

CHEMINS VERS LE BIEN-ÊTRE

*Feuille de route des Prairies
pour l'hépatite C*



ᐱᓄᓂᐅ
waniska



CHEMINS VERS LE BIEN-ÊTRE



Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C

Organisme chef de file

Centre autochtone de Waniska

Coprésidentes

Alexandra King
Carrielynn Lund

Aide à la consultation

Taylor Bassingwaithe
Bonnie Leask
Emmanuelle (Em) Morin

Citation

Le matériel figurant dans cette publication peut être reproduit ou copié sans autorisation. Il est suggéré de l'utiliser dans son intégralité pour en conserver tout le sens.

La citation suivante est recommandée :
Chemins vers le bien-être : Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C. Saskatoon, SK, 2024.

Consultez <<https://waniskacentre.ca/current-projects/journeys-to-wellness-prairie-hepatitis-roadmap>> pour la plus récente version de ce document et pour plus d'informations sur Action hépatites Canada.

Membres et contributeur(-trice)s du Cercle-conseil communautaire

Tai Ametepee
Emily Bear Kate
Dunn Cari Egan
Lorraine Fradette
Jordan Goota
Saydi Harlton
Shohan Illsley Kelly
Kaita Ibrahim Khan

Dinesh Khadka Sam Lee
Albert McLeod
Melissa Morris
Gayle Pruden
Rosemarie Ramsingh
Laurie Ringert
Jenn Sharp
Eva Sinclair
Nidhi Singh
Mark Swain
Gene Tiefenbach
Renate Ziebert

Organismes participants

Alberta Health Services
Réseau Canadien sur l'hépatite C
Federation of Sovereign Indigenous Nations
HIV Edmonton
Services aux Autochtones Canada
Ka Ni Kanichihk
Manitoba Harm Reduction Network

Manitoba HIV-STBBI Collective Impact Network
Northern Inter-Tribal Health Authority
Pewasaskwan the Indigenous Wellness Research Group
Université de Calgary
Université du Manitoba
Université de la Saskatchewan

Ce document a été rendu possible grâce à la contribution financière du Réseau Canadien sur l'hépatite C (CanHepC).



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



ᑭᓄᓂᑦ
waniska

BIENVENUE

Les coprésidentes de la Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C, les membres du Cercle-conseil communautaire et l'équipe de projet se sont engagé-es à ce travail pour servir les personnes qui vivent ou ont vécu avec l'hépatite C. Nous avons concrétisé cette intention en commençant et en terminant chaque cercle de partage, chaque réunion, chaque contact, par un moment d'ouverture pour tisser des liens vrais et positifs. On trouve aussi cette pratique au début et à la fin de ce rapport, offerte par les contributeurs et contributrices de chaque province.

Tout d'abord, j'aimerais me présenter. Mon nom spirituel est Dancing Bear et je fais partie du clan Black Bear. Mon nom écrit est Gayle Pruden. Je suis originaire de la région du Traité 2, mais je vis dans celle du Traité 1.

Je souhaite que ce travail contribue à éduquer les gens, y compris (et surtout) ceux qui vivent dans les réserves, les grands-mères et les enseignant-es. J'espère qu'il sera un réconfort et qu'il encouragera les communautés à parler des réalités de l'hépatite C. Pour bien faire, nous, les lecteur(-trice)s, devons aller vers elles, nous asseoir avec elles, partager avec elles et les écouter. Elles sont nos puissantes enseignantes, les gens les écoutent. Nous avons besoin que les gens nous écoutent. Nous devons protéger nos concitoyen-nes et les sauver de l'hépatite C. C'est mon intention. J'espère que vous lirez ce rapport et transmettez ces messages.
– *Gayle Pruden, membre du Cercle-conseil communautaire du projet, MB*

Tawâw, bienvenue dans cet espace sûr. Ce projet offre à chaque personne un espace de bienveillance et de respect. Toutes les personnes qui se sont réunies pour contribuer à cette feuille de route ont donné une partie d'elles-mêmes : une partie de leur pensée et/ou de leur âme; honorez-la et respectez-la. Nous vous demandons d'aller de l'avant avec un esprit ouvert, un cœur chaleureux et de bonnes intentions.
– *Koda Sinclair, membre du Cercle-conseil communautaire du projet, SK*

Le chemin parcouru pour en arriver là a été formidable. Tant de personnes à remercier. Merci avant tout aux Aîné-es qui ont guidé les cercles de partage par leurs cérémonies, prières et es paroles de sagesse. Humblement, ma sincère gratitude à toutes les personnes ayant une expérience vécue, qui nous ont confié leurs histoires, qui m'ont à la fois rempli et brisé le cœur. Miigwech.
– *Carrielynn Lund, coprésidente du projet, AB*

MESSAGE DES COPRÉSIDENTES DU PROJET



Nous sommes à un moment critique pour l'hépatite C. Nous disposons d'un remède fantastique contre ce virus qui peut causer des maladies du foie et des cancers. Pourtant, de nombreuses personnes qui ont le plus besoin de ce traitement n'y ont pas accès. Au lieu de cela, elles rencontrent des obstacles, les mêmes qui les empêchent d'accéder aux soins de santé. Nous pouvons et devons faire évoluer les soins de santé pour qu'ils fonctionnent pour tout le monde. Cette feuille de route a pour buts de galvaniser notre réponse, de rassembler toutes les principales parties prenantes afin de mieux servir les personnes vivant avec l'hépatite C.

Alexandra King, coprésidente du projet (SK)

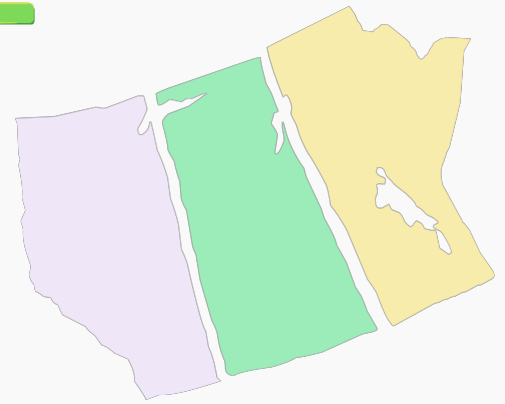


Je remercie sincèrement les membres de notre groupe consultatif qui nous ont donné de précieux conseils tout au long du processus, ainsi que les organismes locaux et les prestataires de services qui ont fourni des espaces, aidé à coordonner les cercles et invité les gens à participer. Je salue le travail de l'équipe de TB Consulting et des membres de notre équipe de Pewaseskwan qui ont fait un travail remarquable de planification, de mise en œuvre, d'entrevues et de rassemblement de tous les éléments de ce rapport. Enfin, et surtout, merci à ma coprésidente Alexandra King, qui a généreusement partagé sa sagesse, son expérience, sa passion et son engagement pour ce travail important.

Carrielynn Lund, coprésidente du projet (AB)



MANITOBA, SASKATCHEWAN ET ALBERTA :



Saluons ces terres d'abondance...

MANITOBA

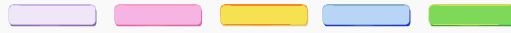
J'ai été élevée dans le Traité 2. C'était si beau, ça sentait si frais. Nous avons un lac propre et tout ce dont nous avons besoin pour survivre. Une belle abondance de baies, framboises, fraises, canneberges, cerises à grappes et quelques amélanchiers. Ça poussait partout et nous nourrissait. Il y avait une grande forêt et mon arrière-grand-père y cultivait trois grands jardins de légumes, à mains nues dans la terre. Nous nous promenions sur ces terres avec notre grand-mère et nous cueillions toutes sortes de remèdes. L'herbe était haute et toujours verte dans les grands espaces, et il y avait autrefois des buissons épais, mais tout cela n'existe plus aujourd'hui. Tout a disparu, les gens détruisent l'environnement, les habitations sont trop nombreuses, il n'y a plus d'abondance de fruits et les remèdes sont plus difficiles à trouver. Mes terres étaient un lieu de sécurité, d'enrichissement, de croissance et de bien-être. Mais ça changé. Notre sécurité, notre enrichissement, notre croissance et notre bien-être ont changé en même temps.

– Gayle Pruden, membre du Cercle-conseil communautaire du projet

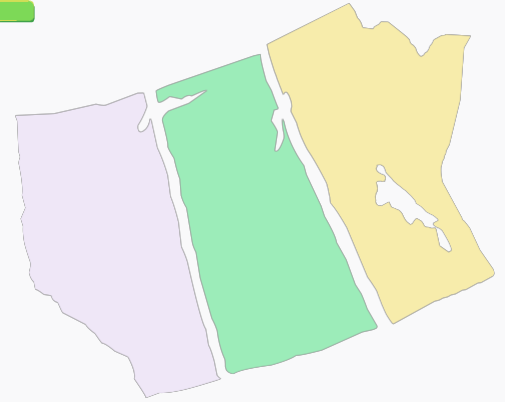
ALBERTA

Je reconnais que ce que nous appelons l'Alberta est le territoire traditionnel et ancestral de nombreux peuples, présentement régi par les traités 6, 7 et 8. Je nomme : la Confédération des Pieds-Noirs – Kainai, Piikani et Siksika – les Cris, les Dénés, les Sauteux, les Sioux Nakota, les Stoney Nakoda, la Nation Tsuut'ina et les Métis de l'Alberta. Cela inclut les établissements métis et le gouvernement métis Otipemisiwak (anciennement la Nation métisse de l'Alberta) dans la patrie historique des Métis du Nord-Ouest. Nous reconnaissons les nombreuses Premières Nations, les Métis et les Inuits qui vivent sur ces terres et en prennent soin depuis des générations. Nous sommes reconnaissant-es aux gardien-nes du savoir traditionnel et aux Aîné-es qui sont encore parmi nous et à ceux et celles qui nous ont précédé-es. Nous sommes reconnaissant-es aux personnes dont nous avons visité les territoires, sur lesquels nous vivons et travaillons, et en particulier à ceux qui nous ont aidé-es sur notre chemin, qui ont partagé leurs récits et leur sagesse pour ce rapport.

– Carielynn Lund, coprésidente du projet



MANITOBA, SASKATCHEWAN ET ALBERTA :



Saluons ces terres d'abondance...
(suite)

SASKATCHEWAN

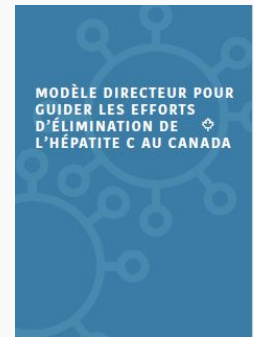
La Saskatchewan compte cinq traités numérotés vénérés : les Traités 2, 4, 6, 8 et 10. Dans la vaste enceinte de ces territoires, des peuples autochtones dynamiques et prospères. Des peuples uniques et magnifiques – les Nêhiyawak (Cris des Plaines), les Nahkawiniwak (Saulteaux), les Nakota (Assiniboine), les Dakota et les Lakota (Sioux), les Denesuline (Dene/Chipewyan) et les Métis. Je suis membre de la communauté Nêhiyawak qui réside sur le territoire du Traité n° 6. Le Traité 6 traverse la Saskatchewan et l'Alberta. Ces terres sont riches et belles, avec une abondance de créatures vivantes, de plantes et d'eau. Elles sont pleines de vie. C'est un remède. C'est un chez-soi.

– Koda Sinclair, membre du Cercle-conseil communautaire du projet

Nous reconnaissons que les provinces des Prairies du Canada – l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba – sont depuis longtemps un point de rencontre et un lieu de vie pour diverses cultures, y compris des peuples colonisateurs depuis plusieurs générations ainsi que de nouveaux arrivants sur ces territoires. Bien que politiquement divisées en trois provinces par des frontières du Canada, ces terres demeurent des espaces partagés où des personnes d'origines diverses continuent de vivre, de travailler et de contribuer à la communauté. Nous honorons la relation continue entre les peuples autochtones et la terre, et nous nous engageons à favoriser un avenir fondé sur le respect, la compréhension et la collaboration.

D'UN MODÈLE DIRECTEUR VERS DES FEUILLES DE ROUTE RÉGIONALES SPÉCIFIQUES

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 cadre de politiques conçu pour compléter le Cadre d'action pancanadien sur les ITSS publié par l'Agence de la santé publique du Canada. Le Modèle directeur présente des orientations fondées sur les données probantes afin de soutenir les efforts du Canada pour atteindre les [cibles de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'élimination de l'hépatite C](#) d'ici 2030. La préparation du document du CanHep C a suivi un processus consultatif afin de tenir compte des priorités, recommandations et perspectives intersectorielles.



Reconnaissant que les soins de santé au Canada relèvent principalement de la compétence des provinces et des territoires, le CanHepC a facilité, depuis la publication du Modèle directeur, la préparation de feuilles de route régionales/provinciales spécifiques au contexte afin guider la mise en œuvre régionale et provinciale des plans d'élimination de l'hépatite C. Le CanHepC a fourni un cadre pour les feuilles de route, y compris des objectifs pour rencontrer et réunir les leaders régionaux. Les leaders régionaux sont des membres du réseau CanHepC qui ont fait partie du comité de rédaction du Modèle directeur et qui sont chargés de diriger l'élaboration de leur feuille de route. Dans le cadre de cet effort, *Chemins vers le bien-être : Feuille de route de l'hépatite C des Prairies* met en contexte le Modèle directeur national du CanHepC en abordant la situation spécifique, les défis et les catalyseurs relatifs à l'élimination de l'hépatite C dans la région des Prairies : le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta.

