH – Action 8.	Promouvoir les programmes de formation sur le VHC pour les professionnels de santé et les intervenants communautaires partout au Québec, en mettant l'accent sur les besoins spécifiques des GBHARSAH.
HARSAH – Action 9.	Soutenir, promouvoir et financer les programmes communautaires qui accompagnent les GBHARSAH vivant avec le VHC dans l'accès aux soins et au traitement.



Interventions spécifiques

4. Les peuples autochtones

En 2021, l'ASPC estimait que 8 % des Premières Nations vivant au Canada avaient déjà contracté le VHC; les informations étaient insuffisantes pour estimer la prévalence chez les Inuit (82). Il est important de souligner qu'être autochtone ne constitue pas un facteur de risque en soi. Ce sont plutôt les déterminants structurels (colonisation, pensionnats, idéologie coloniale), systémiques (systèmes d'éducation, de la santé, de justice), et immédiats (facteurs socioéconomiques : revenu, ressources personnelles et communautaires) qui interagissent et accroissent la vulnérabilité de cette population à l'infection par le VHC (83). L'héritage colonial a profondément façonné les inégalités sociales actuelles chez les peuples autochtones en les privant de l'autodétermination et en entraînant la désintégration des structures traditionnelles, la marginalisation des pratiques culturelles et la perte de ressources économiques (83,84). De plus, des expériences encore plus récentes de politiques d'assimilation telles que les pensionnats autochtones, dont le dernier a fermé seulement en 1991, ont engendré des traumatismes intergénérationnels. Ces injustices historiques ont contribué à limiter l'accès aux ressources, à affaiblir les liens sociaux et à compromettre les conditions de vie, donnant lieu à des écarts marqués en matière de santé, de logement, d'éducation et de bien-être socioéconomique entre les populations autochtones et non autochtones (83,84). Les systèmes et politiques du Québec façonnés par l'idéologie coloniale sont, par ailleurs, encore aujourd'hui marqués par le racisme et par les profilages racial et social (84–87). Ceci se reflète notamment par une surreprésentation des peuples autochtones dans les prisons (88,89). Le taux d'incarcération dans le système correctionnel du Québec entre 2015 et 2016 était de 20,7 pour 1000 habitants chez les Premières Nations et les Inuit

contre 4 pour 1000 habitants chez les personnes non-autochtones, soit cinq fois plus élevé (90). À noter que les peuples autochtones sont aussi surreprésentés du côté des victimes de crimes. En 2014, le ministère de la justice fédéral indiquait que 28% des autochtones âgés de 15 ans et plus rapportaient avoir été victimes d'un crime contre 18% des personnes non autochtones (91). En 2019, le taux de victimisation avec violence chez les autochtones de 15 ans et plus était 2 fois plus élevé que chez les non-autochtones (92). Les discriminations, la stigmatisation et le racisme systémique au sein du système de santé contribuent également à limiter l'accès à des soins culturellement sécuritaires pour les peuples autochtones (86,93). Par ailleurs, l'isolement géographique est aussi un déterminant majeur limitant l'accès aux soins de santé pour les populations autochtones. Les données de Statistique Canada révèlent qu'en 2021 plus de 27 % des communautés des Premières Nations et 76 % des Inuit vivaient dans des zones éloignées, à une distance significative des services essentiels (94). Cet éloignement entraîne la nécessité de parcourir de longues distances, souvent associées à des coûts élevés, pour accéder aux soins (95).

Il est essentiel de considérer ces causes profondes dans la lutte contre le VHC qui met en contexte la surreprésentation des peuples autochtones au sein des populations à haut risque. Alors que les Premières Nations et Inuit du Québec vivent dans des contextes variés — qu'ils soient urbains, ruraux ou éloignés — il est impératif d'intégrer des approches différenciées, adaptées à leurs réalités, leurs besoins culturels, sociaux et territoriaux. Il faut également combler les lacunes dans les données de santé publique afin de compléter les informations en matière de VHC relatives aux Inuits et autres peuples autochtones.

Pistes d'action

Autochtones – Action 1.

Favoriser les partenariats entre les prestataires de soins et les organisations autochtones afin d'élaborer des activités de formation sur le VHC qui incluent le concept de sécurité culturelle, une approche tenant compte des traumatismes et de la violence, et reconnaissant les impacts de la colonisation.

Autochtones – Action 2.

Renforcer la surveillance en santé publique par et pour les Premières Nations et Inuit, et améliorer les méthodes pour combler les lacunes importantes dans les données relatives à la santé des peuples autochtones.

- Financer et allouer des ressources nécessaires pour soutenir des évaluations de santé sur le VHC conçues, dirigées et gouvernées par les communautés autochtones.
- Respecter la souveraineté des données autochtones par l'élaboration de cadres solides de gouvernance et d'ententes de partage des données de gouvernement à gouvernement.

Autochtones – Action 3.

Financer et soutenir la mise en place des campagnes de sensibilisation exhaustives sur le VHC et la santé du foie, conçues, dirigées et animées par des communautés autochtones. Encourager le partage des connaissances entre les communautés autochtones afin de renforcer les capacités locales en matière de gestion du VHC.

Autochtones – Action 4.

Établir des partenariats (c.-à-d. pour les systèmes de santé, les prestataires de services et les organisations communautaires) avec les dirigeants autochtones locaux pour adapter, développer et élargir les services de soins liés au VHC, afin d'améliorer l'accès dans les communautés éloignées et mal desservies par des approches novatrices, par exemple :

- Mettre en place des cliniques mobiles et des services de télémédecine pour offrir les soins directement dans les communautés, réduisant ainsi les déplacements longs et coûteux.
- Mettre en œuvre le test réflexe de l'ARN en point de service pour éliminer les délais d'attente et les rendez-vous manqués, ou utiliser le test par goutte de sang séché afin de pallier les défis liés à la conservation des échantillons en régions éloignées.
- Intégrer le VHC aux soins de santé primaires en simplifiant les protocoles de traitement, en impliquant un large éventail de prestataires de soins et en promouvant des modèles novateurs de délégation des tâches.

**Autochtones –
Action 5.**

Garantir des soins de santé accessibles et culturellement sécuritaires pour les populations autochtones résidant en milieu urbain, par exemple :

- Accroître la participation des pairs navigateurs de la santé à la gestion du VHC.
- Renforcer la collaboration avec les initiatives de santé et de mieux-être dirigées par des Autochtones, telles que les Centres d'amitié, qui constituent des espaces de confiance dans les communautés, pour y intégrer des services de soins liés au VHC y compris ceux décrits dans l'action 4 lorsque cela est pertinent.
- Intégrer les parcours de dépistage et de traitement du VHC dans les services de réduction des méfaits et de traitement des dépendances.

**Autochtones –
Action 6.**

Faciliter la collaboration entre les professionnels de la santé et les aînés autochtones, les détenteurs du savoir et les guérisseurs traditionnels afin de garantir la prestation de soins centrés sur la personne. Il est essentiel d'intégrer les médecines, pratiques et points de vue traditionnels dans le continuum de soins du VHC, en favorisant une approche holistique de la santé et des interventions tenant compte de la diversité.



