

PROGRAMME DE FORMATION

**Se mobiliser pour accroître le dépistage
et le traitement**

Hépatite **C**



Cahier du formateur

PROGRAMME DE FORMATION

HÉPATITE C

SE MOBILISER POUR ACCROÎTRE LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT

Cahier du formateur

Septembre 2017

Coordination

Nicole Marois, coordonnatrice professionnelle
Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Direction scientifique

Claire Wartelle-Bladou, hépatologue
Hôpital St-Luc, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Comité scientifique (rédaction et conception)

Claire Wartelle-Bladou, hépatologue
Hôpital St-Luc, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Stéphanie Laporte, coordonnatrice
Programme National de Mentorat sur le VIH-Sida

Marie-Louise Vachon, microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval

Marc Deschênes, gastroentérologue
Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Emmanuelle Huchet, médecin généraliste
Clinique médicale Quartier Latin

Lucie Bellefeuille, infirmière
Anciennement du Réseau intégré régional VHC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Saguenay Lac St-Jean, Hôpital de Chicoutimi

Soutien à la réalisation du projet

Stéphanie Laporte, coordonnatrice
Programme National de Mentorat sur le VIH-Sida

Révision du contenu scientifique

Jean-Guy Baril, médecin généraliste
Clinique médicale Quartier Latin

Soutien pédagogique et organisationnel

Hélène Poliquin, agente de planification, programmation et recherche
Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Secrétariat et éditique

Linda Cléroux

Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Claudia Demonteil,

Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Petillot,

Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Reconnaissance de formation

Ce programme répond aux exigences de développement et de contenu scientifique en formation continue.

Il est possible, pour tout participant, d'obtenir une reconnaissance de formation continue officielle émise par l'École de santé publique de l'Université de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec. Pour recevoir cette reconnaissance de formation, les participants doivent **inscrire leurs coordonnées lisiblement et signer la feuille de présence disponible lors de leur participation à une activité en présentiel ou réaliser l'entièreté d'une activité en ligne.**

Accréditation

L'Association des médecins omnipraticiens de C.L.S.C., sous l'agrément parapluie de la FMOQ, reconnaît 2.50 heure(s) de crédits de catégorie 1 aux participants à cette activité. Le code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) doit être respecté (www.cqdpcm.ca).

L'unité de développement des compétences de l'Institut national de santé publique du Québec est pleinement agréée par l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle reconnaît les activités de formation de l'INSPQ comme des formations universitaires sanctionnées par des UEC (unité d'éducation continue). Une unité d'éducation continue représente 10 heures de participation.

L'École de santé publique de l'Université de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec reconnaît, à la présente activité, **0.1 UEC** pour **chaque heure** de formation

Note : Dans ce document, l'emploi du féminin a pour but d'alléger le texte et s'applique aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

Table des matières

PRÉAMBULE	9
BUT	10
OBJECTIFS GÉNÉRAUX	10
CLIENTÈLE VISÉE	10
APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET DURÉE.....	10
HORAIRE DE LA FORMATION.....	11
MODULE INTRODUCTION	17
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	17
PRÉSENTATION POWER POINT	18
MODULE 1 - LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE – PARCOURS DU PATIENT	25
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	25
PRÉSENTATION POWER POINT	26
MODULE 2 - TRANSMISSION ET DÉPISTAGE	31
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	31
PRÉSENTATION POWER POINT	32
MODULE 3 ÉVALUATION PRÉ-THÉRAPEUTIQUE	39
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	39
PRÉSENTATION POWER POINT	40
MODULE 4 – TRAITEMENTS.....	51
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	51
PRÉSENTATION POWER POINT	52
MODULE 5 - RESSOURCES ET OUTILS DE FORMATION CONTINUE	67
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	67
PRÉSENTATION POWER POINT	68
MODULE 6 – SITUATION RÉGIONALE – PÉRIODE DE DISCUSSION	75
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	75
PRÉSENTATION POWER POINT	76

PRÉAMBULE

L'hépatite C est un problème sanitaire qui nécessite une concertation de tous les intervenants afin de contrer sa morbidité-mortalité croissante et de limiter sa transmission. Quelques données illustrent bien ce défi :

- Une étude de modélisation a permis d'estimer qu'entre 40 000 et 75 000 personnes au Québec seraient porteuses du VHC.
- En 2015, 1 073 cas d'hépatite C ont été déclarés. Ce nombre venant accroître le bassin des 39 700 personnes dépistées au Québec de 1990 à 2014 et appuyer l'importance de l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques.
- La cirrhose post-virale C est la 1^{ère} cause de cancer du foie au Canada. On estime que sa prévalence connaîtra une augmentation de 89 % entre 2013 et 2035.
- Alors qu'en 20 ans le taux de guérison a progressé à plus de 90%, seulement 10 % des personnes infectées auraient bénéficié d'un traitement antiviral entre 1990 et 2004.