Tout en appréciant les points communs à l'ensemble des Prairies, les différences uniques entre les trois provinces devaient aussi être examinées avec soin. Tout au long de ce rapport, les différences provinciales sont soulignées afin de reconnaître qu'il n'existe pas une expérience unique, ni une approche universelle applicable aux trois provinces. Il existe par ailleurs une grande diversité au sein de chacune des provinces, ce qui démontre la nécessité d'adopter des solutions ou des parcours multiples. Des mots de reconnaissance de ces terres sont présentés à la page précédente pour rendre hommage à ces terres uniques, à leur histoire et aux personnes qui y vivent.

FEUILLE DE ROUTE DES PRAIRIES SUR L'HÉPATITE C : TISSER DES LIENS SIGNIFICATIFS

Peindre des histoires sur des pierres



Des personnes ayant une expérience vécue (PEV) ont guidé et enrichi notre travail dès le début. Parmi elles, des personnes jeunes et âgées, certaines qui ont eu l'hépatite C il y a plus de 40 ans, d'autres qui avaient l'infection active, et une grande variété de personnes de la communauté 2ELGBTQ+. Elles ont partagé leur sagesse et leurs paroles dans les cercles de partage et dans divers rôles. Chaque participant-e a peint une roche pour activer sa créativité et apporter une contribution visuelle. Des images de leur créativité figurent tout au long de la présente feuille de route, car ce travail est centré sur ces personnes et leur est dédié.

Onglets vers les annexes et pages des sommaires provinciaux

L'onglet violet, ici à droite en exemple, est un symbole qui renvoie à des informations supplémentaires qui se trouvent dans la section des annexes, à la fin du document.

Pour faciliter la diffusion des informations et des recommandations de ce document, nous avons écrit des résumés d'une page qui soulignent des données démographiques importantes, des messages et des domaines prioritaires à faire progresser. Ils sont destinés à soutenir les efforts actuels de communication et de plaidoyer.

Voir Annexe A pour les sommaires provinciaux

Comment lire cette Feuille de route



Le contenu de ces pages est un travail fondé sur les histoires des personnes vivant ou ayant vécu avec l'hépatite C. La Feuille de route est soutenue par un ensemble plus large de récits de leaders communautaires, de parties prenantes, de clinicien-nes et de partenaires. Chaque récit comprend des messages clés qui sont renforcés par des informations et des données supplémentaires qui forment des messages pour le changement. Des voix venues des trois provinces, réunies dans un message d'espoir.

MOTS IMPORTANTS ET ACRONYMES

Analyse GSS signifie « dépistage par analyse de gouttes de sang séché ».

L'hépatite C est une infection virale qui touche principalement le foie. Elle est causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Il s'agit d'un virus transmis par le sang, ce qui signifie qu'il passe le plus souvent d'une personne à une autre par le contact avec du sang qui le contient.

De nombreuses personnes qui ont l'hépatite C peuvent n'avoir aucun symptôme pendant des années, mais avec le temps l'infection peut entraîner de graves lésions du foie, y compris une cirrhose et un cancer du foie. Le diagnostic est généralement établi par des tests sanguins qui détectent les anticorps contre le VHC ou la présence du virus lui-même. Le traitement de l'hépatite C a beaucoup progressé : des médicaments antiviraux sont désormais capables de guérir la plupart des cas, d'où l'importance d'une détection et d'un traitement précoces.

L'intersectionnalité est un cadre théorique qui aide à comprendre comment les différentes formes d'inégalité et de désavantage se croisent et se combinent, créant des obstacles complexes pour les individus. Conçue par Kimberlé Crenshaw en 1989, l'intersectionnalité souligne que les expériences des personnes en ce qui concerne la discrimination, les avantages et le pouvoir sont influencées par de multiples éléments d'identité qui se superposent, par exemple la race, le genre, la sexualité, le handicap et bien d'autres encore. En tenant compte de ces identités croisées, l'intersectionnalité offre une approche globale pour examiner les ensembles persistants de déterminants structurels et sociaux de la santé et du bien-être, ainsi que pour comprendre les implications du pouvoir et des privilèges.

PSA signifie « programme de seringues et d'aiguilles ».

PEV signifie « personne ayant une expérience vécue ». Dans notre document, cela signifie que la personne a (ou a eu) l'infection au virus de l'hépatite C.

Test d'ARN au point de service désigne un test diagnostique pour l'hépatite C effectué à l'endroit où la personne reçoit des soins (ou à proximité); ce test donne un résultat rapide.






PIEVI signifie « personne incarcérée ou qui a une expérience vécue de l'incarcération ».

PUD signifie « personne qui utilise des drogues ».

ITSS signifie « infection transmissible sexuellement ou par le sang ».

2ELGBTQ+ désigne les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou en questionnement, et d'autres orientations sexuelles et identités de genre.

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|---|--|-------|
|  | Sommaire..... | 8-10 |
|  | But du projet et méthodologie..... | 11-15 |
|  | Les efforts d'élimination de l'hépatite C dans les Prairies..... | 16-20 |
|  | Le bien-être en hépatite C..... | 21 |
|  | La sensibilisation et l'éducation..... | 22 |
|  | Les soins centrés sur la personne..... | 23 |
|  | La stigmatisation..... | 24 |
|  | L'intersectionnalité..... | 25 |
|  | L'accès..... | 26 |
|  | L'hépatite C en prison..... | 27 |
|  | La capacité communautaire..... | 28 |
|  | Investir dans l'hépatite C et la prioriser..... | 29 |
|  | Occasions de changement..... | 30-31 |
|  | Mots de la fin..... | 32 |
|  | Annexes..... | 33-41 |
| | Méthodologie | |
| | Références | |



SOMMAIRE



En 2019, le CanHepC a publié le [Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada](#) qui fournit des conseils fondés sur les données probantes afin de soutenir les efforts du Canada pour atteindre les [cibles de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'élimination de l'hépatite C](#) d'ici 2030. Reconnaisant que les soins de santé au Canada relèvent principalement de la compétence des provinces et des territoires, le présent document, *Chemins vers le bien-être : Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C*, a été soutenu entre 2022 et 2024 pour atteindre les objectifs suivants :

- Évaluer le contexte/la situation de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'hépatite C, y compris les lacunes et les progrès.
- Identifier les obstacles spécifiques et les facteurs favorables aux soins pour l'hépatite C et à sa suppression.
- Dégager un consensus quant aux priorités spécifiques en matière de bien-être lié à l'hépatite C au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta.

La philosophie sous-jacente à ce rapport : les personnes ayant une expérience vécue (PEV) de l'infection au virus de l'hépatite C sont des expertes en la matière. Toute réflexion sur l'élaboration d'une feuille de route pour le bien-être en hépatite C doit commencer et se conclure avec elles. Ce travail a donc consisté à consulter plus de 60 personnes (dont plus de 25 étaient des PEV) et plusieurs organismes communautaires. Les neuf thèmes, les messages prioritaires et les occasions de changement qui s'en dégagent ont été dirigés et validés par des récits d'expérience et enrichis de citations et d'images puissantes.

Les Autochtones, les immigrant-es et les nouveaux/nouvelles arrivant-es de pays où les taux d'hépatite C sont plus élevés, les personnes incarcérées ou qui ont une expérience vécue de l'incarcération (PIEVI), les personnes qui utilisent des drogues (PUD) et les personnes 2ELGBTQ+ sont touchées de manière disproportionnée par l'hépatite C et continuent de rencontrer des obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins essentiels et à du soutien. Les provinces des Prairies comptent une proportion d'Autochtones supérieure à la moyenne nationale : 18,1 % au Manitoba, 17 % en Saskatchewan et 6,8 % en Alberta, alors que la moyenne nationale est de 5%(1).

Malgré l'inégalité de la prévalence de l'hépatite C dans les populations autochtones, les registres épidémiologiques actuels et les données de surveillance ne présentent pas un aperçu complet de la situation, car la plupart des efforts de collecte de données au palier provincial ne contiennent pas de données spécifiques aux Premières Nations, aux Métis ou aux Inuits. L'absence de ces informations spécifiques pose d'importants défis pour l'allocation efficace des ressources nécessaires pour répondre à cet enjeu.

Il est temps de changer le paysage de l'hépatite C dans les Prairies! L'hépatite C peut être guérie grâce à des traitements oraux très efficaces. Vu ces progrès médicaux, il faut maintenant des investissements et des politiques qui favorisent un accès facile et équitable au dépistage, au traitement et aux soins. Même s'il est maintenant possible de guérir l'hépatite C, le présent document souligne que tant et aussi longtemps que les facteurs sociaux, économiques et de bien-être personnel ne sont pas pris en compte, tout plan étroitement axé sur le traitement médical est (constamment) voué à l'échec.



Sommaire (suite)

Le processus de consultation a permis de dégager neuf thèmes ou récits :

1. La vision de l'hépatite C doit passer de celle d'une maladie à une vision de bien-être de la personne dans son ensemble :

Les priorités incluent des approches communautaires plus en amont, basées sur les pair-es et inclusives, spécifiquement liées au dépistage et à l'accès au traitement rapide (en dehors des soins spécialisés et des protocoles cliniques).

2. Prévention et éducation : Une sensibilisation, une éducation et une formation accrues sont nécessaires à tous les niveaux, y compris pour les jeunes, les leaders autochtones et les communautés autochtones, les prestataires de soins (notamment les médecins) et le public.

3. Soins centrés sur la personne : Les PEV ont souligné que le système de soins de santé actuel n'est pas conçu pour répondre aux besoins de nombreuses personnes vivant avec l'hépatite C ou présentant un risque de la contracter. En réponse à cette situation, le système doit s'orienter vers une approche centrée sur la personne, qui reconnaît et prend en compte les défis uniques et imbriqués auxquels sont confrontées de nombreuses personnes.

4. La stigmatisation a été signalée par les PEV comme étant un obstacle continu à la réponse à l'hépatite C : Il faut davantage d'éducation pour lutter contre le racisme et permettre une approche tenant compte des traumatismes dans tous les aspects des soins, y compris le dépistage, le traitement (et le retraitement), l'arrimage et l'engagement.

5. Comprendre et reconnaître que l'intersectionnalité est omniprésente dans les récits :

Lorsqu'il est question de besoins spécifiques pour l'hépatite C et les soins de santé en général, des facteurs comme la culture, l'argent et l'accès aux soins de santé s'entrecroisent et créent des obstacles à la satisfaction des besoins humains fondamentaux, à l'information, à la prévention et aux soins. Ces facteurs doivent être pris en compte pour que toute stratégie soit efficace.

6. L'accès aux soins pour l'hépatite C doit être repensé : Le traitement de l'hépatite C est plus qu'un simple médicament – il faut un soutien global 24 heures sur 24 et adopter des pratiques de guérison culturellement sûres et adaptées.

7. Il est nécessaire d'améliorer l'accès au traitement de l'hépatite C dans les établissements de détention : L'accès à des soins médicaux appropriés et aux options de traitement devrait être amélioré pour assurer que les personnes reçoivent le soutien nécessaire, quels que soient leur statut d'incarcération, la durée de leur peine et leur réintégration dans la communauté.

8. Un plaidoyer et des ressources sont nécessaires pour accroître les capacités des communautés : Il faut augmenter les ressources destinées aux clinicien-nes, aux prestataires de soins, aux communautés autochtones et aux autres acteur(-trice)s du changement.

9. Investir en priorité dans des ressources en hépatite C pour soutenir le développement des stratégies provinciales : Il faut investir pour rendre le traitement rapide, le financement durable (par opposition à un financement ad hoc pour des projets pilotes et de courte durée); et investir dans les efforts de prévention et les déterminants sociaux de la santé.



Sommaire (suite)

Et maintenant?



Ces récits donnent lieu à une occasion de changement. Ce changement et le bien-être lié à l'hépatite C sont possibles si les recommandations prioritaires suivantes sont mises en œuvre :

Secteur gouvernemental et systèmes

- a. Développer et appliquer des stratégies provinciales de sensibilisation du public qui appuient et favorisent les approches communautaires.
- b. Développer et appliquer des plans stratégiques pour la mise en œuvre de la présente Feuille de route, en tenant compte du *Modèle directeur* et de consultations provinciales continues.
- c. Investir (réinvestir) dans des stratégies spécifiques à l'hépatite C, dans une approche de bien-être.
- d. Développer des cadres de financement de base durable et non concurrentiel (en plus du financement concurrentiel) permettant la mise à l'échelle et la diffusion des résultats positifs.
- e. Modifier les politiques pour assurer un accès rapide au traitement (et au retraitement).
- f. Accroître l'accès aux ressources préventives, y compris le matériel de réduction des méfaits et l'information sur les pratiques à moindre risque pour les rapports sexuels et l'utilisation de drogues.
- g. Unifier les approches et les politiques dans tous les secteurs (santé, éducation, services sociaux, justice, etc.) et donner la priorité aux approches en amont. Ce mandat pourrait relever d'un groupe de travail provincial ou de comités interministériels.

Prestataires, communautés et organismes communautaires

- a. Implanter une formation obligatoire efficace pour les soins inclusifs et centrés sur la personne.
- b. Mettre en œuvre des protocoles pour intégrer le bien-être en hépatite C dans les examens de santé réguliers des patient-es.
- c. Veiller à des options linguistiques accessibles et inclusives dans l'information et les soins relatifs à l'hépatite C.
- d. Renforcer les approches avec les communautés rurales, éloignées, les Premières Nations, Métis, Inuits et communautés urbaines.
- e. Préconiser d'autres modèles de programmes fondés sur les pair-es et y participer.
- f. Appeler les gouvernements, chercheur(-euse)s, prestataires de soins et les communautés à impliquer de manière significative les personnes d'expérience vécue et à tenir compte de leurs voix.

VOTRE rôle...

Ce rapport a beau avoir été inspiré, éclairé et élaboré par bon nombre de parties prenantes et d'expert-es, vous avez un rôle à jouer car vous êtes désormais une voix sur ce chemin vers le bien-être en hépatite C.