Interventions spécifiques

5. Les personnes qui ont une expérience migratoire

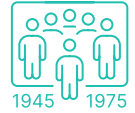
En 2021, 4 % des personnes immigrantes au Canada provenant de pays où le VHC est endémique avaient déjà eu le VHC, dont 2,2 % atteintes d'une infection chronique (82). Dans ces pays de provenance, la transmission du VHC est souvent associée à des pratiques médicales à risque, telles que l'utilisation de sang contaminé lors de transfusions, le recours à du matériel non stérilisé ou à des injections non sécuritaires (96–98). Le parcours migratoire lui-même peut également représenter un facteur de risque d'ex-

position au virus (99). Les personnes issues de l'immigration font face à de multiples obstacles dans l'accès aux soins, ce qui retarde souvent le diagnostic du VHC d'environ dix ans après leur arrivée au Canada, augmentant ainsi le risque de complications (100–102). Parmi ces obstacles figurent une connaissance limitée du système de santé, des barrières linguistiques et culturelles, ainsi que des besoins prioritaires tels que le logement et l'emploi, qui prennent le pas sur la prise en charge du VHC (103–106).

Pistes d'action

Immigration – Action 1.	Mettre à jour les données de surveillance sur le VHC afin de mieux comprendre l'impact des nouveaux flux migratoires, en portant une attention particulière aux personnes ayant une expérience migratoire vivant en dehors des grands centres urbains tels que Montréal et Québec.
Immigration – Action 2.	Collaborer avec les cliniques de première ligne et les organismes communautaires offrant des services aux personnes qui ont une expérience migratoire pour proposer un dépistage gratuit, systématique et volontaire du VHC en vue d'un arrimage aux soins et au traitement.
Immigration – Action 3.	Sensibiliser le personnel soignant aux besoins spécifiques des personnes ayant une expérience migratoire en matière de VHC, afin de favoriser le dépistage, l'accès au traitement et aux ressources connexes (interprétation linguistique, soutien alimentaire et autres services de première nécessité).
Immigration – Action 4.	Donner l'accès à des services d'interprétation linguistiques gratuits et disponibles en tout temps, du français à d'autres langues.
Immigration – Action 5.	Proposer systématiquement et gratuitement un dépistage du VHC, et un traitement le cas échéant, aux personnes immigrantes originaires des pays à prévalence élevée.
Immigration – Action 6.	Financer et collaborer avec les communautés issues de l'immigration afin d'adapter les programmes existants de prévention, de dépistage et de traitement du VHC, de manière culturellement et linguistiquement appropriée, dans diverses régions du Québec.

Interventions spécifiques



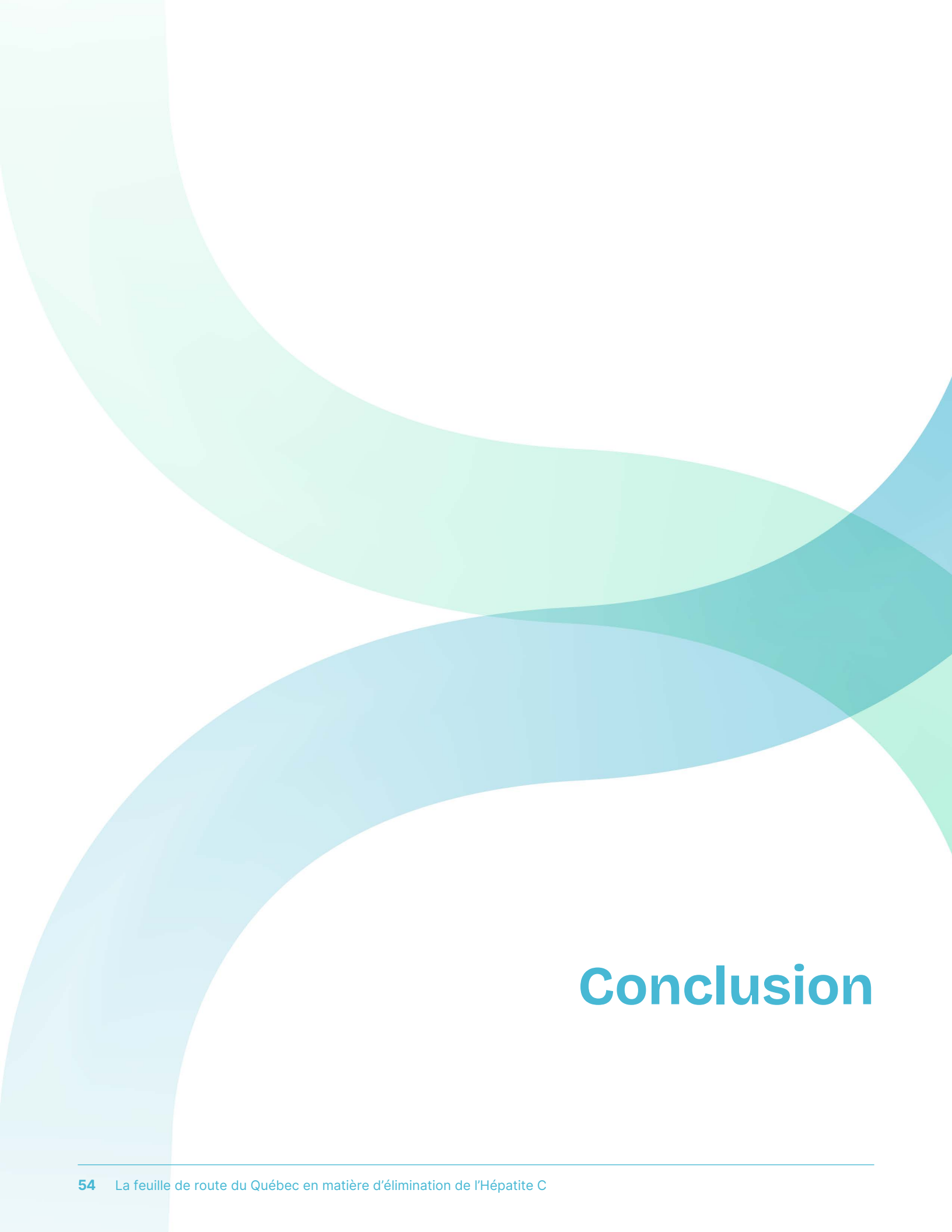
6. La cohorte de naissance 1945-1975

Les données de l'ASPC estiment qu'en 2021, 1,9 % des adultes de la cohorte de naissance 1945-1975 vivant au Canada avaient déjà contracté le VHC alors que 1,1 % vivaient avec une infection chronique. Parmi ces derniers, 1 personne sur 3 ne savait pas qu'elle était infectée par le VHC (82). L'âge ne constitue pas un facteur de risque en soi. L'exposition observée dans ce groupe s'explique principalement par des événements survenus avant l'identification du VHC en 1989, notamment des pratiques médicales non sécuritaires, des insuffisances dans le contrôle des infections, ainsi que l'usage de drogues injectables ou la transfusion de produits sanguins non testés (107-109).

Les données administratives québécoises indiquent une hausse de l'incidence du carcinome hépatocellulaire entre 2004 et 2006 chez les 50-59 ans (110), ce qui peut correspondre à la survenue des premières complications associées au VHC dans la cohorte de naissance 1945-1975. De même, on remarque que de 2003 à 2012 la majorité des transplantations hépatiques chez les personnes âgées de 35 à 59 ans étaient principalement liées au VHC (111). Il est ainsi clair que le vieillissement de la cohorte de naissance accentue la pression sur le système de la santé. Les parties prenantes consultées préconisent par conséquent une sensibilisation de la population, un dépistage précoce, et un accès rapide au traitement pour cette cohorte afin de prévenir les complications graves associées au VHC.

Pistes d'action

- | | |
|----------------------------------|---|
| Cohorte 45/75 – Action 1. | Mettre en place une surveillance continue de l'incidence des complications associées au VHC chez les personnes appartenant à la cohorte de naissance 1945-1975. |
| Cohorte 45/75 – Action 2. | Dépister le VHC au moins une fois à vie chez les personnes nées entre 1945 et 1975. |
| Cohorte 45/75 – Action 3. | Former un grand nombre de soignants et d'intervenants communautaires afin de faciliter l'accès au dépistage et aux autres paliers de la cascade de services. |
| Cohorte 45/75 – Action 4. | Mener une campagne de sensibilisation à grande échelle sur le VHC auprès des personnes nées entre 1945 et 1975, en s'appuyant sur des plateformes médiatiques adaptées. |
| Cohorte 45/75 – Action 5. | Collaborer avec les milieux qui desservent les membres de la cohorte de naissance afin d'intégrer la prévention, le dépistage, et le traitement du VHC dans leurs services. |



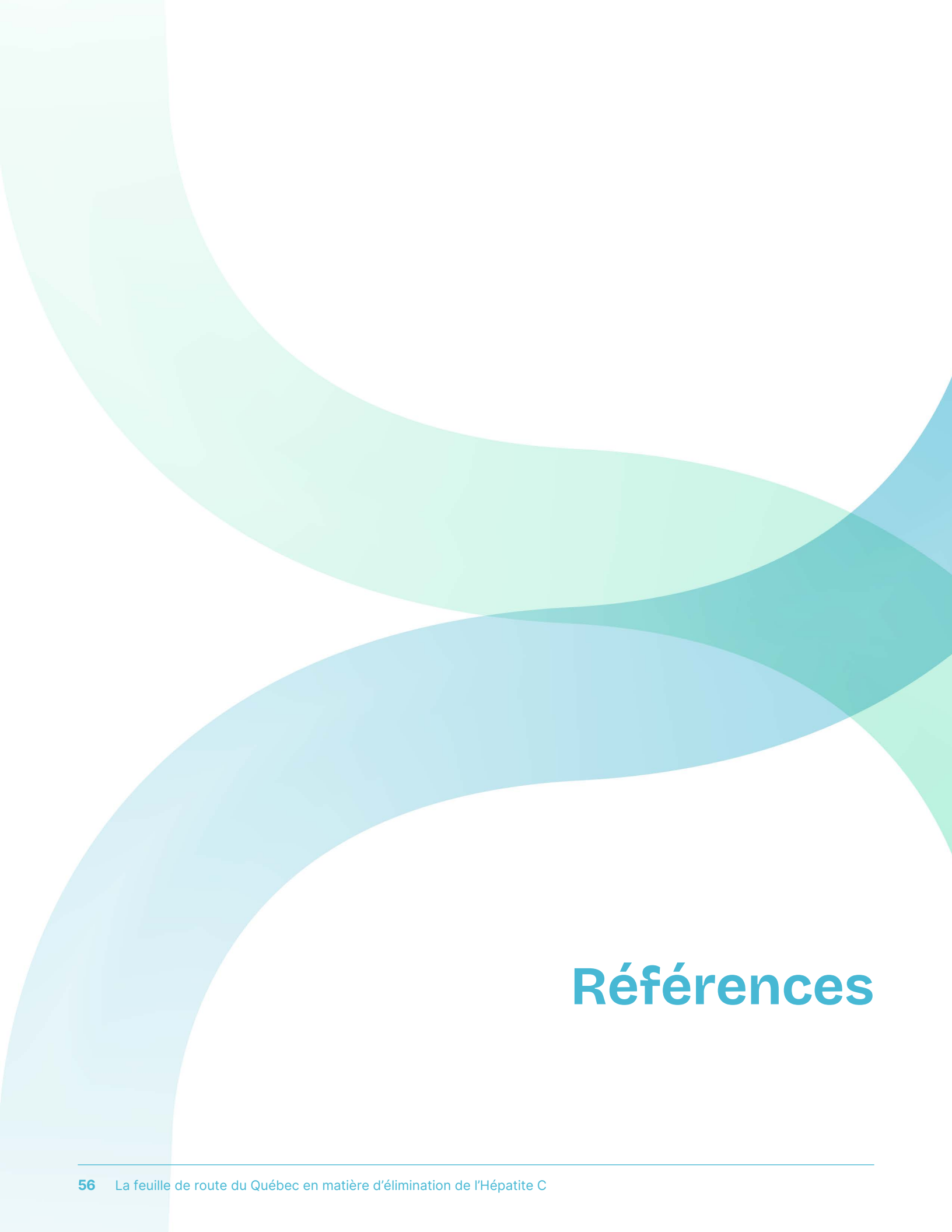
Conclusion

Conclusion

Le Canada s'est engagé à éliminer le VHC d'ici 2030, conformément à la stratégie de l'OMS. Bien que d'importants progrès aient été réalisés au cours des dernières années, la pandémie de COVID-19 a entraîné un ralentissement notable des efforts de dépistage, de traitement et de mobilisation des ressources. Par ailleurs, la syndémie actuelle – marquée par les crises liées aux opioïdes, à la santé mentale et à l'itinérance – accentue les inégalités sociales et accroît la vulnérabilité de nombreuses personnes, tout en compliquant leur accès aux services. Dans ce contexte, l'atteinte de l'objectif d'élimination d'ici 2030 constitue un défi majeur, en particulier pour les groupes les plus marginalisés.

Les recommandations portent sur la diffusion des connaissances, l'harmonisation des données de surveillance et la mobilisation des pratiques actuellement appliquées au Québec. Elles mettent en avant l'adaptation des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge aux contextes des différentes communautés, notamment par l'élargissement des intervenants habilités à dépister et traiter le VHC ainsi que l'utilisation de technologies adaptées en point de service. Elles évoquent aussi l'intégration de la prise en charge du VHC aux services de première ligne, aux programmes de réduction des méfaits et aux initiatives de traitement des dépendances. Enfin, elles préconisent de placer les personnes concernées au centre de la démarche et de considérer l'élimination du VHC comme une priorité stratégique, soutenue par un financement approprié.

En somme, ces recommandations constituent une feuille de route pragmatique et concertée pour l'élimination du VHC. Le Québec dispose désormais des leviers pour transformer cet objectif de santé publique en réalité. C'est à ce prix que l'élimination du VHC, d'ici 2030, pourra devenir un succès collectif durable.