- Réfléchissez aux informations, pratiques et approches actuelles aux soins en hépatite C.
- Adoptez des pratiques de bien-être en hépatite C et de soins centrés sur la personne.
- Demandez à votre gouvernement, aux chercheur(-euse)s, aux prestataires et aux communautés de veiller à ce que les voix de l'expérience vécue soient entendues et orientent les politiques et les programmes.
- Plaidez pour un financement et des ressources suffisantes en matière d'hépatite C.

Enfin, partagez ce rapport et ses conclusions avec vos communautés et vos contacts. Participez aux discussions sur l'hépatite C dans votre région. Devenez un conteur, une conteuse, car il en faut pour favoriser le changement et prioriser la réponse à l'hépatite C dans votre propre communauté.

BUT DU PROJET



Ce travail avait pour objectif d'impliquer et de consulter des parties prenantes de divers horizons et contextes de l'hépatite C (expérience vécue des populations prioritaires et des communautés affectées, secteur communautaire, première ligne, soins primaires, ministère, secteur de la santé publique, décideur(-euse)s, etc.) :

- Évaluer le contexte/la situation de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'hépatite C, y compris les lacunes et les progrès.
- Identifier les obstacles spécifiques et les facteurs favorables aux soins pour l'hépatite C et à sa suppression.
- Dégager un consensus quant aux priorités spécifiques pour le bien-être lié à l'hépatite C au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta.

**VISION : PASSER
D'UNE GESTION DE
L'HÉPATITE C EN
TANT QUE
MALADIE, VERS UN
BIEN-ÊTRE CENTRÉ
SUR LA PERSONNE**





APPROCHE :

Phase 1

Mise en place du projet
Développement de l'équipe et délimitation de l'ampleur (printemps 2022)

Phase 2

Récits d'expérience
Cercles de partage (été-automne 2022)

Phase 3

Amélioration continue
Évaluation éthique et plan à propos des populations difficiles à joindre (hiver-printemps 2022-3)

Phase 6

Concevoir notre feuille de route
Élaboration d'un rapport en collaboration (hiver-printemps 2024)

Phase 5

Récits partagés
Recueillir, valider et peindre des images de sagesse (hiver 2023)

Phase 4

Histoires de nous
Consultations communautaires (automne 2023)

Voir Annexe B pour info sur la méthodologie

Philosophie

La philosophie sous-jacente à ce rapport : les personnes ayant une expérience vécue (PEV) de l'infection au virus de l'hépatite C sont des expertes en la matière. Toute réflexion sur l'élaboration d'une feuille de route pour le bien-être en hépatite C doit commencer et se conclure avec elles. Ce travail a donc consisté à consulter plus de 60 personnes (dont plus de 25 étaient des PEV) et plusieurs organismes communautaires. La méthodologie complète, qui s'appuie sur l'expérience, comprend les éléments suivants :

1. Consultation du Cercle-conseil communautaire (composé d'environ 15 personnes du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta, y compris des PEV, des clinicien-nes et des leaders d'opinion) aux six à huit semaines pendant toute la durée du projet pour guider le processus et les points de décision en vue d'atteindre l'objectif du projet.
2. Cercles de partage dans chaque province avec environ 18 PEV pour établir les bases des messages et des thèmes du rapport.
3. Implication d'organismes communautaires pour comprendre la stigmatisation et les obstacles que rencontrent certaines personnes, notamment des personnes 2ELGBTQ+, des nouveaux(-elles) arrivant-es et des PIEVI.
4. Une vingtaine de consultations communautaires individuelles ou en groupe et d'entretiens avec des clinicien-nes, prestataires, organismes autochtones, membres de la communauté et militant-es pour la santé afin de compléter les points de vue et les messages exprimés par les PVE.
5. Révision des citations clés des cercles de partage et des consultations par un groupe plus restreint de six à sept personnes (deux à trois par province) et validation des messages clés dans leurs propres mots. Transposition de ces messages en images par un auteur graphique; ces images ont également été validées et sont utilisées tout au long de cette feuille de route.

LES EFFORTS D'ÉLIMINATION DE L'HÉPATITE C DANS LES PRAIRIES

L'obligation du Canada de lutter contre l'hépatite C se reflète dans les efforts louables entrepris au fil des ans et dans ses engagements futurs qui sont décrits dans son [Plan d'action 2024-2030 sur les ITSS](#). Les provinces des Prairies également ont réalisé des progrès dans la réponse à l'hépatite C, comme l'accès élargi au traitement financé par les provinces pour toute personne qui a une assurance santé, publique ou privée. Toutefois, au milieu de ces avancées, il est crucial de reconnaître que certaines populations sont encore négligées et ne reçoivent pas l'attention et le soutien dont elles ont besoin de toute urgence.



Les populations autochtones, les immigrant-es et les nouveaux(-elles) arrivant-es de pays où les taux d'hépatite C sont plus élevés, les PIEVI, les PUD et les personnes 2ELGBTQ+ sont touché-es de manière disproportionnée par l'hépatite C et continuent de rencontrer des obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins essentiels et à du soutien. Les provinces des Prairies comptent une proportion d'Autochtones supérieure à la moyenne nationale : 18,1 % au Manitoba, 17 % en Saskatchewan et 6,8 % en Alberta, alors que la moyenne nationale est de 5 %.(1)

Malgré l'inégalité de la prévalence de l'hépatite C dans les populations autochtones, les registres épidémiologiques actuels et les données de surveillance ne permettent pas de dresser un tableau complet de la situation, car la plupart des efforts de collecte de données au palier provincial ne contiennent pas de données spécifiques aux Premières Nations, aux Métis ou aux Inuits. L'absence de ces informations spécifiques pose d'importants défis pour l'allocation efficace des ressources nécessaires pour répondre à cet enjeu.

Par ailleurs, les défis rencontrés par les populations autochtones résidant en régions urbaines, rurales et éloignées sont différents, notamment pour l'accès à des services de dépistage, de traitement et de soins globaux adaptés à la culture. Les communautés rurales et isolées, autochtones et non autochtones, demeurent confrontées à des lacunes importantes dans les soins pour l'hépatite C – un élément de nuance qui est souvent laissé pour compte dans les évaluations générales des services disponibles au sein des communautés autochtones.



De juillet 2022 à juin 2023, l'Alberta a accueilli 54 287 nouveaux(-elles) arrivant-es, soit 11,5 % du total des personnes reçues au Canada pendant cette période. La Saskatchewan et le Manitoba ont accueilli respectivement 26 124 et 25 591 nouveaux(-elles) arrivant-es.(3) On estime que 2 % des nouveaux(-elles) arrivant-es ont l'infection à hépatite C, ce qui contraste avec la prévalence de 0,8 % dans l'ensemble de la population canadienne.(4)



Les établissements provinciaux de détention sont confrontés à des taux de roulement élevés, avec des admissions et des libérations fréquentes, principalement en raison de la courte durée des peines. On estime à 9,5 % la proportion de personnes qui a eu l'hépatite C pendant un séjour dans un établissement provincial en Alberta, les femmes présentant une prévalence plus élevée que les hommes.(5) Environ 44 % des cas étaient de nouveaux diagnostics. En outre, les Autochtones (en particulier les femmes) et les PUD sont surreprésentés dans ces établissements. La nature transitoire des incarcérations et les priorités concurrentes au moment de la remise en liberté posent d'importants défis pour assurer la continuité des soins aux personnes concernées. On estime qu'environ 45 % des PUD ont contracté l'hépatite C, tandis que la prévalence chez les personnes s'identifiant comme 2ELGBTQ+ est de 4 %.(4)

La pandémie de COVID-19 a eu un impact dévastateur sur ces populations. Les restrictions durant la pandémie ont entraîné un recul des programmes de réduction des méfaits, ce qui a augmenté le risque d'infection et de réinfection par l'hépatite C. Puisque les priorités étaient modifiées et que les patient-es hésitaient à aller dans des centres de soins, les tests de dépistage de l'hépatite C ont été interrompus dans les laboratoires surchargés, ce qui a affecté les taux d'amorce de traitement.





La stigmatisation demeure un obstacle répandu à l'accès aux soins pour l'hépatite C, affectant principalement les populations prioritaires mal desservies. Les populations autochtones font depuis longtemps l'objet d'une discrimination systémique, de traumatismes historiques et d'un manque de sensibilité culturelle dans les établissements de soins, ce qui a entraîné une méfiance à l'égard de la médecine occidentale. Les nouveaux(-elles) arrivant-es peuvent être confronté-es à des barrières linguistiques, à la discrimination et à d'autres problèmes, dans l'accès aux soins.

La stigmatisation associée à l'utilisation de drogues et à l'incarcération perpétue les idées fausses selon lesquelles les personnes qui se trouvent dans ces contextes ne méritent pas de recevoir de services de santé. Les personnes qui utilisent des drogues sont souvent confrontées à des éléments croisés de stigmatisation liée à l'usage de substances, à la pauvreté et à la criminalisation. La peur du jugement, de la discrimination et de la violation de la confidentialité décourage ces personnes de demander des services de santé. Souvent, la stigmatisation s'accroche aux personnes pendant des années et continue de leur poser des obstacles aux soins. En outre, les personnes 2ELGBTQ+ sont confrontées à des difficultés particulières dans l'accès aux soins pour l'hépatite C, notamment la discrimination au motif de l'orientation sexuelle, l'homophobie et la stigmatisation liée au VIH qui les recoupe.

Pour lutter efficacement contre ces iniquités, il est essentiel d'adopter une approche intersectionnelle dans l'élaboration des cascades de soins et des plans d'action en hépatite C. En reconnaissant les défis culturels et situationnels uniques qui contribuent aux inégalités de santé pour ces populations, nous pouvons faire en sorte que les efforts soient réellement inclusifs et équitables, ne laissant aucune communauté de côté dans le cadre des efforts pour atteindre les objectifs d'élimination.

En décembre 2023, le Manitoba a publié une mise à jour de son Protocole relatif à l'hépatite C(6) qui comporte d'importants changements par rapport à la version précédente (2014). Ces changements incluent l'abandon de l'exigence d'un test de génotype avant l'amorce d'un traitement, la recommandation du dépistage prénatal et la reconnaissance de technologies émergentes comme l'analyse GSS et le test d'ARN au point de service.(6) Le gouvernement provincial a aussi fait état de progrès(7) dans l'élaboration d'une stratégie provinciale sur les ITSS. Toutefois, au moment de rédiger ces lignes, la stratégie actualisée attendue en 2023 n'avait pas encore été publiée.

Le nombre annuel d'ordonnances d'antiviraux à action directe (AAD) au Manitoba atteint en moyenne la cible, mais une augmentation de 23 % par rapport à 2022 est nécessaire pour atteindre les objectifs souhaités.(7) Puisque l'accès aux AAD n'est pas encore intégré dans les soins primaires, il nécessite encore une ordonnance de spécialiste – hépatologue ou spécialiste en médecine interne ou en maladies infectieuses. Fait notable, la province dépasse de 121 % le nombre ciblé d'aiguilles et seringues distribuées par PID, ce qui témoigne de réels efforts de réduction des méfaits.(7) Les mesures additionnelles incluent la mise en œuvre d'un modèle de consultation électronique pour favoriser une communication efficace entre prestataires de soins de santé primaires et spécialistes.(8) De plus, la clinique Mount Carmel facilite les soins de santé et les services de réduction des méfaits pour les personnes qui ne sont pas reliées à un-e prestataire de soins primaires et qui font face à des obstacles au traitement.

Les partenariats de collaboration avec des programmes résidentiels et hospitaliers de traitement de la dépendance (p. ex. la Nelson House Medicine Lodge et le Native Addictions Council of Manitoba) montrent l'engagement de la province à répondre aux besoins complexes des PEV. Le Manitoba Harm Reduction Network (MHRN) joue un rôle essentiel en aidant des PEV et des PUD à élaborer et à diriger leurs propres initiatives de réduction des méfaits. Le MHRN favorise le renforcement des capacités et la résilience chez les Autochtones en promouvant des interventions culturellement adaptées et durables comme des activités de récit, des réunions dans les territoires et l'engagement communautaire.

Ces initiatives louables ne suffisent malheureusement pas à résoudre le problème de l'hépatite C au Manitoba, en particulier en ce qui concerne l'accès au traitement rapide et le retraitement. Par ailleurs, les récents protocoles ne répondent qu'aux exigences les plus élémentaires et ne sont pas appliqués uniformément à travers la province. En conséquence, le Manitoba affiche toujours les chiffres les plus élevés du pays en matière d'hépatite C – soit un taux déclaré de 42,3 cas par 100 000 habitant-es en 2021, bien au-delà du taux national de 19,7 cas par 100 000 habitant-es.(7) Les nouveaux cas déclarés entre 2015 et 2019 ont augmenté de 85 %, ce qui est très loin de l'objectif d'une réduction de 30 % pour 2020.(7)



JOURNEYS TO WELLNESS

Prairie Hepatitis C Roadmap



MANITOBA SUMMARY

What's working?

On Track for meeting WHO targets:



2023 STBBI Action Plan**



Exceeds the targeted number of needles and syringes distributed per PWID by 121% (7)

**plan not available at time of this report - release date unknown

26,500

more people in MB tested for hepatitis C virus in 2021 than in 2018.

*refers to laboratory testing performed subsequent to initial test results used to further identify significant diagnostic information for appropriate patient care

What's not working?

MB has the

HIGHEST

rate of new cases in the country (42.3 versus 19.7 cases per population). (7)

The new cases reported between 2015 and 2019 increased by 85%, moving in the opposite direction to the targeted 30% reduction by 2022. (7)

NOT on Track for these WHO targets:

- X Hep C new infections
- X Hep C targets
- X Hep C prenatal testing
- X Hep C DAA

Where is the opportunity for change?