Références

Références

1. Lazarus JV, Wiktor S, Colombo M, Thursz M, EASL International Liver Foundation. Micro-elimination - A path to global elimination of hepatitis C. *J Hepatol*. oct 2017;67(4):665-6.
2. Kushner R, CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. 2025 [cité 12 nov 2025]. La microélimination de l'hépatite C : Une voie vers l'atteinte des objectifs d'élimination nationaux. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/point-de-mire-sur-la-prevention/la-microelimination-de-l-hepatite-c-une-voie-vers-latteinte-des>
3. Lignes directrices de pratique pour les pairs navigateurs de la santé auprès des personnes vivant avec le VIH. Toronto, Ontario: CATIE; 2018.
4. Le Centre de Gouvernance de L'information des Premières Nations. Les principes de PCAP® des Premières Nations [Internet]. 2025 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>
5. Westphal V. La HAS précise les notions d'expérience patient et de savoir expérientiel [Internet]. Rencontres Soignantes en Psychiatrie. 2025 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/2025/06/24/la-has-precise-les-notions-dexperience-patient-et-de-savoir-experientiel/>
6. Gardien E. Les savoirs expérientiels des patients. De quoi s'agit-il? En quoi peuvent-ils être utiles? *Kinésithérapie Sci*. 2022;643:5-11.
7. Singer M. Introduction à la syndémie : Une approche systémique critique de la santé publique et communautaire [Internet]. Jossey Bass. 2009 [cité 12 nov 2025]. 304 p. Disponible sur: <https://book1.fr/introduction-a-la-syndemie-une-approche-systemique-critique-de-la-sante-publique-et-communautaire>
8. Agence de la Santé publique du Canada. Hépatite C : Symptômes et traitement [Internet]. 2021 [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hepatite-c.html>
9. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. 2024 [cité 26 sept 2024]. Intro à l'hépatite C. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/hepatite-c-un-guide-detaille/intro-a-lhepatite-c>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'hépatite C [Internet]. [cité 3 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
11. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. 2024 [cité 26 sept 2024]. Comment la transmission de l'hépatite C a lieu. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/hepatite-c-un-guide-detaille/comment-la-transmission-de-lhepatite-c-a-lieu>
12. Goyette A, Martin C, Blouin K, Vachon ML, Dion R. Fiche technique pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions - Hépatite C, mise à jour 2023. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2023.
13. Micallef JM, Kaldor JM, Dore GJ. Spontaneous viral clearance following acute hepatitis C infection: a systematic review of longitudinal studies. *J Viral Hepat* [Internet]. 2006 [cité 26 sept 2024];13(1):34-41. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2893.2005.00651.x>
14. Pohani G, Zou S. Trends of Hepatitis B and Hepatitis C Mortality in Canada, 1979-1997. *Can J Public Health* [Internet]. 1 juill 2001 [cité 19 févr 2025];92(4):250-4. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/BF03404954>
15. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. *The Lancet* [Internet]. 22 mars 1997 [cité 19 févr 2025];349(9055):825-32. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673696076428>
16. Verna EC, Brown RS. Hepatitis C Virus and Liver Transplantation. *Clin Liver Dis* [Internet]. 1 nov 2006 [cité 19 févr 2025];10(4):919-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089326106000286>
17. Falade-Nwulia O, Suarez-Cuervo C, Nelson DR, Fried MW, Segal JB, Sulkowski MS. Oral Direct-Acting Agent Therapy for Hepatitis C Virus Infection: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2 mai 2017;166(9):637-48.
18. Calleja JL, Crespo J, Rincón D, Ruiz-Antorán B, Fernandez I, Perelló C, et al. Effectiveness, safety and clinical outcomes of direct-acting antiviral therapy in HCV genotype 1 infection: Results from a Spanish real-world cohort. *J Hepatol*. juin 2017;66(6):1138-48.
19. Lourenço L, Kelly M, Tarasuk J, Stairs K, Bryson M, Popovic N, et al. L'épidémie d'hépatite C au Canada : un aperçu des tendances récentes en matière de surveillance, de consommation de drogues injectables, de réduction des méfaits et de traitement. *Relevé Mal Transm Au Can* [Internet]. 10 déc 2021 [cité 31 juill 2024];47(12):561-71. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-12-december-2021/ccdrv47i12a01f-fra.pdf>
20. Gouvernement du Canada. Hépatite C : Prévention et risques [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hepatite-c/prevention-risques.html>
21. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Estimation du risque associé aux activités sexuelles - Intervention préventive relative aux ITSS - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. 2019 [cité 14 nov 2025]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/>
22. Gouvernement du Québec. Gouvernement du Québec. [cité 19 févr 2025]. Hépatites A, B et C. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss/hepatites-a-b-et-c>
23. Canadian Network on Hepatitis C. Blueprint to inform hepatitis C elimination efforts in Canada [Internet]. 2019 [cité 21 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.canhepc.ca/en/hcv-elimination-initiatives>
24. Agence de la Santé publique du Canada. Estimations de l'hépatite virale chez les populations clés au Canada, 2021 (infographie) [Internet]. 2025 [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/estimations-hepatite-virale-populations-cles-2021.html>
25. Popovic N, Williams A, Périnet S, Campeau L, Yang Q, Zhang F, et al. Estimations nationales de l'hépatite C : incidence, prévalence, proportion non diagnostiquée et traitement, Canada, 2019. *Relevé Mal Transm Au Can* [Internet]. 14 déc 2022 [cité 31 juill 2024];48(11/12):594-605. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-11-12-november-december-2022/ccdrv48i1112a07f-fra.pdf>
26. Krajden M, Cook D, Janjua NZ. Contextualizing Canada's hepatitis C virus epidemic. *Can Liver J*. 2018;1(4):218-30.
27. Kwong JC, Ratnasingham S, Campitelli MA, Daneman N, Deeks SL, Manuel DG, et al. The impact of infection on population health: results of the Ontario burden of infectious diseases study. *PloS One*. 2012;7(9):e44103.

28. Myers RP, Krajden M, Bilodeau M, Kaita K, Marotta P, Peltekian K, et al. Burden of disease and cost of chronic hepatitis C virus infection in Canada. *Can J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. mai 2014 [cité 5 sept 2024];28(5):243-50. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049256/>
29. Canadian Institute for Health Information. Organ replacement in Canada: CORR annual statistics [Internet]. [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.cihi.ca%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocument%2Fextra-renal-transplants-2014-2023-data-tables-en.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>
30. Agence de la santé publique du Canada. Progrès du Canada vers l'élimination de l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique, 2021 [Internet]. 2024 [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/progres-vers-elimination-hepatite-virale-menace-2021.html>
31. Agence de la santé publique du Canada. L'hépatite C au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2021 [Internet]. 2023 [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/hepatite-c-canada-mise-a-jour-donnees-surveillance-2021.html>
32. Forouzannia F, Hamadeh A, Passos-Castilho AM, Erman A, Yu A, Feng Z, et al. Impact of new direct-acting antiviral therapy on the prevalence and undiagnosed proportion of chronic hepatitis C infection. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. juin 2024;44(6):1383-95.
33. Rossi C, Butt ZA, Wong S, Buxton JA, Islam N, Yu A, et al. Hepatitis C virus reinfection after successful treatment with direct-acting antiviral therapy in a large population-based cohort. *J Hepatol*. nov 2018;69(5):1007-14.
34. Marshall AD, Martinello M, Treloar C, Matthews GV. Perceptions of hepatitis C treatment and reinfection risk among HIV-positive men who have sex with men and engage in high risk behaviours for hepatitis C transmission: The CEASE qualitative study. *Int J Drug Policy*. nov 2022;109:103828.
35. Munari SC, Traeger MW, Menon V, Latham NH, Manoharan L, Luhmann N, et al. Determining reinfection rates by hepatitis C testing interval among key populations: A systematic review and meta-analysis. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. déc 2023;43(12):2625-44.
36. Government of Canada PS and PC. A pan-Canadian framework for action: reducing the health impact of sexually transmitted and blood-borne infections in Canada by 2030 [Internet]. 2002 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://publications.gc.ca/site/eng/9.856344/publication.html>
37. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 [Internet]. 2022 [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240053779>
38. Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2021.
39. Lanièce Delaunay C, Klein MB, Godin A, Cox J, Kronfli N, Lebouché B, et al. Public health interventions, priority populations, and the impact of COVID-19 disruptions on hepatitis C elimination among people who have injected drugs in Montreal (Canada): A modeling study. *Int J Drug Policy*. juin 2023;116:104026.
40. Jiang N, Bruneau J, Makarenko I, Minoyan N, Zang G, Høj SB, et al. HCV treatment initiation in the era of universal direct acting antiviral coverage - Improvements in access and persistent barriers. *Int J Drug Policy*. mars 2023;113:103954.
41. Marshall T, Abba-Aji A, Tanguay R, Greenshaw AJ. The Impact of Supervised Consumption Services on Fentanyl-related Deaths: Lessons Learned from Alberta's Provincial Data. *Can J Psychiatry* [Internet]. 1 déc 2021 [cité 18 nov 2025];66(12):1096-8. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/0706743721999571>
42. Rammohan I, Gaines T, Scheim A, Bayoumi A, Werb D. Overdose mortality incidence and supervised consumption services in Toronto, Canada: an ecological study and spatial analysis. *Lancet Public Health*. févr 2024;9(2):e79-87.
43. Bruneau J, Daniel M, Kestens Y, Zang G, Gagnéux M. Associations between HIV-related injection behaviour and distance to and patterns of utilisation of syringe-supply programmes. *J Epidemiol Community Health*. sept 2008;62(9):804-10.
44. Ha S, Timmerman K. Conscience et connaissance de l'hépatite C chez les fournisseurs de soins de santé et la population en général : examen de la portée. 2018;44.
45. Réseau pancanadien pour des essais cliniques sur le VIH et autres ITSS. Le Réseau canadien pour les essais VIH (Réseau) des IRSC. [cité 19 févr 2025]. CTN 222 : Étude canadienne de cohorte sur la co-infection | Co-infections et affections reliées (CAR). Disponible sur: <https://www.ctnplus.ca/fr/study/ctn-222-canadian-co-infection-cohort/>
46. Initiative Canadienne de Recherche sur l'Impact des substances psychoactives. Cohorte HEPCO - CRISM - pôle Québec-Atlantique [Internet]. CRISM. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.crimquebecatlantic.ca/fr/cohorte-hepco/>
47. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements.
48. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. À propos - Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements en santé publique - Professionnels de la santé - MSSS [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/>
49. Bruneau J. Cohorte HEPCO - CRISM - pôle Québec-Atlantique [Internet]. CRISM. [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.crimquebecatlantic.ca/fr/cohorte-hepco/>
50. Institut national de santé publique du Québec. Institut national de santé publique du Québec. [cité 19 févr 2025]. Réseau SurvUDI 1995-2018 | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/reseau-survudi-1995-2018>
51. Trickey A, Fraser H, Lim AG, Peacock A, Colledge S, Walker JG, et al. The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. juin 2019;4(6):435-44.
52. Rotermann M, Langlois K, Andonov A, Trubnikov M. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections: Results from the 2007 to 2009 and 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep*. nov 2013;24(11):3-13.
53. Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2). Éditeur officiel du Québec [Internet]. [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.2>
54. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. 2025 [cité 5 nov 2025]. De nouveaux tests de dépistage de l'hépatite C au point de service approuvés par Santé Canada. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/nouvelles-catie/de-nouveaux-tests-de-depistage-de-lhepatite-c-au-point-de-service-approuves-par>
55. Mandel E, Underwood K, Masterman C, Kozak RA, Dale CH, Hassall M, et al. Province-to-province variability in hepatitis C testing, care, and treatment across Canada. *Can Liver J*. juill 2023;6(2):234-48.
56. Public Health Agency of Canada. Infographic: People living with Hepatitis C (HCV), Canada, 2017 [Internet]. 2020 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/infographic-people-living-with-hepatitis-c-2017.html>

57. Erman A, Everett K, Wong WWL, Forouzannia F, Greenaway C, Janjua N, et al. Engagement with the HCV care cascade among high-risk groups: A population-based study. *Hepatol Commun*. 1 sept 2023;7(9):e0222.
58. CATIE - Canada's source for HIV and hepatitis C information. CATIE - Canada's source for HIV and hepatitis C information. 2025 [cité 5 nov 2025]. Simplifying the road to hepatitis C diagnosis: Reflex testing in Canada. Disponible sur: <https://www.catie.ca/prevention-in-focus/simplifying-the-road-to-hepatitis-c-diagnosis-reflex-testing-in-canada>
59. World Health Organization. Use of dried blood spot specimens for serological and virological testing. In: WHO Guidelines on Hepatitis B and C Testing [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cité 5 nov 2025]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442257/>
60. Snijderwind IJM, van Kampen JJA, Fraaij PLA, van der Ende ME, Osterhaus ADME, Gruters RA. Current and future applications of dried blood spots in viral disease management. *Antiviral Res*. mars 2012;93(3):309-21.
61. BioLytical Laboratories Inc. GlobeNewswire News Room. 2024 [cité 5 nov 2025]. Announces Health Canada Authorization of its rapid INSTI® HCV Antibody Test for Professional Use in Canada. Disponible sur: <https://www.globenewswire.com/news-releases/2024/11/04/2974309/21560/en/bioLytical-Laboratories-Inc-Announces-Health-Canada-Authorization-of-its-rapid-INSTI-HCV-Antibody-Test-for-Professional-Use-in-Canada.html>
62. Cepheid. Cepheid Receives Health Canada Licence for Xpert® HCV VL Fingerstick [Internet]. [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.newswire.ca/news-releases/cephheid-receives-health-canada-licence-for-xpert-r-hcv-vl-fingerstick-802354447.html>
63. Cooke GS. Decentralisation, integration, and task-shifting: tools to accelerate the elimination of hepatitis C. *Lancet Glob Health* [Internet]. 1 avr 2021 [cité 5 nov 2025];9(4):e375-6. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00055-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00055-3/fulltext)
64. Radley A, Robinson E, Aspinall EJ, Angus K, Tan L, Dillon JF. A systematic review and meta-analysis of community and primary-care-based hepatitis C testing and treatment services that employ direct acting antiviral drug treatments. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 28 oct 2019 [cité 5 nov 2025];19:765. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6819346/>
65. Institut national de santé du Québec. Surveillance des maladies infectieuses chez les personnes qui utilisent des drogues par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2020 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2020 [Internet]. 2023 juill [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3362-maladies-infectieuses-personnes-drogues-injections.pdf>
66. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addict Abingdon Engl*. mars 2018;113(3):545-63.
67. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. Le traitement de l'hépatite C dans des programmes de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des drogues [Internet]. 2022 [cité 6 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.catie.ca/fr/point-de-mire-sur-la-prevention/le-traitement-de-lhepatite-c-dans-des-programmes-de-reduction-des>
68. Byrne L, Roennfeldt H. A Model for Understanding Lived Expertise to Support Effective Recruitment of Peer Roles. *Adm Policy Ment Health*. mai 2025;52(3):482-93.
69. Sun J, Yin X, Li C, Liu W, Sun H. Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry* [Internet]. 5 juill 2022 [cité 6 nov 2025];13. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.915617/full>
70. Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ, et al. Hepatitis C reinfection after successful antiviral treatment among people who inject drugs: A meta-analysis. *J Hepatol*. avr 2020;72(4):643-57.
71. Feld JJ, Klein MB, Rahal Y, Lee SS, Mohammed S, King A, et al. Timing of elimination of hepatitis C virus in Canada's provinces. *Can Liver J*. nov 2022;5(4):493-506.
72. Lourenço L, Kelly M, Tarasuk J, Stairs K, Bryson M, Popovic N, et al. The hepatitis C epidemic in Canada: An overview of recent trends in surveillance, injection drug use, harm reduction and treatment. *Can Commun Dis Rep Relevé Mal Transm Au Can*. 9 déc 2021;47(12):561-70.
73. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. "They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct J* [Internet]. 31 juill 2020 [cité 6 janv 2025];17(1):53. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
74. Crowley D, Van Hout MC, Lambert JS, Kelly E, Murphy C, Cullen W. Barriers and facilitators to hepatitis C (HCV) screening and treatment—a description of prisoners' perspective. *Harm Reduct J* [Internet]. 11 déc 2018 [cité 6 janv 2025];15(1):62. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0269-z>
75. Courtemanche Y, Poulin C, Serhir B, Alary M. HIV and hepatitis C virus infections in Quebec's provincial detention centres: comparing prevalence and related risky behaviours between 2003 and 2014-2015. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. juin 2018;109(3):353-61.
76. Zheng Y, Ying M, Zhou Y, Lin Y, Ren J, Wu J. Global Burden and Changing Trend of Hepatitis C Virus Infection in HIV-Positive and HIV-Negative MSM: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med*. 2021;8:774793.
77. Jin F, Matthews GV, Grulich AE. Sexual transmission of hepatitis C virus among gay and bisexual men: a systematic review. *Sex Health*. févr 2017;14(1):28-41.
78. Lanièce Delaunay C, Cox J, Klein M, Lambert G, Grace D, Lachowsky NJ, et al. Trends in hepatitis C virus seroprevalence and associated risk factors among men who have sex with men in Montréal: results from three cross-sectional studies (2005, 2009, 2018). *Sex Transm Infect*. juin 2021;97(4):290-6.
79. CIUSSS Capitale Nationale. CHEMSEX / Party & Play (PnP) | CIUSSSCN [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/psrm/chemsex>
80. Adu PA, Rossi C, Binka M, Wong S, Wilton J, Wong J, et al. HCV reinfection rates after cure or spontaneous clearance among HIV-infected and uninfected men who have sex with men. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. mars 2021;41(3):482-93.
81. Falade-Nwulia O, Sulkowski MS, Merkow A, Latkin C, Mehta SH. Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat*. mars 2018;25(3):220-7.
82. Périnet S, Williams A, Campeau L, Elliott J, Zhang F, Yang Q, et al. Estimations nationales de l'hépatite B et de l'hépatite C pour 2021 : mesurer les progrès réalisés par le Canada vers l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique. *Relevé Mal Transm Au Can* [Internet]. 7 août 2025 [cité 11 nov 2025];51(6/7):238-54. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2025-51/issue-6-7-june-july-2025/ccdrv51i67a02f-fra.pdf>
83. Loppie C, Wien F. Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux. Canada: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2022.

84. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès : rapport synthèse. Val-d'Or, Québec: Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics; 2019.
85. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec,. Les Autochtones face à la justice et à la sécurité publique : portrait des enjeux en milieu urbain au Québec. Wendake: RCAAQ; 2024.
86. Géhane K. Investigation report concerning the death of Joyce Echaquan : Law on the investigation of the causes and circumstances of death : for the protection of human life [Internet]. 2020 [cité 21 mai 2025]. Report No.: 2020-00275. Disponible sur: https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/contentu/Enqu%C3%Aates_publiques/Joyce_Echaquan/2020-EP00275-9.pdf
87. Johnson H. Peace and Good Order: The Case for Indigenous Justice in Canada. Vol. 60. McClelland & Stewart; 2023.
88. Correctional Service Canada. Indigenous Corrections Accountability Framework (ICAF) Annual Report 2021-2022 [Internet]. 2024 [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/correctional-service/corporate/library/offenders/indigenous/indigenous-accountability-report/accountability-report-2021-2022.html>
89. Gouvernement du Québec. Gouvernement du Québec. [cité 21 mai 2025]. Les 11 nations autochtones du Québec. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/profil-des-nations/a-propos-nations>
90. Profil des Autochtones confiés aux services correctionnels en 2015-2016. Québec: Ministère de la sécurité publique; 2018.
91. Ministère de la Justice. Gouvernement du Canada. 2019 [cité 19 nov 2025]. Surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale - Précis des faits. Disponible sur: <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr-pf-jf/2019/may01.html>
92. Ministère de la Justice. Gouvernement du Canada. 2024 [cité 19 nov 2025]. Surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale - Précis des faits. Disponible sur: <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr-pf-jf/2024/nov.html>
93. Pearce ME, Jongbloed K, Demerais L, MacDonald H, Christian WM, Sharma R, et al. « Another thing to live for »: Supporting HCV treatment and cure among Indigenous people impacted by substance use in Canadian cities. *Int J Drug Policy*. déc 2019;74:52-61.
94. Layton J. Far from home: High school completion for First Nations people, Métis, and Inuit in remote communities, 2016 to 2021. 2025;
95. National Collaborating Centre for Indigenous Health. Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health. Prince George, BC; 2019.
96. Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V, Valiquette L. Evolution of the global burden of viral infections from unsafe medical injections, 2000-2010. *PLoS One*. 2014;9(6):e99677.
97. El-Ghitany EM, Abdel Wahab MM, Abd El-Wahab EW, Hassouna S, Farghaly AG. A comprehensive hepatitis C virus risk factors meta-analysis (1989-2013): do they differ in Egypt? *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. févr 2015;35(2):489-501.
98. Janjua NZ, Butt ZA, Mahmood B, Altaf A. Towards safe injection practices for prevention of hepatitis C transmission in South Asia: Challenges and progress. *World J Gastroenterol*. 7 juill 2016;22(25):5837-52.
99. Greenaway C, Castelli F. Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. *J Travel Med*. 1 févr 2019;26(2):taz007.
100. Chen W, Tomlinson G, Krahn M, Heathcote J. Immigrant patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis have a higher risk of hepatocellular carcinoma. *J Viral Hepat*. août 2012;19(8):574-80.
101. Kamstra R, Azoulay L, Steele R, Klein MB, Greenaway C. Hospitalizations in Immigrants and Nonimmigrants Diagnosed With Chronic Hepatitis C Infection in Québec. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1 déc 2016;63(11):1439-48.
102. Ng E, Quinlan J, Giovinnazzo G, Syoufi M, Massenat DE, Sanmartin C, et al. Hospitalization related to chronic hepatitis B and C in recent immigrants in Canada: An immigration administrative data-linked, population-based cohort study. *Health Rep*. 15 juin 2022;33(6):30-45.
103. Greenaway C, Makarenko I, Tanveer F, Janjua NZ. Addressing hepatitis C in the foreign-born population: A key to hepatitis C virus elimination in Canada. *Can Liver J*. 2018;1(2):34-50.
104. Benadada F, Benabdesselam A, Li T, Lakabi R. Prise de position d'IFMSA-Québec - Santé des migrants [Internet]. 2021 juin [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: <https://ifmsa.qc.ca/wp-content/uploads/Sante-des-migrants-Final.pdf>
105. Jacobs EA, Sadowski LS, Rathouz PJ. The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. nov 2007;22 Suppl 2(Suppl 2):306-11.
106. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE. Convenient Access to Professional Interpreters in the Hospital Decreases Readmission Rates and Estimated Hospital Expenditures for Patients With Limited English Proficiency. *Med Care*. mars 2017;55(3):199-206.
107. Chlabicz S, Flisiak R, Grzeszczuk A, Kovalchuk O, Prokopowicz D, Chyczewski L. Known and probable risk factors for hepatitis C infection: A case series in north-eastern Poland. *World J Gastroenterol WJG* [Internet]. 7 janv 2006 [cité 11 nov 2025];12(1):141-5. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4077484/>
108. Pereira BJ, Milford EL, Kirkman RL, Levey AS. Transmission of hepatitis C virus by organ transplantation. *N Engl J Med*. 15 août 1991;325(7):454-60.
109. Pozzetto B, Memmi M, Garraud O, Roblin X, Berthelot P. Health care-associated hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol*. 14 déc 2014;20(46):17265-78.
110. Sanabria A, Dion R, Lúcar E, Soto J. Évolution des déterminants des maladies chroniques du foie au Québec. *Mal Chron Blessures Au Can* [Internet]. juin 2013 [cité 17 août 2025];33(3):155-64. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-33-no-3-2013/evolution-determinants-maladies-chroniques-foie-quebec.html>
111. Webster G, Wu J, Williams B, Ivis F, de Sa E, Hall N. Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2003 à 2012 — rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes [Internet]. Institut canadien d'information sur la santé; 2014 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/ici-cih/H115-75-2014-fra.pdf