- Implement policy changes to ensure rapid access to treatment (and re-treatment) is available, including expanded policies to enable treatment access through primary care and pharmacy settings
- Implement enhanced hep C policies and protocols that facilitate access to treatment and support for people entering incarceration (including remand) facilities
- Unite approaches and policies across sectors (e.g., health, education, social services, justice) and prioritize upstream approaches that help address the social and structural determinants of health

INVEST IN

access to treatment AND re-treatment



Misconceptions, bureaucratic hurdles and lack of decentralization of treatment providers to include primary care and pharmacists (especially noted in MB) are limiting re-treatment access.



SASKATCHEWAN

Des développements notables ont également eu lieu en Saskatchewan. Le nombre d'ordonnances annuelles d'AAD dans la province a dépassé l'objectif établi. L'élimination des obstacles (sauf en ce qui concerne l'approbation du dépistage au point de service) et l'autorisation accordée à certain-es infirmier(-ère)s de commander et d'interpréter des tests de laboratoire et des échographies, et de prescrire l'amorce d'un traitement, ont considérablement amélioré l'efficacité.

La province a adopté des approches novatrices pour l'accès au traitement, par des initiatives comme la Classe virtuelle STEPS, qui forme des infirmier(-ère)s, des prestataires de soins primaires et des pharmacien-nes au rôle de prescripteur(-trice)s d'AAD.

L'engagement communautaire est un pilier de la lutte contre l'hépatite C et d'autres ITSS, en Saskatchewan, comme l'illustrent des programmes tels que Know Your Status (KYS). Initialement axé sur les soins pour le VIH dans les réserves, le programme KYS a évolué pour inclure l'hépatite C et d'autres ITSS, favorisant la sensibilisation, la prévention, la réduction des méfaits et la prise en charge clinique. Les cliniques mobiles en hépatite C sont devenues une ressource importante pour apporter directement aux communautés des Premières Nations le dépistage, l'éducation, le fibroscan et le traitement par AAD. Des modèles de soins communautaires comme ceux développés par le Sturgeon Lake Cree Nation Health Centre et le projet DRUM & SASH intègrent les pratiques autochtones de bien-être aux services de santé occidentaux, ce qui assure la prestation de soins holistiques et culturellement adaptés. La province compte également des établissements de recherche d'avant-garde notamment le Centre Waniska, la Wellness Wheel Clinic et le Saskatchewan Infectious Disease Care Network.

La Saskatchewan demeure cependant aux prises avec des taux élevés d'hépatite C : le taux déclaré y est de 38,3 cas par 100 000 habitant-es, soit près du double du taux national.⁽⁷⁾ La diminution de 20 % des nouveaux cas entre 2015 et 2019 n'a pas atteint l'objectif de réduction de 30 %.⁽⁷⁾ Malgré ces défis, le gouvernement provincial a annoncé qu'il allait réduire les programmes de réduction des méfaits et la distribution de pipes et de conseils pour l'utilisation plus sécuritaire des drogues; retirer son financement aux organismes qui fournissent ces services; et limiter les programmes de seringues (PS) à une fonction d'échange. Ces changements ne sont pas en phase avec les données actuelles et posent des défis considérables à ceux et celles qui travaillent auprès de PID.⁽⁹⁾ Il s'agit d'obstacles à la prise en compte des besoins complexes des populations prioritaires.

Enfin, malgré l'existence d'une feuille de route générale pour l'autorité sanitaire provinciale, il n'existe pas de plan d'action spécifique à l'hépatite C ou aux ITSS. D'importantes pénuries de main-d'œuvre ont également été signalées dans les soins de santé, en particulier en milieu rural. ⁽¹⁰⁾



JOURNEYS TO WELLNESS

Prairie Hepatitis C Roadmap



SASKATCHEWAN SUMMARY

What's working?

On Track for meeting WHO targets:

- ✓ DAA prescribing count surpasses targets
- ✓ Hep C reflex* RNA testing
- ✓ Community engagement is a central pillar of SK's approach to addressing hep C

What's not working?

SK has **DOUBLE** the national rate of cases (38.3 versus 19.7 cases per population) (7)

The 20% reduction in new cases between 2015 and 2019 fell short of the 30% target reduction. (7)

20%
Between 2015 and 2019 in SK there was a 20% reduction in reported cases of hep C.

*refers to laboratory testing performed subsequent to initial test results used to further identify significant diagnostic information for appropriate patient care

NOT on Track for these WHO targets:

- ✗ No strategy or plan in place
- ✗ Rolling back of harm reduction programs

Where is the opportunity for change?

- Increase access to prevention resources, including harm reduction equipment and information for safer sex and drug use. Creating resources in First Nation, Métis, Inuit and other languages provides community organizations with resources to develop their own resources
- Implement enhanced hep C policies and protocols that facilitate access to treatment and support for people entering incarceration (including remand) facilities
- Unite approaches and policies across sectors (e.g., health, education, social services, justice) and prioritize upstream approaches that help address the social and structural determinants of health

INVEST IN
awareness AND prevention



Opportunities, like those identified by the WHO, to implement cost-effective interventions such as NSPs and opioid agonist therapy (OAT), reduces the risk for hep C infection by up to 74%.



ALBERTA

L'Alberta a établi une voie d'accès aux soins primaires pour le VHC (la *Hepatitis C Virus Primary Care Pathway*), accompagnée d'une ligne de téléconseils réservée aux prestataires et de protocoles de soins cliniques, ce qui facilite l'arrimage à des soins spécialisés comme le Specialist Link à Calgary.(11) La province a également mis en place des mécanismes d'autoréférence et d'aiguillage par un-e infirmier(-ère) ou un-e pharmacien-ne communautaire, pour les soins de l'hépatite C, assurant l'accessibilité aux personnes vivant dans les réserves et hors de celles-ci.(12) La collaboration entre Alberta Health Services (AHS) et des dirigeant-es de communautés autochtones pour l'accès à la vaccination, à des services de santé sexuelle et au dépistage des ITSS est un excellent exemple d'événements de bien-être organisés pour des populations prioritaires. Des partenariats ont également été établis avec des programmes résidentiels de traitement des dépendances, notamment les centres de traitement Poundmaker's Lodge, le Centre Our House Addiction Recovery pour les hommes et le Centre Adeara Recovery pour les femmes (et leurs enfants). La mise en œuvre du modèle d'Équipe pour l'observance et l'engagement communautaire, composée d'un personnel multidisciplinaire de proximité communautaire qui fournit des services de soutien complets aux personnes vivant avec l'hépatite C et le VIH, de même que l'élargissement du rôle de différent-es infirmier(-ère)s spécialisé-es dans le diagnostic et la prescription d'AAD, ont permis de mieux étendre les soins aux communautés difficiles à joindre.(13)

Malgré ces belles réalisations, des défis considérables persistent. La diminution de 16 % des nouveaux cas entre 2015 et 2019 n'est pas à la hauteur de l'objectif pour 2020 qui était de 30 %.(7) La province est actuellement aux prises avec une forte pénurie de travailleur(-euse)s de la santé. Alors que la population de l'Alberta a augmenté de 194 000 personnes entre octobre 2022 et octobre 2023 (une hausse de 4,3 %), environ 20 000 praticien-nes des soins de santé ont quitté la province.(14) De plus, le gouvernement albertain a annoncé récemment son intention de légiférer pour restreindre les options de soins de santé touchant l'identité de genre et l'affirmation du genre, de même que les programmes sur la sexualité et l'orientation sexuelle à l'intention des jeunes.(15) Ces mesures risquent de créer des obstacles supplémentaires à l'accès aux services essentiels de santé sexuelle pour les jeunes de genres divers, ce qui exacerberait le risque d'exposition aux ITSS. En outre, le déplacement incessant des campements de personnes en situation de logement instable exacerbe les vulnérabilités, en particulier chez celles qui sont aux prises avec une dépendance aux drogues, ce qui accroît les risques d'infection par l'hépatite C, le VIH et d'autres ITSS alors qu'elles peinent à accéder à des soins de santé.

Par ailleurs, malgré l'élimination de restrictions d'admissibilité au traitement en prison (à l'exception du critère d'une incarcération d'au moins 24 semaines), l'absence de rapports sur le nombre et les proportions de PIEVI dépistées et traitées pour l'hépatite C demeure préoccupante. L'absence de PS mine la réduction des méfaits et perpétue des inégalités en santé. De plus, l'absence d'un protocole clair d'orientation et d'arrimage à des ressources communautaires après la remise en liberté perpétue un cycle d'accès limité au traitement. Les PIEVI font également face à des défis en matière de soutien social. Elles ne sont plus admissibles au soutien du revenu après leur remise en liberté (p. ex. Revenu assuré pour les personnes gravement handicapées et Alberta Works), ce qui nuit d'autant plus à leur capacité à réintégrer la société en l'absence de structures de soutien social appropriées.

Des progrès significatifs vers l'élimination de l'hépatite C ont été réalisés en Alberta. Le taux d'hépatite C déclaré en 2021 était de 14,7 cas par 100 000 habitant-es, ce qui est nettement inférieur au taux national de 19,7 cas par 100 000 habitant-es.(7) Malgré l'absence d'un cadre stratégique actualisé sur les ITSS, des révisions complètes de la cascade des soins ont permis d'élargir l'accès aux services de diagnostic et de traitement dans l'ensemble de la province. Parmi les progrès notables, citons la mise en œuvre du dépistage réflexe de l'ARN et du dépistage prénatal de l'hépatite C, qui ont permis de détecter annuellement jusqu'à 25 nouveaux cas d'hépatite C depuis leur mise en place.



JOURNEYS TO WELLNESS

Prairie Hepatitis C Roadmap



ALBERTA SUMMARY

What's working?

On Track for meeting WHO targets:

- ✓ Hep C targets on track
- ✓ Hep C cases - almost on track
- ✓ Hep C reflex* RNA testing
- ✓ Hep C prenatal testing
- ✓ DAA - almost on track

Despite the absence of an updated STBBI Strategic framework, comprehensive reviews of the care cascade pathway have expanded access to diagnosis and treatment services across the province.

14.7 Alberta cases of hep C per 100,000 in 2021 vs. 19.7 nationally

What's not working?

The 16% reduction in new cases between 2015 and 2019 failed to meet the targeted 30% reduction by 2020. (7)

NOT on Track for these WHO targets:

- ✗ No updated strategy or plan
- ✗ No needle and syringe programs for PWID

Where's the opportunity for change?

- Invest (re-invest) in hep C-specific strategies that are framed within a wellness approach and unite the health care system towards accountability for shared goals
- Implement enhanced hep C policies and protocols that facilitate access to treatment and support for people entering incarceration (including remand) facilities
- Develop sustained, core and non-competitive funding frameworks that enable scale and spread of models and pilot programs that have demonstrated outcomes and success

INVEST IN

equity (esp. for northern and remote communities) AND person-centred care



Opportunities to adapt an intersectional lens to person-centred care approaches reduces stigma while elevating a wellness model.

LE TEMPS DU CHANGEMENT, C'EST MAINTENANT!



« Les progrès dans le domaine du virus de l'hépatite C (VHC) constituent une percée médicale majeure de notre époque. »

« Les progrès dans le domaine du virus de l'hépatite C (VHC) constituent une percée médicale majeure de notre époque. Après la découverte du VHC en 1989, nous avons vite constaté qu'il était la principale cause de maladie hépatique et de greffe du foie. Pendant près de 25 ans, nous avons peu de choses à offrir aux personnes vivant avec cette infection et avec les complications qu'elle entraîne : les traitements étaient toxiques et inefficaces. Tout a changé au cours des dernières années. Nous pouvons aujourd'hui offrir des traitements qui sont simples, sûrs, bien tolérés et dont le taux de guérison dépasse les 95 %. Nous voyons les gens poursuivre leur vie et c'est une expérience extrêmement gratifiante. Ces progrès rapides nous offrent une rare occasion d'éliminer cette maladie infectieuse en tant que problème de santé publique au Canada. »

Comité de rédaction et Groupes de travail du Modèle directeur du Réseau Canadien sur l'Hépatite C. Modèle directeur pour éclairer les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. Mai 2019.

« L'élimination de l'hépatite C virale est à la portée du Canada. »

« L'hépatite C est guérissable au moyen de traitements très efficaces consistant à prendre des comprimés tous les jours pendant 8 à 12 semaines, lesquels n'entraînent généralement aucun effet secondaire. L'hépatite B est une infection évitable par la vaccination et, bien qu'il n'y ait pas encore de remède, des traitements permettent de la prendre en charge, de prévenir le stade avancé de la maladie hépatique et de réduire le risque de cancer. Compte tenu de ces progrès médicaux, nous avons maintenant besoin de politiques de nature à favoriser un accès facile et équitable au dépistage, au traitement et aux soins. »

Action hépatites Canada. Rapport 2023 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada. Toronto, ON. Mai 2023.

« Si on ne s'occupe pas des facteurs de risque sous-jacents, on n'y arrivera pas. Les pilules guériront le virus mais pas les dommages mentaux, émotionnels et spirituels causés par l'hépatite C. »

– Un-e membre du Cercle-conseil communautaire

DES RÉCITS QUI PARLENT : LE BIEN-ÊTRE

MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Vivre avec l'hépatite C** : Les personnes ayant une expérience vécue ont indiqué que pour répondre à l'hépatite C, il faut **IMPÉRATIVEMENT** adopter une perspective de bien-être (plutôt que de maladie) et l'intégrer comme un élément de la santé globale de la personne. Les éléments de ce rapport ont été vus comme une nouvelle façon de parler de l'hépatite C et d'établir des liens, ainsi que de prévenir et de traiter l'hépatite C dans le cadre d'un mode de vie sain.
- **S'unir en tant que communauté** : Les Premières Nations, les Métis, les Inuits et les autres communautés ont été encouragé-es à ne pas faire de secret à propos de l'information et des soins relatifs à l'hépatite C, et à commencer à les envisager sous l'angle du bien-être, pour les intégrer dans la vie quotidienne et les célébrer.
- **Programmes fondés sur les pair-es** : Aux quatre coins du pays, les modèles basés sur les pair-es sont considérés comme une façon positive et efficace d'établir des liens, de partager des informations et d'arrimer les personnes aux soins. Un soutien approprié et des mesures de sécurisation doivent être mis en place pour soutenir ces programmes de pair-es.