Annexes

Annexe 1 – Questions de recherche pour les consultations

Personnes ayant une expérience d’incarcération

Enjeux	Questions
Thème 1 : Accès et organisation des soins	• Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour améliorer l'accès aux services de dépistage, de traitement et de suivi du VHC en milieu carcéral? • Comment le transfert de la gestion des soins du ministère de la Sécurité publique au MSSS a-t-il influencé la qualité et l'équité des services de santé en milieu carcéral? • Quels modèles de coordination entre le milieu carcéral, les services de santé publique et les organismes communautaires favorisent une continuité optimale des soins après la libération? • Quel est l'impact des programmes intégrés de dépistage et de traitement du VHC sur les taux de prévalence et de réinfection dans les établissements carcéraux?
Thème 2 : Ressources humaines	• Quels sont les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre de meilleures pratiques, comme le dépistage universel à l'admission, dans les établissements correctionnels?
Thème 3 : Équité, diversité et inclusion	• Comment les besoins spécifiques des femmes, des personnes trans, et non binares sont-ils pris en compte dans les programmes de santé en milieu carcéral?

Personnes utilisatrices de drogues

Enjeux	Questions
Thème 1 : Inégalités géographiques et accès aux services	• Quelles sont les différences dans l'accès au dépistage, au traitement et aux services de réduction des méfaits entre les PUD vivant en milieu urbain, rural, éloigné ou en banlieue au Québec (ou dans des contextes similaires) ? • Quelles interventions ont démontré leur efficacité pour améliorer l'accès au traitement du VHC chez les PUD vivant dans des régions rurales ou éloignées ? • Quels modèles de prestation de services (p. ex. équipes mobiles, cliniques communautaires) permettent de réduire les inégalités régionales d'accès aux soins du VHC ?
Thème 2 : Connaissance, attitudes et obstacles liés au traitement	• Quelles sont les principales perceptions erronées concernant les traitements du VHC parmi les PUD, et comment influencent-elles la recherche de soins ? • Quelles stratégies éducatives ou de communication ont été efficaces pour accroître l'adhésion au traitement et corriger les fausses croyances sur la guérison du VHC ?
Thème 3 : Intégration des services et modèles de soins	• Quels sont les effets de l'intégration du traitement du VHC aux services de réduction des méfaits, de traitement de la dépendance ou de réadaptation sur les taux d'accès et de réussite thérapeutique ? • Quels modèles d'intervention basés sur les pairs (navigation, accompagnement, soutien communautaire) ont démontré leur efficacité dans l'engagement et la rétention en soins des PUD atteintes du VHC ?
Thème 4 : Stigmatisation, traumatisme et facteurs psychosociaux	• Comment la stigmatisation et les expériences de traumatisme influencent-elles l'accès, l'adhésion et la continuité des soins pour les PUD vivant avec le VHC ? • Quelles approches de soins tenant compte du traumatisme et de la réduction de la stigmatisation ont été efficaces dans la prise en charge du VHC chez les PUD ?
Thème 5 : Comorbidités et comportements à risque	• Quel est le rôle de la gestion de la douleur dans la consommation continue ou la réinfection au VHC chez les PUD ? • Quelle est la relation entre la consommation de stimulants et le risque de transmission ou de réinfection par le VHC ?

Personnes ayant une expérience de migration

Enjeux	Questions
Thème 1 : Épidémiologie et repérage	• Quelle est la prévalence réelle du VHC chez les personnes immigrantes ou réfugiées provenant de pays à forte endémie et vivant au Québec (ou dans des contextes comparables)? • Quels facteurs influencent le sous-diagnostic du VHC dans ces populations (ex. barrières linguistiques, stigmatisation, accès limité aux soins, méconnaissance du risque)? • Comment le statut d'immigration, la durée de résidence au Canada et le pays d'origine influencent-ils les probabilités de dépistage et de traitement du VHC?
Thème 2 : Accès aux soins	• Quelles sont les principales barrières et facilitateurs à chaque étape de la cascade de soins du VHC (dépistage, diagnostic, traitement, suivi) chez les personnes immigrantes? • Quelles stratégies d'intervention ont été efficaces pour améliorer le dépistage, la liaison aux soins et la rétention en traitement du VHC dans ces groupes? • Comment rejoindre les personnes immigrantes installées depuis longtemps, qui ne fréquentent plus les services d'intégration ou communautaires? • Comment la stigmatisation liée au VHC, à la consommation de drogues ou au statut d'immigrant influence-t-elle la recherche de soins et la divulgation du statut sérologique?
Thème 3 : Approches culturellement adaptés	• Quels modèles de soins ou de prévention culturellement et linguistiquement adaptés ont démontré leur efficacité pour le VHC dans des populations immigrantes ou réfugiées? • Quel est le rôle des leaders communautaires, religieux et des organismes d'intégration dans la promotion du dépistage et du traitement du VHC? • Quelles collaborations intersectorielles (santé, intégration, francisation, emploi) permettent de mieux rejoindre les personnes issues de l'immigration?

Cohorte de naissance 1945-1975

Enjeux	Questions
Thème 1 : Prévalence, dépistage et identification	• Quelle est la prévalence actuelle du VHC chez les personnes nées entre 1945 et 1975 au Québec (ou dans des contextes comparables)? • Quelles sont les stratégies de dépistage les plus efficaces pour identifier les personnes infectées dans ce groupe d'âge vaste et hétérogène? • Quels sont les obstacles et les facilitateurs au dépistage du VHC par les professionnel·les de la santé chez les personnes nées entre 1945 et 1975?
Thème 2 : Modèles d'intervention	• Comment développer des stratégies de dépistage ciblées tenant compte de la diversité socio-économique, géographique et comportementale de ce groupe? • Quelles approches populationnelles ou opportunistes (ex. dépistage lors d'un bilan de santé, en pharmacie, ou à l'urgence) ont permis d'augmenter les taux de dépistage chez les personnes de cette cohorte? • Quelle est l'acceptabilité du dépistage universel du VHC dans cette population, tant du point de vue des patients que des cliniciens? • Quels programmes de dépistage implantés dans d'autres juridictions (p. ex. États-Unis, Royaume-Uni, Australie) pourraient être adaptés au contexte québécois?

GBHARSAH

Enjeux	Questions
Thème 1 : Facteurs de risque et dynamiques de transmission	• Quel est l'impact du chemsex (usage de drogues en contexte sexuel) sur la transmission du VHC parmi les GBHARSAH? • Quels types de substances, modes de consommation (injection, inhalation, usage partagé) et pratiques sexuelles sont les plus associés au risque de VHC? • Comment les réseaux sexuels et de consommation (densité, partenaires multiples, événements collectifs) influencent-ils la dynamique de transmission du VHC?
Thème 2 : Co-infection et interactions cliniques	• Quelle est la prévalence et l'incidence de la co-infection VIH/ VHC chez les GBHARSAH, et comment cette co-infection influence-t-elle la progression de la maladie et les issues cliniques? • Quelles sont les stratégies de prévention et de traitement les plus efficaces pour réduire la transmission du VHC chez les personnes vivant avec le VIH dans cette population?
Thème 3 : Prévention et dépistage	• Quelles interventions de prévention combinée (sexuelle, biomédicale, et liée à la consommation) ont démontré leur efficacité chez les GBHARSAH pour prévenir le VHC? • Quels modèles de dépistage (p. ex. dépistage régulier couplé au dépistage VIH, approches communautaires) permettent de rejoindre efficacement les sous-groupes les plus à risque?
Thème 4 : Perceptions et stigmatisation	• Comment la stigmatisation liée au VHC, au VIH et au chemsex influence-t-elle le recours au dépistage, au traitement et à la prévention combinée? • Quelles approches de communication et d'intervention ont été les plus efficaces pour favoriser l'engagement des GBHARSAH dans la prévention et les soins du VHC?

Annexe 2 – Questions de recherche pour les consultations relatives aux peuples autochtones

Professionnels travaillant avec les personnes autochtones

Enjeux	Questions
Thème 1 : État actuel et défis dans la communauté	• Que se passe-t-il dans votre communauté en ce qui concerne le VHC et d'autres facteurs interconnectés (accès aux soins de santé et autres formes de soutien, réduction des méfaits) ? • Que pourrait-on faire pour mieux répondre aux besoins des personnes touchées par le VHC, dans votre communauté ou en général ? • Comment pouvons-nous aborder le VHC tout en reconnaissant que les personnes font face à divers autres problèmes de santé et de vie ? • Comment les gens peuvent-ils maintenir la santé globale de leur foie ?
Thème 2 : Plaidoyer politique, sensibilisation et mobilisation communautaire	• L'élimination de l'hépatite C est-elle un objectif valable ? Si oui, quels éléments devons-nous prioriser aux niveaux local, régional et provincial ? Quelles recommandations devraient figurer dans la feuille de route ? • Comment transmettre les informations sur le VHC ? Quels sont les meilleurs moyens de partager ce type d'information ? • Quels messages devrions-nous transmettre aux politiciens pour améliorer la réponse au VHC au Québec ? • Quels messages devrions-nous partager dans la communauté pour réduire la stigmatisation et favoriser l'ouverture à l'égard du VHC ? Quelles actions pouvons-nous entreprendre ? Qui doit être impliqué dans ces actions (ex. chefs, prestataires de soins, jeunes, etc.) ?
Thème 3 : Enjeux culturels et approches de soins	• Comment les approches de soins holistiques et culturellement sécurisantes influencent-elles l'adhésion au traitement du VHC ? • Quelle est la place des savoirs et pratiques traditionnels dans la guérison et le soutien des personnes vivant avec le VHC ? • Comment renforcer la confiance entre les communautés autochtones et le système de santé pour réduire la stigmatisation liée au VHC ? • Quels sont les effets de la formation des intervenants à la sécurité culturelle sur la qualité des soins offerts aux personnes autochtones atteintes du VHC ?

Membres Autochtones avec un savoir expérientiel

Enjeux	Questions
Thème 1 : Enjeux liés au milieu de vie (urbain, rural, nordique ou sur réserve)	• De quoi les personnes ont-elles besoin lorsqu'elles vivent avec le VHC ? • Quelles sont les différences dans l'accès au dépistage, au traitement et au suivi du VHC entre les Autochtones vivant en milieu urbain, en milieu rural ou sur les réserves ? • Comment les déplacements fréquents entre la communauté d'origine et les centres urbains affectent-ils la continuité des soins et la rétention dans les programmes de traitement ?
Thème 2 : Enjeux liés à l'accès aux soins	• Quelles barrières structurelles et historiques (p. ex. racisme systémique, expériences coloniales, méfiance envers les institutions) limitent l'accès aux services pour les personnes autochtones vivant avec le VHC ? • Quelles stratégies communautaires favorisent l'accès aux soins du VHC dans les régions éloignées ou nordiques ? • Quels enseignements et orientations pouvons-nous tirer des approches autochtones en matière de bien-être et de santé pour guider notre réponse au VHC ?
Thème 3 : Plaidoyer politique, sensibilisation et mobilisation communautaire	• L'élimination de l'hépatite C est-elle un objectif valable ? Si oui, quels éléments devons-nous prioriser aux niveaux local, régional et provincial ? Quelles recommandations devraient figurer dans la feuille de route ? • Comment transmettre les informations sur le VHC ? Quels sont les meilleurs moyens de partager ce type d'information ? • Quels messages devrions-nous transmettre aux politiciens pour améliorer la réponse au VHC au Québec ? • Quels messages devrions-nous partager dans la communauté pour réduire la stigmatisation et favoriser l'ouverture à l'égard du VHC ? Quelles actions pouvons-nous entreprendre ? Qui doit être impliqué dans ces actions (ex. chefs, prestataires de soins, jeunes, etc.) ?

Annexe 3 – Déclaration des conflits d'intérêts

Julie Bruneau rapporte avoir perçu des honoraires de conseil en tant que membre du comité consultatif d'AbbVie, ainsi que des honoraires pour une prestation auprès de Gilead Sciences. Elle a également bénéficié d'un soutien à la recherche de la part de Gilead Sciences. Les recherches menées par la Dre Bruneau portent sur la prévention de l'infection au VHC, les modèles de soins connexes et l'accès aux services de santé pour les personnes utilisatrices de drogues.

Lorraine Fradette déclare avoir reçu des subventions de recherche des sociétés AbbVie et Gilead Sciences dans le cadre de l'élaboration du présent document ; ces subventions ont été attribuées à CanHepC.

Marina Klein indique avoir bénéficié d'un appui à la recherche de la part de Gilead Sciences et AbbVie. Forte d'une expérience de plus de 20 ans en recherche et pratique clinique, elle possède une expertise reconnue dans l'accès aux traitements liés au VHC et leurs résultats.

Carrie Martin est chercheuse spécialisée dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), incluant le VIH et le VHC, et bénéficie de subventions de recherche des IRSC. Elle occupe également un poste de direction au Centre de santé autochtone de Tiohtia:ke, où elle mène des travaux et recherches sur l'hépatite C.

Aucun autre conflit d'intérêts n'a été signalé.