« Notre façon de parler de ce sujet doit changer. La stigmatisation est due à la façon dont nous en parlons. Nous devons l'envisager comme un problème de santé qui peut être traité, comme d'autres. En parler en messages de santé, en messages de bien-être. Pas avec un ton de stress, de honte ou de saleté. Cadrer nos messages dans une approche relaxante, légère, porteuse d'espoir. » – Une PEV

« Je suis tellement reconnaissante d'être en vie. Nous devons faire appel à des personnes ayant une expérience vécue. Elles doivent être impliquées parce que les personnes de la communauté leur feront confiance. » – Une PEV

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Approches en amont** : La prise en charge traditionnelle des maladies, souvent basée sur la peur, a échoué. Un point de mire sur les méthodes en amont, le renforcement des capacités communautaires et la prise en compte des déterminants sociaux et structurels de la santé ont été couronnés de succès.
- **Bien-être élargi** : Il faut adopter des approches accessibles et variées en matière de dépistage, en conjonction avec un accès rapide aux traitements. L'accès au traitement au-delà des soins spécialisés et des protocoles cliniques, en rattachant l'hépatite C aux tests plus généraux d'ITSS et aux examens de santé générale, a été décrit comme essentiel au succès.

DES RÉCITS QUI PARLENT : LA SENSIBILISATION ET L'ÉDUCATION MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Éducation complète des jeunes** : Il est nécessaire de sensibiliser davantage les jeunes à l'hépatite C, en ouvrant l'horizon au-delà du milieu des soins de santé pour inclure les établissements d'enseignement. Le dépistage gratuit doit être intégré dans les programmes d'éducation sexuelle et dans de nombreux lieux communautaires. Cela permettra d'améliorer la compréhension et de promouvoir des pratiques de santé proactives.
- **Éducation inclusive par le biais des Aîné-es de la communauté** : Mettre l'accent sur le renforcement des initiatives de sensibilisation, en particulier pour les populations autochtones, en passant par les Aînés de la communauté, comme les grands-mères. Ces détenteur(-trice)s de connaissances, une fois dotées d'informations sur l'hépatite C, peuvent transmettre des messages efficaces en utilisant possiblement des langues ancestrales pour combler les lacunes dans la communication et contribuer à des résultats plus inclusifs.

« On devrait faire tous les tests à l'école; j'ai eu [l'hépatite C] quand j'étais tout petit. » – Une PEV

« Il s'agit de savoir ce qui arrive avec ces ressources dans la communauté. Les grands-mères ont également besoin d'informations à leur table. » – Un-e leader communautaire

« Nous avons les idées. Les gens doivent commencer à écouter les pionniers et pionnières. » – Une PEV

« Nous devons former les professionnel-les de la santé très tôt. Il faudra des années pour y parvenir. Nous devons faire preuve de patience. Parler de la stigmatisation. Défaire les compartiments. Parler des dépendances et des traumatismes intergénérationnels. Tout est lié. » – Une prestataire de soins

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

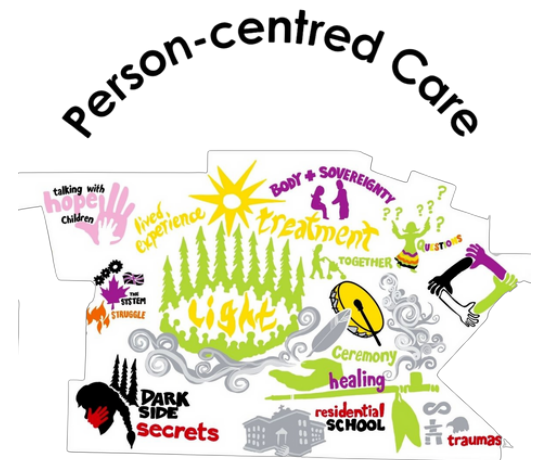
- **Formation des prestataires** : Une formation des prestataires sur les protocoles pour l'hépatite C (p. ex. nouvelles options de traitement et de retraitement) est nécessaire. Ceci inclut de disposer d'informations continues et actuelles sur les facteurs contribuant à l'augmentation des taux d'hépatite C, comme les tendances de l'utilisation de drogues et du sans-abrisme.
- **Éducation du public** : Renforcer l'éducation du public, en particulier dans les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, et explorer des modèles internationaux susceptibles d'être adaptables aux Prairies afin de répondre à l'hépatite C.

Capsule info

L'OMS recommande des mesures efficaces comme les PSA et le traitement par agonistes opioïdes (TAO). Ensemble, ces deux mesures réduisent le risque d'infection au VHC de jusqu'à 74 %.

– Comité de rédaction et Groupes de travail du Modèle directeur du Réseau Canadien sur l'Hépatite C. Modèle directeur pour éclairer les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada. Mai 2019.

DES RÉCITS QUI PARLENT : LES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Changement de système** : Le système de soins de santé actuel n'est pas conçu pour les besoins d'un grand nombre des personnes vivant avec le VHC ou à risque de le contracter. Pour répondre à l'hépatite C, le système doit s'orienter vers une approche centrée sur la personne, qui reconnaisse et prenne en compte les défis uniques et interconnectés que rencontrent de nombreuses personnes. Cela permettra des soins plus efficaces, plus accessibles et inclusifs, en temps opportun.
- **Langage stigmatisant et barrières** : L'usage du terme « élimination » a été perçue comme violente, car le virus fait partie des personnes vivant avec l'hépatite C. Ce terme pourrait donner à des personnes vivant avec l'hépatite C l'impression que le système veut les éliminer en même temps que le virus. Des prestataires de soins ont aussi exprimé le sentiment que le langage doit changer, pour éviter les étiquettes stigmatisantes – et pour mettre l'accent plutôt sur l'obtention de résultats au-delà de la suppression virale, par exemple le soutien aux personnes vivant avec l'hépatite C pour qu'elles jouissent d'une bonne santé générale.
- **Les déterminants de la santé sont cruciaux pour la santé avec l'hépatite C** : La prévention et le traitement peuvent être difficiles, surtout lorsque la vie comporte des défis. Nous avons besoin de plus que des solutions médicales. Nous avons besoin de soutien pour des choses de base comme la nourriture et les conditions de vie, afin que chacun-e puisse mieux se protéger et se soigner.

« Nous avons besoin de plus de partenariats. Qu'en est-il de la santé mentale? Pourquoi pas un centre, avec un personnel constant? Des infirmier(-ère)s partenaires. Une liste de client-es que nous pourrions nous entraider à retrouver. Pourquoi on dit toujours que les gens doivent venir à nous – pourquoi on ne va pas à la rencontre des gens? » – Un-e prestataire de soins

« Il faut mettre l'accent sur le remplacement du vieux langage par un nouveau langage qui est porteur de guérison... dans l'ensemble du système et des cercles de soins. Nous avons besoin de nouvelles façons de parler de tout ça. Et si nous parlions de la santé du foie, de la clarté du sang et du corps et que nous nous débarrassions de mots tels que "test" et "élimination" »? – Un-e leader communautaire

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV, à l'appui de tous ces changements au système, en particulier :

- **Coïnfection** : La coïnfection à VIH a été signalée par les prestataires comme un défi pour la gestion de la santé. Les ressources pour répondre à des besoins de soins complexes ont été identifiées comme insuffisantes. Le contexte additionnel offert par des PEV indique que le fait d'avoir la coïnfection à VIH améliore souvent l'accès aux soins pour l'hépatite C, car les ressources pour le VIH sont plus facilement accessibles.

DES RÉCITS QUI PARLENT : LA STIGMATISATION MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Des conversations ouvertes** : Pour briser les stigmates qui pèsent sur la prévention et les soins de l'hépatite C, il faut des conversations ouvertes. En encourageant le dialogue et en brisant le silence, on pourra sortir l'hépatite C de l'obscurité, vers la lumière, et créer un environnement de bien-être qui peut contribuer à dissiper les idées fausses et à favoriser la compréhension.
- **L'éducation** : La stigmatisation des personnes qui vivent ou ont vécu avec l'hépatite C est constante et présente dans tous les aspects des soins. Des lacunes ont été signalées en matière d'éducation, notamment en ce qui concerne les répercussions du colonialisme et des traumatismes sur le domaine médical. Cela a été signalé comme une priorité, car cette éducation contribuerait à améliorer la faible compréhension actuelle et à atténuer les impressions de jugements.



« Il y a beaucoup de racisme. Je n'aime pas le dire, mais c'est un fait. Certain-es médecins qui n'étaient pas vraiment d'accord avec le programme disaient : "Quelle tristesse, que des gens attrapent encore l'hépatite C alors qu'on peut tout à fait l'éviter." Les médecins ne comprennent pas toujours que la vie n'est pas aussi simple pour tout le monde... ».

– Un-e prestataire communautaire de première ligne

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Racisme** : Des cliniciennes ont souligné l'importance de lutter contre le racisme, y compris le racisme systémique qui contribue à des iniquités dans les soins de santé.
- **Traitement** : Les politiques et protocoles d'assurance créent des obstacles qui limitent l'accès au retraitement, en particulier dans les endroits où les services pour l'hépatite C et les ITSS sont limités.
- **Soins tenant compte des traumatismes** : Des cliniciennes ont signalé la nécessité d'une formation plus poussée à propos des soins tenant compte des traumatismes, pour repérer la stigmatisation et y répondre afin qu'elle ne devienne pas un obstacle à l'accès aux soins de santé.

Capsule info

Des prestataires de soins (AB) et des PEV (MB) ont signalé un obstacle perçu quant à l'accès au retraitement, qui est attribué aux politiques des compagnies d'assurance. Une demande de vérification de ces politiques a été recommandée et, au besoin, leur contestation.

DES RÉCITS QUI PARLENT : L'INTERSECTIONNALITÉ

MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Comprendre et reconnaître l'intersectionnalité** : Chaque personne a son histoire et son contexte bien à elle, lorsqu'il s'agit des besoins spécifiques en soins pour l'hépatite C et pour la santé en général. Des facteurs tels que la culture, l'argent et l'accès aux soins de santé s'entrecroisent et créent des obstacles à la réponse aux besoins humains fondamentaux, à l'information, à la prévention et aux soins. Ces facteurs peuvent parfois porter atteinte aux droits humains. Des PEV ont livré des témoignages qui parlent d'isolement, de discrimination, et de cas où des politiques et des prestataires de soins ont empêché l'accès aux soins.

*« Mon médecin m'a laissé vivre avec pendant longtemps avant d'accepter de me donner un traitement. Je voyais d'autres personnes se faire soigner, mais pas moi. C'est n'importe quoi. Pourquoi m'avoir fait attendre si longtemps? Pourquoi ne valait-il pas la peine de me soigner? Je n'ai finalement été soignée que lorsque j'étais vraiment malade. C'est tellement f**ké... pourquoi pas moi? » – Une PEV*

« Je me sens souvent acceptée dans ma communauté transgenre, mais ailleurs je ne dis rien. On ne peut jamais deviner ce que pense une personne [et] si on sera en sécurité. J'ai entendu beaucoup d'histoires d'horreur au sujet de tentatives d'obtenir de l'aide... et j'ai l'impression que la situation ne fait qu'empirer pour nous en ce moment. » – Une PEV s'identifiant comme transgenre

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Pourquoi devons-nous comprendre l'intersectionnalité?

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Formation** : Les prestataires de soins ont besoin d'une formation sur l'intersectionnalité pour reconnaître et changer les pratiques qui marginalisent les individus. L'injustice sociale (et l'échec en matière de santé) persiste si des facteurs comme le statut social, le pouvoir, l'âge, le racisme, le sexisme, le classisme et l'homophobie ne sont pas pris en compte dans les soins.

La compréhension de l'intersectionnalité offre :

- une perspective utile pour examiner l'interaction entre les déterminants structurels et sociaux de la santé
- un point de mire sur les systèmes d'oppression qui se chevauchent et sur la résistance face à l'oppression
- le contexte d'expériences distinctes de privilège et de désavantage, leurs causes profondes et leurs relations avec l'équité, la santé et le bien-être
- une attention à la réflexion critique pour voir comment des éléments sous-jacents de préjugés, valeurs, croyances et normes sont liés au pouvoir et à l'oppression, et orientent les pratiques et la prise de décisions.

DES RÉCITS QUI PARLENT : L'ACCÈS



MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Il faut des approches axées sur la personne globale, pour les soins et la guérison :** Le traitement de l'hépatite C est plus qu'un simple médicament – il s'agit de bénéficier d'un soutien global continu et d'adopter des pratiques de guérison culturellement sûres et qui s'adaptent. L'accès à ces soins complets peut faire une réelle différence dans le cheminement vers la guérison.
- **Un accès rapide au traitement :** Une campagne publique est nécessaire pour faire savoir à tout le monde (et pas seulement aux populations dites « vulnérables ») que l'hépatite C peut être traitée. Le traitement doit être largement disponible pour toute personne, quelle que soit sa situation (y compris en prison). Ceci devrait être appuyé par l'accès en milieu communautaire au dépistage rapide des anticorps et à la mesure de la charge virale (p. ex. tests aux points de services) fourni par des intervenantes en santé communautaire. Si l'on compte uniquement sur du personnel de laboratoire autorisé, des infirmier(-ière)s et des médecins, on crée des obstacles au dépistage et autres tests.

« Je sais qui habite où, dans la communauté. Je sors tous les jours et je m'assure que chaque personne reçoit les médicaments dont elle a besoin. » – Une prestataire de soins

« Après mon traitement, c'était comme si j'avais un corps neuf. » – Une PEV

« [Les organismes communautaires] ont des gens très sympathiques. Je les apprécie vraiment. Ils m'aident beaucoup... Je m'efforce de reprendre ma vie en main; pour mes enfants, pour moi-même, je guéris. Je vais vraiment bien en ce moment et c'est en grande partie grâce à eux. Ils me traitent comme une personne à part entière. » – Une PEV

Capsule info

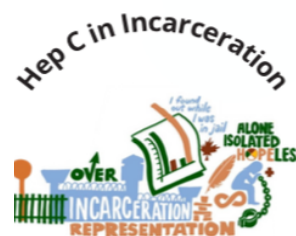
La reprise de retraitement de l'hépatite C, c'est comme donner à votre foie une deuxième chance de guérison! C'est essentiel pour aider les personnes réinfectées à continuer de s'améliorer, gérer le virus efficacement et prévenir des dommages sérieux au foie.

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Des occasions pour un fort impact :** Améliorer l'accès au dépistage et au traitement dans les établissements pénitentiaires provinciaux et pour les nouveaux(-elles) arrivantes dans la province.
- **Le retraitement :** Des idées fausses et des obstacles bureaucratiques limitent l'accès au retraitement.
- **Redéfinition :** Il est nécessaire de repenser l'accès aux soins pour l'hépatite C et de répondre aux besoins spécifiques des communautés urbaines, rurales et éloignées, en rehaussant la capacité des services non spécialisés, comme ceux fournis dans le milieu des soins primaires et en pharmacie.

DES RÉCITS QUI PARLENT : L'HÉPATITE C EN PRISON MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Accès au traitement de l'hépatite C dans les établissements pénitentiaires :** L'accès aux soins médicaux et aux options appropriées de traitement devrait être amélioré afin de garantir que les personnes obtiennent le soutien nécessaire, quel que soit leur statut d'incarcération ou la durée de leur peine. Cela comprend des examens périodiques et l'accès à des interventions discrètes et rapides.
- **Stigmatisation dans les établissements pénitentiaires :** Des efforts devraient être faits pour réduire la stigmatisation de l'hépatite C dans les établissements pénitentiaires. L'amélioration de l'éducation et de la sensibilisation du personnel et des personnes incarcérées peut contribuer à un environnement plus compréhensif et plus habilitant qui aiderait les individus à demander et obtenir les soins dont ils ont besoin.

« Nous devons identifier une pratique exemplaire à suivre pour nos systèmes correctionnels. Il y a trop de différences. Pourquoi une personne incarcérée est-elle traitée différemment selon l'endroit où elle est envoyée? Des droits ont été établis par les Nations Unies – ils devraient être respectés. Les gens doivent comprendre que la santé en prison est une question de santé publique. Nous devons nous concentrer sur des programmes de prévention de la réinfection, et pas seulement sur le traitement pendant l'incarcération. »

– Un-e responsable politique et décideur(-euse)

« Je me souviens qu'on m'a emmenée dans ce couloir. Tout le monde savait où on allait. On m'a dit que mon résultat de test était positif, mais on ne m'a donné aucun traitement. Je me sentais désespérée et complètement seule. » – Une PEV

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Arrimage aux soins :** Les Prairies ratent des occasions d'orienter rapidement les personnes incarcérées vers un traitement, alors que certains systèmes offrent déjà le dépistage. De nouvelles politiques et procédures devraient appuyer la mise en œuvre complète des projets pilotes existants, y compris les PSA et l'accès au traitement dans les centres de détention provisoire.
- **Améliorer les conditions :** Il faut améliorer les protections (p. ex. sauvegarde de la confidentialité) et le soutien aux personnes qui reçoivent un diagnostic d'hépatite C. Des questions éthiques ont également été soulevées concernant le dépistage en l'absence d'un accès adéquat au traitement.

Capsule info

Quand les prisons n'offrent pas la même norme de soins de santé que celle offerte dans la collectivité (p. ex. des mesures de prévention comme la réduction des méfaits), il y a violation de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela).

Action hépatites Canada, Rapport 2023 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada Toronto, ON, Mai 2023. En ligne à :

<https://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html>

DES RÉCITS QUI PARLENT : LA CAPACITÉ COMMUNAUTAIRE MESSAGES D'EXPÉRIENCE



Messages de PEV :

- **Ressources limitées en matière de soins de santé** : Ceci entraîne des conditions moins qu'idéales, comme le partage d'informations sur des patient-es dans des espaces publics et un nombre réduit de rendez-vous en soins spécialisés ou d'options de traitement.
- **Une communication ouverte est nécessaire** : Des conversations pour les leaders communautaires, afin d'encourager une communication ouverte avec les prestataires pour parler de l'hépatite C. Briser le silence (et la stigmatisation) contribuera à un espace plus sûr pour le partage de préoccupations et plus propice à la guérison.

« Nous pouvons faire des choses très différentes, et lorsque nous les faisons ensemble, cela fonctionne. Par exemple, lors des jeux traditionnels, du club de marche ou d'événements spéciaux sur la santé du foie. [Des situations où] nous livrons les messages à la communauté. La promotion de la santé à l'occasion de différents événements était une si bonne chose. Parfois, on nous dit : "C'est une fête, n'apportez pas ce genre de choses ici, il s'agit de bien-être". Nous devons donc changer cette attitude selon laquelle l'information [sur l'hépatite C] est mauvaise. » – Un-e prestataire de soins dans la communauté

« Nous faisons tou-te-s partie de la même équipe. Il est important que nous sachions qui nous sommes et comment nous connecter. » – Un-e prestataire

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Capacité** : Un plaidoyer est nécessaire pour demander l'augmentation de la capacité (des cliniciennes et des prestataires de soins, y compris dans les réserves) – et cela nécessite la collaboration de tout le monde dans le secteur de la santé et de tou-te-s les prestataires de services afin d'optimiser les ressources existantes.
- **Capacité de soins primaires** : Passer de la spécialité aux soins primaires et mobiles (comme le programme LiveRx qui soutient les collaborations de traitement pour les organismes communautaires et les pharmacies) afin de rapprocher les soins du lieu où les gens sont, et d'améliorer l'accès et le soutien.
- **Capacité des travailleur(-euse)s en santé communautaire** : Accroître la capacité des travailleur(-euse)s en santé communautaire (p. ex. représentant-es en santé communautaire et assistant-es en santé publique), qui sont des personnes clés dans plusieurs communautés des Prairies, pour les engager dans la prévention de l'hépatite C, l'implication dans les soins et les services de traitement.
- **Outils la communauté pour qu'elle dirige le changement** : Pour répondre à l'hépatite C, nous devons équiper la communauté (en particulier les communautés des Premières Nations, les Métis et les Inuits) pour qu'elle puisse répondre efficacement aux besoins de sa population.

Voir Annexe C pour
des exemples et
modèles à reproduire



DES RÉCITS QUI PARLENT : INVESTIR DANS L'HÉPATITE C ET LA PRIORISER

MESSAGES D'EXPÉRIENCE

Messages de PEV :

- **Des informations et des approches déconnectées les unes des autres** : D'excellentes ressources existent, mais elles ne sont pas toujours faciles à trouver ou reliées entre elles. Il faut des mécanismes pour concevoir des approches collaboratives et connectées, en matière de sensibilisation, d'allocation des ressources et d'accès à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins pour l'hépatite C.
- **Données** : Des PEV demandent que les gouvernements et les responsables des données collectent et communiquent des chiffres exacts quant à l'hépatite C, y compris sur les sous-populations. En plus d'assurer le suivi de l'incidence et de la prévalence, il est important de surveiller les tendances dans la résolution des lacunes de services et l'amélioration des résultats des traitements. Une approche complète aidera à saisir l'impact et l'efficacité des efforts de changement dans chacune des populations prioritaires. Cela facilitera également la collaboration pour joindre les personnes là où elles sont et pour atteindre leurs objectifs, y compris la guérison.

« Nous pouvons maintenir l'élan en nous concentrant sur de petits changements de processus pour mettre en œuvre ce que nous savons être des pratiques exemplaires. S'il y a des investissements, une orientation, un leadership et une supervision, nous pourrions y arriver. Mais en l'absence de lignes claires de responsabilisation et d'un solide leadership à tous les niveaux, nous n'atteindrons pas les cibles d'ici 2030 – ce ne sera pas possible. » – Un-e prestataire de soins

MESSAGES DE GENS DE LA COMMUNAUTÉ

Messages clés ajoutés par des cliniciennes, parties prenantes et partenaires, avec un contexte supplémentaire provenant de PEV :

- **Financement ciblé et durable pour l'hépatite C** : Le financement *ad hoc* de projets pilotes dans les trois provinces a été mentionné comme une réussite, mais avec peu d'espoir d'extension et de mise à l'échelle. En outre, la disproportion des investissements dans d'autres ITSS (p. ex. VIH, syphilis) a été soulignée comme étant un obstacle à la priorisation des soins pour l'hépatite C.
- **Ressources de prévention** : Il est crucial de combler les lacunes de l'accès aux ressources de prévention, y compris à du matériel pour l'utilisation plus sécuritaire de drogues (considéré comme une stratégie clé pour prévenir la transmission de l'hépatite C), afin de réaliser nos objectifs en matière d'hépatite C.
- **Stratégie et responsabilité** : Les trois provinces n'avaient pas de stratégie sur l'hépatite C, hormis une stratégie générale sur les ITSS; de plus, l'absence de responsabilisation claire quant aux résultats des soins a été signalée comme étant un obstacle à la réussite.

Voir Annexe C pour
des exemples et des
modèles à reproduire

OCCASIONS DE CHANGEMENT

Les constats issus de ce projet sont de puissants messages qui créent des possibilités de changement, qui sont ici transposées en des occasions clés. Afin de favoriser la diffusion de messages ciblés et de susciter une mobilisation, ces occasions clés sont ici répertoriées selon le public qu'elles concernent principalement.

A. Secteurs et systèmes gouvernementaux

1. Consolider et intégrer des stratégies provinciales d'amélioration de la sensibilisation du public, dans le cadre d'initiatives plus larges, en s'assurant qu'elles appuient et favorisent les approches communautaires, y compris celles créées par et avec les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits.
2. Mettre en œuvre des méthodes de collecte et de déclaration des données qui respectent les droits des Autochtones à l'autodétermination et qui maintiennent la souveraineté et la gouvernance autochtones, pour refléter fidèlement la prévalence et l'incidence de l'hépatite C, les lacunes dans les services ainsi que les résultats. Cette approche plus approfondie et plus éclairée pour la collecte et le partage des données sera cruciale pour concevoir des politiques et des programmes diversifiés et efficaces.
3. Investir (réinvestir) dans des stratégies relatives à l'hépatite C qui s'inscrivent dans une approche de bien-être et qui unifient le système de soins de santé en vue d'une responsabilisation à l'égard d'objectifs communs.
4. Développer des cadres de financement de base durable et non concurrentiel, en plus des processus concurrentiels pour des subventions, pour fournir un soutien continu à l'extension et à la mise à l'échelle des modèles et des programmes pilotes qui ont fait leurs preuves. Cette approche assurera que les initiatives fructueuses reçoivent le soutien continu nécessaire à leur mise en œuvre élargie.
5. Mettre en œuvre des changements de politiques pour garantir un accès rapide au dépistage, au traitement (et au retraitement), y compris des politiques élargies pour permettre l'accès au traitement dans les sites de soins primaires et les pharmacies.
6. Mettre en œuvre des politiques et des protocoles améliorés en matière d'hépatite C qui facilitent l'accès au traitement et au soutien pour les personnes qui sont admises dans le système carcéral, y compris les établissements de détention provisoire.
7. Accroître l'accès aux ressources de prévention, notamment au matériel de réduction des méfaits et à l'information sur les pratiques à moindre risque pour les rapports sexuels et l'utilisation de drogues, afin d'atteindre les objectifs de l'OMS. Ces ressources doivent être accessibles à la communauté, notamment dans les langues des Premières Nations, des Métis, des Inuits et d'autres langues, et en fournissant aux organismes communautaires le soutien nécessaire pour développer leurs propres ressources.
8. Unifier les approches et les politiques des divers secteurs (p. ex. santé, éducation, services sociaux, justice), en créant des comités interministériels et intersectoriels, en intégrant la participation de fonctionnaires de haut niveau et en soutenant les initiatives de la base. De plus, allouer du temps et des ressources pour s'assurer que le personnel fait preuve d'engagement à l'égard de ces efforts de collaboration, et donner la priorité aux approches en amont qui permettent de répondre aux déterminants sociaux et structurels de la santé.

OCCASIONS DE CHANGEMENT (suite)

B. Prestataires, communautés et organismes communautaires

1. Mettre en œuvre des exigences de formation obligatoire (et de formation continue) pour tous les prestataires, en ce qui concerne les soins fondés sur les points forts et tenant compte des traumatismes, l'intersectionnalité et d'autres approches propices à des soins inclusifs et centrés sur la personne.
2. Mettre en œuvre des protocoles (et une formation appropriée) concernant les pratiques et options de traitement actuelles en matière d'hépatite C, en intégrant le bien-être lié à l'hépatite C dans les examens de santé périodiques des patient-es.
3. Approuver et intégrer plus largement l'analyse GSS et d'autres tests d'ARN au point de service, incluant le dépistage par des travailleur(-euse)s en santé communautaire formé-es, pour accroître l'accessibilité, en particulier en régions éloignées et mal desservies.
4. Garantir des options linguistiques accessibles et inclusives, dans le cadre de l'information et des soins relatifs à l'hépatite C.
5. Renforcer les approches avec les communautés des Premières Nations, les Métis et les Inuits, en régions rurales, éloignées et urbaines (avec un soutien et des ressources appropriés), afin d'accroître la sensibilisation et de créer des synergies pour un meilleur soutien lié à l'hépatite C.
6. Faire valoir la nécessité de modèles additionnels de programmes basés sur les pair-es pour la prévention, le dépistage, l'arrimage aux soins et le traitement, dans chacune des trois provinces, et contribuer à leur mise en œuvre.
7. Inciter les gouvernements, les chercheur(-euse)s, les prestataires et les communautés à s'assurer que les voix des personnes ayant une expérience vécue sont entendues et incluses, pour apporter leur leadership dans l'amélioration des politiques et des programmes.

C. VOUS, notre lecteur ou lectrice

1. S'efforcer de comprendre les informations, pratiques et approches actuelles relatives aux soins de l'hépatite C dans votre région.
2. Adopter une pratique de bien-être et de soins centrés sur la personne plaçant l'hépatite C dans un cadre axé sur le bien-être.
3. Appeler les gouvernements, les chercheur(-euse)s, les prestataires et les communautés à s'assurer que les voix des personnes ayant une expérience vécue sont entendues et prises en compte dans l'orientation de tous les changements de politiques et de programmes.
4. Faire valoir la nécessité d'un financement et de ressources à un niveau suffisant pour que la sensibilisation à l'hépatite C, la prévention, le dépistage et les soins répondent aux besoins de tous et toutes, là où chacun-e se trouve.
5. Partager ce rapport et ses conclusions avec vos communautés et vos contacts.
Participer aux discussions sur l'hépatite C dans votre région.



MOTS DE LA FIN

« Je remercie du fond du cœur toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de cette feuille de route. D'abord et avant tout, celles qui ont une expérience vécue et vivante et qui ont partagé leur sagesse. Je tiens également à remercier les nombreux(-ses) prestataires de services de première ligne, les clinicien-nes et les sages qui travaillent sans relâche au service de cette communauté. Et, bien sûr, aux décideurs et décideuses qui cherchent à créer des écosystèmes fondés sur des données probantes où des initiatives efficaces peuvent se développer. Allons, *Waniska* – réveillons-nous! – il faut agir dès maintenant. Enfin, je remercie notre cercle-conseil communautaire ainsi que TB Consulting et l'équipe de *Waniska*, pour leurs talents et leur passion. »

Alexandra King, coprésidente du projet



« J'espère sincèrement que ce rapport a trouvé un écho en vous et que les mots des personnes ayant une expérience vécue et de celles qui fournissent des programmes et des services vous inciteront à appliquer leurs recommandations. J'espère que vous ne vous contenterez pas de laisser les choses telles qu'elles sont, mais que vous travaillerez pour le progrès, en prenant la parole chaque fois qu'une occasion d'exercer une influence se présentera, et en créant des espaces où transmettre ces histoires et souligner la nécessité d'agir. Joignez-vous à nous pour inspirer d'autres personnes à travailler ensemble afin de faire la différence. *Miigwech*. » **Carrielynn Lund, coprésidente du projet**

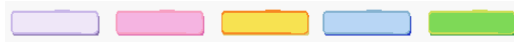
« Notre monde a changé et nous ne faisons pas attention à ce qui est nécessaire (p. ex. pour éviter le partage des seringues, etc.) afin de prévenir l'hépatite C. Mon message est de faire attention, alors que nous détruisons les terres et les fruits naturels et les médicaments que tout cela nous apporte. Aujourd'hui, tout est acheté en bocal et l'abondance qui régnait autrefois sur les terres n'existe plus. Essayez vraiment de protéger ce qu'il reste sur notre Terre-Mère. »

Gayle Pruden, membre du cercle-conseil communautaire du Projet MB

« Au terme de ce projet, que ce soit en tant que lecteur(-trice) ou contributeur(-trice), j'espère que vous aurez appris quelque chose. J'espère que les expériences et les connaissances de tou-te-s ceux/celles qui se sont réuni-es vous ont transmis une pensée ou un sentiment que vous pouvez emporter et planter ailleurs. Les *Nêhiyaw* n'ont pas de mot pour dire au revoir, ils disent plutôt quelque chose comme *mwêstas*, ce qui signifie plus tard ou une autre fois. On croit qu'il n'y a pas d'adieu, que l'on se reverra toujours, que ce soit dans ce monde ou dans le monde des esprits. Alors, pour l'instant, *mwêstas*,

nitôtôtêminîwâwak (plus tard, mes ami-es). » **Koda Sinclair, membre du cercle-conseil communautaire du Projet SK**





ANNEXES

CHEMINS VERS LE BIEN-ÊTRE

Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C



RÉSUMÉ DU MANITOBA

Qu'est-ce qui fonctionne?

En voie d'atteindre les objectifs suivants de l'OMS :

- ? Plan d'action 2023 sur les ITSS**
- ✓ Dépasse de 121 % la cible pour le nombre de seringues et d'aiguilles distribuées par PID (7)

**Plan non disponible au moment de rédiger le présent rapport – date de parution inconnue

26,500
more people in MB tested for hepatitis C virus in 2021 than in 2018.

*refers to laboratory testing performed subsequent to initial test results used to further identify significant diagnostic information for appropriate patient care

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?

Le MB a le taux

LE PLUS ÉLEVÉ

de nouveaux cas de VHC au pays (42,3 contre 19,7 cas par 100 000 habitant-es). (7)

The new cases reported between 2015 and 2019 increased by 85%, which fell significantly below the targeted reduction of 30% by 2020. (7)

PAS en voie d'atteindre les objectifs suivants de l'OMS :

- X Nouvelles infections par le VHC
- X Objectifs pour l'hépatite C
- X Dépistage prénatal de l'hépatite C
- X AAD contre l'hépatite C

Où est l'occasion de changement?

- Mettre en œuvre des changements de politiques pour assurer un accès rapide au traitement (et au retraitement), y compris des politiques élargies pour permettre l'accès au traitement par le biais des soins primaires et des pharmacies
- Mettre en œuvre des politiques et des protocoles améliorés qui facilitent l'accès au traitement et au soutien en matière d'hépatite C pour les personnes admises dans des établissements de détention (y compris provisoire)
- Unifier les approches et les politiques dans tous les secteurs (santé, éducation, services sociaux, justice, etc.) et donner la priorité aux approches en amont qui répondent aux déterminants sociaux et structurels de la santé

INVESTIR DANS

l'accès au traitement ET au retraitement

Des idées fausses, des obstacles bureaucratiques et un manque de décentralisation des prestataires de traitement pour inclure ceux des soins primaires et les pharmaciennes (en particulier au MB) limitent l'accès au retraitement.



CHEMINS VERS LE BIEN-ÊTRE

Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C



RÉSUMÉ DE LA SASKATCHEWAN

Qu'est-ce qui fonctionne?

En voie d'atteindre les objectifs suivants de l'OMS :

- ✓ Le nombre de prescriptions d'AAD dépasse l'objectif
- ✓ Dépistage réflexe* de l'ARN de l'hépatite C
- ✓ L'engagement communautaire est un pilier de l'approche de la SK en matière d'hépatite C

20%

between 2015 and 2019 in SK there was a 20% reduction in reported cases of hepatitis C virus .

*refers to laboratory testing performed subsequent to initial test results used to further identify significant diagnostic information for appropriate patient care

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?

La SK a un taux

**DEUX
FOIS
PLUS** élevé

de VHC que le reste du pays (38,3 contre 19,7 cas par 100 000 habitant-es) (7)

The 20% reduction in new cases between 2015 and 2019 fell short of the 30% target reduction. (7)

PAS en voie d'atteindre les objectifs suivants de l'OMS :

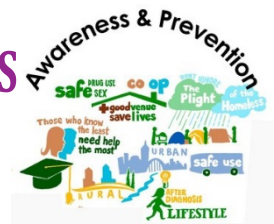
- X Stratégie ou plan établi
- X Programmes de réduction des méfaits (qui sont en recul plutôt que d'être soutenus)

Où est l'occasion de changement?

- Accroître l'accès aux ressources préventives, y compris le matériel de réduction des méfaits et l'information sur les pratiques à moindre risque pour les rapports sexuels et l'utilisation de drogues. Le développement de ressources dans les langues des Premières Nations, des Métis, des Inuits et d'autres langues offre du matériel aux organismes communautaires pour élaborer leurs propres ressources
- Mettre en œuvre des politiques et des protocoles améliorés qui facilitent l'accès au traitement et au soutien en matière d'hépatite C pour les personnes admises dans des établissements de détention (y compris provisoire)
- Unifier les approches et les politiques dans tous les secteurs (santé, éducation, services sociaux, justice, etc.) et donner la priorité aux approches en amont qui répondent aux déterminants sociaux et structurels de la santé

INVESTIR DANS

la sensibilisation
ET la prévention



Les occasions (comme celles identifiées par l'OMS) de mettre en œuvre des interventions rentables telles que les PS et le traitement par agonistes opioïdes (TAO) réduisent de jusqu'à 74 % le risque de contracter l'hépatite C.

CHEMINS VERS LE BIEN-ÊTRE

Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C

RÉSUMÉ DE L'ALBERTA



Qu'est-ce qui fonctionne?

En voie d'atteindre les objectifs suivants de l'OMS :

- ✓ Objectifs en matière d'hépatite C – sur la bonne voie
- ✓ Nombre de cas d'hépatite C – presque sur la bonne voie
- ✓ Dépistage réflexe de l'ARN de l'hépatite C*
- ✓ Dépistage prénatal de l'hépatite C
- ✓ AAD – presque sur la bonne voie

Despite the absence of an updated STBBI Strategic framework, comprehensive reviews of the care cascade pathway have expanded access to diagnosis and treatment services across the province.

14,7 cas d'hépatite C par 100 000 habitant-es en Alberta en 2021, contre 19,7 à l'échelle nationale

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?

The 16% reduction in new cases between 2015 and 2019 failed to meet the targeted 30% reduction by 2020. (7)

PAS en voie d'atteindre les objectifs suivants de l'OMS :

- ✗ Stratégie ou plan actualisé
- ✗ Programmes de seringues pour PID

Où est l'occasion de changement?

- Investir (réinvestir) dans des stratégies spécifiques à l'hépatite C qui s'inscrivent dans une approche de bien-être et qui unifient le système de soins de santé en vue d'une responsabilisation à l'égard d'objectifs communs
- Mettre en œuvre des politiques et des protocoles améliorés qui facilitent l'accès au traitement et au soutien en matière d'hépatite C pour les personnes admises dans des établissements de détention (y compris provisoire)
- Élaborer des cadres de financement de base durable et non concurrentiel permettant une mise à l'échelle et la diffusion des modèles et des programmes pilotes dont les résultats et la réussite sont démontrés

INVESTIR DANS Person-centred Care
l'équité (en particulier dans les communautés nordiques et éloignées) ET dans les soins centrés sur la personne

Les occasions d'intégrer une perspective intersectionnelle dans des approches de soins centrés sur la personne réduisent la stigmatisation tout en favorisant un modèle de bien-être.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie du projet comportait trois volets :

- 1) Des Cercles de partage avec des PEV qui ont identifié les thèmes initiaux et les domaines à explorer.
- 2) Des consultations auprès de prestataires, y compris deux séances lors de conférences et une série d'entrevues individuelles ou en groupe.
- 3) Un processus de validation des informations et de l'imagerie au cours duquel un petit groupe consultatif de PEV s'est réuni virtuellement. Des citations clés des transcriptions ont été examinées, ce qui a permis d'ajouter un contexte expérientiel et de fournir des images pour représenter ces expériences. Les détails, les questions et les processus sont décrits ci-dessous.

1. PROCESSUS DES CERCLES DE PARTAGE

Des personnes ayant une expérience vécue partagent leur sagesse

Des Cercles de partage avec animateur(-trice) comptant chacun de cinq à sept participant-es (et totalisant 18 participant-es) ont eu lieu dans chaque province. Chaque cercle a reçu le soutien d'un-e conseiller(-ère) culturel-le ou d'un-e Aîné-e et les participant-es ont reçu de la nourriture et des honoraires en reconnaissance de leur temps et de leurs contributions.

Do you have lived experience with Hepatitis C?

Do you have suggestions on how we can make the health system better?

Waniska Indigenous Centre invites you to participate in our Sharing Circle for the CanHopC Prairie Roadmap

CanHopC Priority Populations

- People who inject or use drugs
- Indigenous peoples (First Nations, Metis, Inuit)
- Immigrants and newcomers from countries where HCV is common
- Gay, bisexual and other men who have sex with men
- People with experiences in the prison system
- The 1945-1975 birth cohort: adults living with HCV

Honouraria will be provided at \$25 per hour
This Sharing Circle will be held at a future date and all interested individuals will be contacted once scheduled

CANHEPC BACKGROUND:
The Canadian Network on Hepatitis C (CanHopC) is collaborating with people and organizations from different regions of the country to address and share region-specific and indigenous-specific progress, wise practices, lessons learned, successes and challenges in Canada to reach the elimination of viral hepatitis as a public health threat by 2030.

ROADMAP BACKGROUND:
The main goals of each regional roadmap are identifying recommendations and possible actions that can be used by policy/program makers in the development of a hepatitis C elimination plan and outlining a regional/indigenous high-level roadmap or framework to guide implementation, including a method for tracking progress on elimination efforts through 2030.

For more information or to participate, please email us with your name, preferred contact (phone/email), and province/location to:
Saydi Harton
saydi.hartton@usask.ca

Waniska
ᑭᓄᓂᑦᑭᓄᓂᑦ

Consent: if you agree, please write in the chat "I consent to the four aspects for this project"

July 6th, 2022, Pilot

- I consent to be photographed and/or videotaped for the purposes of the project
- I consent to the USE of my voice, photos/videos for the purposes of the project
- I consent to DISSEMINATION of my voice, photos or videos for the purposes of the project
- I consent to the USE AND DISSEMINATION of any artistic work created during or for the purposes of this project

Sharing Circle Questions July 6th, 2022, Pilot



1. Describe your journey so far, and, what would you share with the younger generation about living with hep C? What key moments or stories do you remember most?
2. What would your future story feel like if hep C were eliminated in Canada, what is your hope for the next generations?
3. What is missing in terms of your hep C journey and care, what would you like YOUR roadmap to be?

2. PROCESSUS DE CONSULTATION

Des clinicien-nes, des dirigeant-es d'organismes, des responsables de la santé autochtone et d'autres parties prenantes apportent leurs perspectives en tant que prestataires et décideur(-euse)s politiques.

Partie I : Séances lors de conférences (deux séances ont eu lieu – l'une lors de la conférence AB ECHO (environ 50 participant-es) et l'autre lors de la conférence MB Harm Reduction (environ 35 participant-es)).

Objectifs des séances :

- Présenter le projet aux prestataires et développer une communauté pour l'élimination de l'hépatite C dans la région des Prairies
- Fournir des conseils sur l'élaboration d'une feuille de route pour les Prairies
- Fournir des informations sur la conformité ou des lacunes par rapport au modèle directeur national

Présentations et consignes

- Ouverture
- Bienvenue dans l'espace, présentation de l'intention du projet et de la séance
- Consignes pour la séance

Travail en petits groupes

Chaque groupe discute des éléments suivants et les documente :

- Quels aspects fonctionnent déjà et appuient l'élimination de l'hépatite C dans la province?
- Que faut-il pour éliminer l'hépatite C dans la province (dans ces trois domaines : dépistage, diagnostic et traitement)?
- Où en sommes-nous dans la réalisation de ce que vous avez identifié ci-dessus, et qu'est-ce qui nous empêche d'y arriver?

Comptes rendus – comparaison avec le modèle directeur national

- Comptes rendus
- Les petits groupes examinent les cinq thèmes du modèle directeur national et notent les éléments qui sont alignés et ceux qui ne le sont pas

Remerciements et clôture

- Gratitude et conclusion du travail d'équipe
- Trouvez un mot pour décrire une connaissance que vous avez acquise ou que vous avez apportée aux stations, aujourd'hui, et un mot pour résumer ce que vous reprenez de notre séance

2. PROCESSUS DE CONSULTATION (suite)

Dans le cadre d'une série d'entrevues individuelles en mode virtuel, environ 20 cliniciennes, dirigeant-es d'organismes, responsables de la santé autochtone et autres parties prenantes ont fait part de leurs perspectives en tant que prestataires et décideur(-euse)s politiques.

Partie 2 : Consultations virtuelles :

Les personnes que nous avons consultées...

Clinical Experts

Dr. Alexandra King, Dr. Susan Cuvelier, Dr. Mark Swain, Dr. Sofia Bartlett, Bonnie Weasel Moccasin (Nurse, Blood Tribe), Dr. Conar O'Neil, Dr. Kelly Kaita, Lan Ngo (Piikani Nation)

Indigenous System Experts

Dr. Ibrahim Khan, Rosemarie Ramsingh, Leegay Jagoe, Andrea Wiebe, Laura Matz, Valeria Skiba, Dr Mike Isaac, Cami Wendell, Elder Harley Crowshoe

Other Experts

Cari Egan (Alberta Health Services), PJ MacRae (Prince Albert Newcomers Association), Amanda Losonsky Prentice (Saskatoon Sexual Health Centre)

Ce que nous avons demandé...

1. Sur quels éléments votre province/clinique concentre-t-elle des ressources pour la prévention et la cascade des soins (dépistage, diagnostic, soins/traitement, suppression) en matière d'hépatite C? Selon vous, est-ce que ce sont les bons choix pour diriger des ressources? Pourquoi?
2. De quoi avez-vous besoin, ainsi que votre communauté, pour répondre à la stigmatisation et à la discrimination?
3. Selon vous, quels sont les obstacles à l'élimination de l'hépatite C en AB/SK/MB?
4. Quelles données sur l'hépatite C sont collectées et déclarées dans votre province? Ces données suffisent-elles ou d'autres données sont-elles nécessaires pour prendre des décisions efficaces en matière de soins pour l'hépatite C?
5. Quels éléments votre gouvernement voudrait-il voir dans une stratégie d'élimination de l'hépatite C pour apporter son soutien (financier et politique) à la Feuille de route?
6. Quels éléments vous aideraient à promouvoir la Feuille de route des Prairies pour l'hépatite C auprès de vos collègues, des décideur(-euse)s et d'autres parties prenantes de votre région?

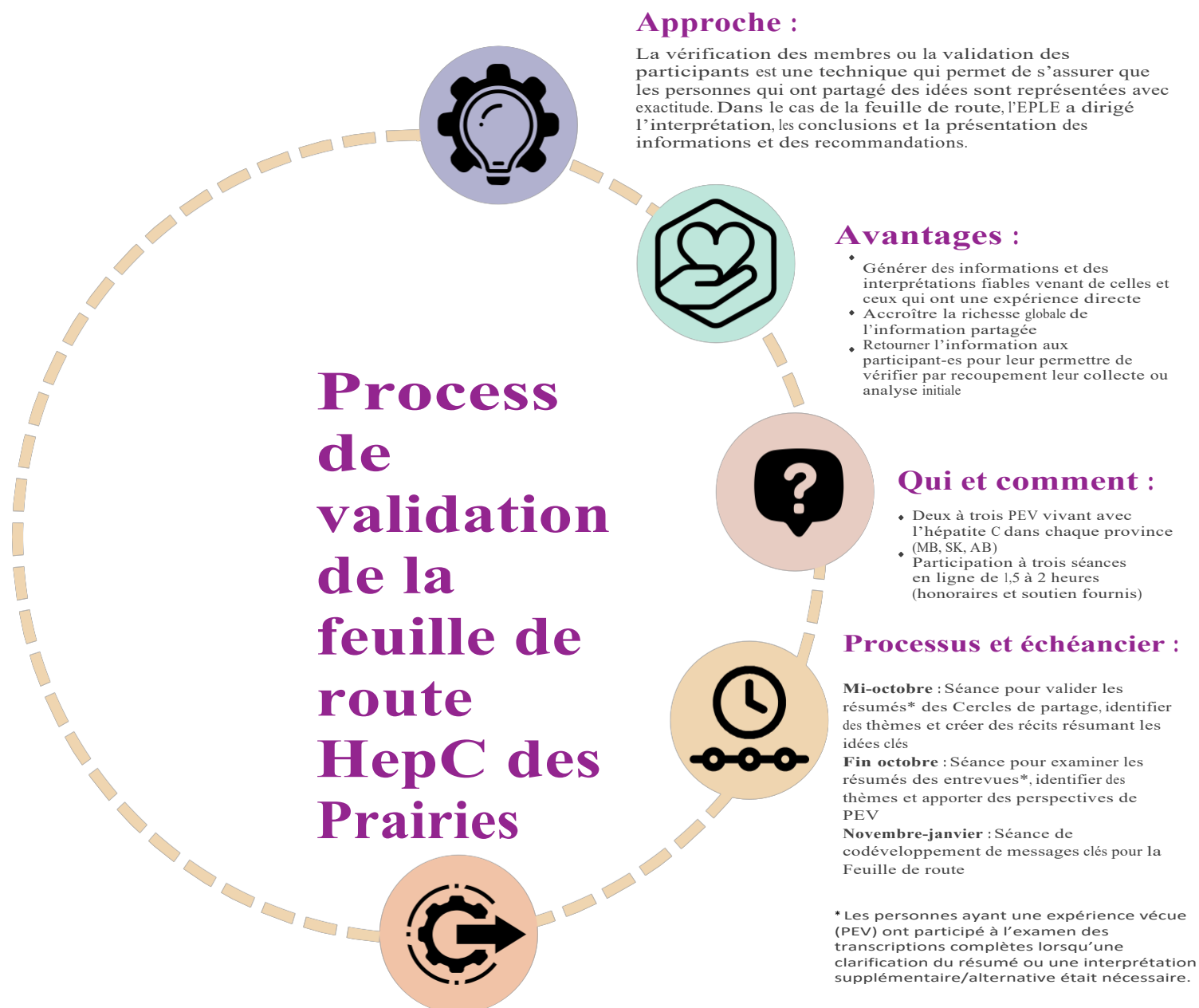
What we heard...



| Context | Strengths | Opportunities |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lack of cross-sectoral approaches • Lack of training needed to reduce stigma • Lack of 'whole person' approach • Increasing digital divide for care access in rural and remote areas • Government "apathy" (SK and MB specifically lacking government strategies support) • Gaps in linkage to treatment and transitions of care | <ul style="list-style-type: none"> • BC and AB treatment in federal (and pilot projects in provincial) corrections • Testing initiatives • Rapid start/treatment programs • Community based organizations • HIV and syphilis testing and treatment programming • Peer-based programming • First Nation community leaders and supports • Mental health and addiction partnerships • Lab data provides access to all HCV positive people to conduct follow-up | <ul style="list-style-type: none"> • Think system and work local • Increase access treatment by referring to (and equipping) pharmacists and primary care • Include and build capacity for peers to increase access and linkage to care • Lab efficiencies to confirm diagnosis • Insurance 'red tape' re: treatment access (AB) • Bring treatment into community • Enhanced (real-time) data-sharing • Enhanced awareness (e.g., testing, treatment and re-treatment) |

3. PROCESSUS DE VALIDATION DES INFORMATIONS

Environ huit personnes (deux ou trois par province) ont participé à un processus en ligne de validation des thèmes et des informations.



Résultats

1. Résumé validé des informations et des réflexions issues des consultations
2. Série de vignettes pour ajouter le contexte des PEV à toutes les recommandations de la Feuille de route
3. Auteur-e graphique qui transpose les transcriptions en images
4. Messages clés et images des PEV pour la Feuille de route finale

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Série « Perspective géographique », Recensement de la population de 2021. Publié le 13 juillet 2022. Consulté le 5 avril 2024. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogs-spg/index.cfm?Lang=F>
2. Statistique Canada. Le Mois de l'histoire des Noirs 2023... en chiffres. Publié le 30 janvier 2024. Consulté le 10 avril 2024. https://www.statcan.gc.ca/fr/dai/smr08/2023/smr08_270
3. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Ajouter ou enlever des données – Estimations des composantes de l'accroissement démographique, annuelles. Publié le 27 septembre 2023. Consulté le 9 avril 2024. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1710000801&request_locale=fr
4. Agence de la santé publique du Canada. Personnes vivant avec l'hépatite C (VHC) au Canada, 2019. Publié le 30 juin 2022. Consulté le 10 avril 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/infographique-personnes-vivant-avec-hepatite-c.html>
5. Gratrix J, Smyczek P, Bertholet L, et coll. A cross-sectional evaluation of opt-in testing for sexually transmitted and blood-borne infections in three Canadian provincial correctional facilities: a missed opportunity for public health? *Int J Prison Health*. 2019;15(3):273-281. doi:10.1108/IJPH-07-2018-0043
6. Santé publique Manitoba. Communicable Disease Management Protocol—Hepatitis C. Publié en ligne en décembre 2023. Consulté le 10 avril 2024. <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/hepc.pdf>
7. Action hépatites Canada. Rapport 2023 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada. Action hépatites Canada; 2023. <https://www.actionhepatitescanada.ca/rapport.html>
8. MBTelehealth. eConsult (BASE or Store and Forward). MBTelehealth. Consulté le 5 avril 2024. <https://mbtelehealth.ca/services/econsult/>
9. Gouvernement de la Saskatchewan. Province Realigns Health System Approach to Illicit Drug Use Issues. Gouvernement de la Saskatchewan. Publié le 18 janvier 2024. Consulté le 5 avril 2024. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2024/january/18/province-realigns-health-system-approach-to-illicit-drug-use-issues>
10. Global News. SARM raises alarm on rural health-care crisis in Saskatchewan. CJOB. <https://globalnews.ca/news/10331403/sarm-raises-alarm-on-rural-health-care-crisis-in-saskatchewan/>. Publié le March 2, 2024. Consulté le 5 avril 2024.
11. Specialist Link AHS. Hepatitis C Virus Primary Care Pathway. Publié en ligne en 2022.
12. Alberta Health Services. Kaye Edmonton Clinic - Hepatitis Support Program. Alberta Health Services. Consulté le 5 avril 2024. <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/Service.aspx?id=5581&serviceAtFacilityID=1090204>
13. Zabrzenski K, Om S, Kolasa K. The ACE Team: An Inner-City Outreach Team for High Barrier HIV and Hepatitis C Individuals.
14. CTV News. Concerns raised over Alberta's growing population amid loss of health-care workers. CTV News. <https://calgary.ctvnews.ca/concerns-raised-over-alberta-s-growing-population-amid-loss-of-health-care-workers-1.6765703>. Publié le 12 février 2024. Consulté le 5 avril 2024.
15. CBC News. Alberta premier says legislation on gender policies for children, youth coming this fall. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/danielle-smith-1.7101595>. Publié le 1^{er} février 2024. Consulté le 5 avril 2024.