L'arrivée de nouveaux agents antiviraux d'action directe a amélioré de façon spectaculaire l'efficacité du traitement. Les bénéfices de la guérison sont clairement démontrés avec diminution des complications et amélioration de la survie des patients. Nous disposons d'outils non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique, tel le Fibroscan®, qui ont considérablement simplifié la prise en charge des patients. Pour bénéficier au mieux de ces percées médicales majeures, il devient essentiel de former des professionnels de santé, notamment de 1^{ère} ligne, afin d'améliorer l'accès au dépistage et au traitement partout au Québec.

Dans l'avis de l'INESSS émis le 15 juillet 2015 concernant l'expertise dans le traitement de l'hépatite C chronique, « il est recommandé que toutes les zones sociosanitaires du Québec établissent des modalités favorables au suivi des patients dépistés et créent un corridor de service pour une prise en charge efficace. Ainsi la création d'un réseau de cliniques spécialisées pour la prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique est recommandé par l'INESS. »

La réalité de l'hépatite C au Québec milite en faveur de cette concertation régionale des ressources et du travail en réseau.

BUT

- Contribuer à accroître le dépistage, le suivi et le traitement des personnes atteintes de l'hépatite C dans toutes les régions sociosanitaires du Québec

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Comprendre la nécessité d'accroître le dépistage et le traitement des personnes infectées par le VHC en appréciant la situation épidémiologique mondiale et nationale ainsi que les conséquences de la maladie en terme de santé publique;
- Apprécier le rôle des différents acteurs en santé et les stratégies d'intervention à développer pour relever les défis de la prise en charge de la clientèle;
- Intégrer les nouveautés concernant le dépistage, l'évaluation d'une personne infectée, les progrès thérapeutiques et les bénéfices qui leurs sont associés;
- Apprécier l'éventail des ressources existantes en terme d'information et de formation continue sur le VHC au Québec.

CLIENTÈLE VISÉE

- Médecins généralistes et spécialistes
- Infirmières
- Gestionnaires
- Travailleurs communautaires

APPROCHE PÉDAGOGIQUE ET DURÉE

- Cet atelier de formation gratuit de 120 minutes est offert en présentiel ou en visioconférence par deux formateurs experts en VHC dont un médecin et une infirmière qui seront accompagnés du répondant régional en ITSS.
- L'atelier combine plusieurs méthodes pédagogiques : présentations dynamiques avec tableaux, images, graphiques, quiz, étude de cas, une démonstration, par vidéo, de l'utilisation du Fibroscan® et des périodes d'échange entre participants et formateurs.
- L'atelier est animé dans une perspective de favoriser la discussion sur la capacité des professionnels de la santé de la région à prendre en charge la population infectée par le VHC sur leur territoire et sur les actions à mettre de l'avant.

HORAIRE DE LA FORMATION

ACCUEIL

Activité brise-glace Présentation et recueil attentes des participants	15 min
--	--------

MODULE INTRODUCTION

10 min

MODULE 1 – LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE

10 min

MODULE 2 – TRANSMISSION ET DÉPISTAGE

20 min

MODULE 3 - ÉVALUATION PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

30 min

PAUSE

15 min

MODULE 4 – TRAITEMENT

30 min

MODULE 5 – RESSOURCES ET OUTILS DE FORMATION CONTINUE

15 min

MODULE 6 – SITUATION RÉGIONALE

Retour sur les attentes
Discussion entourant l'offre de
service régionale

30 min

CONCLUSION

5 min

ÉVALUATION POUR ACCRÉDITATION OU POST-TEST

Diapositive 2

Activité brise-glace

- Présentation des participants et recueil de leurs attentes

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3

But

- Contribuer à accroître le dépistage, le suivi et le traitement des personnes atteintes de l'hépatite C dans toutes les régions sociosanitaires du Québec

3

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 4

Objectifs généraux

- Comprendre la nécessité d'accroître le dépistage et le traitement des personnes infectées par le VHC en appréciant la situation épidémiologique mondiale et nationale ainsi que les conséquences de la maladie en termes de santé publique;
- Apprécier le rôle des différents acteurs en santé et les stratégies d'intervention à développer pour relever les défis de la prise en charge de la clientèle;
- Intégrer dans sa pratique les nouveautés concernant le dépistage, l'évaluation d'une personne infectée, les progrès thérapeutiques et les bénéfices qui leurs sont associés;
- Apprécier l'éventail des ressources existantes en terme d'information et de formation continue sur le VHC au Québec.

4

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 5

Déroulement

- Mise en contexte
- Défis de la prise en charge
- Transmission et dépistage
- Évaluation
- Traitement
- Ressources et outils de formation continue
- Période d'échange sur la situation régionale
- Conclusion

5

Institut national
de santé publique
Québec

MODULE INTRODUCTION

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE INTRODUCTION

Objectif général :

- À la fin de la séance, le participant sera en mesure de d'expliquer la nécessité d'accroître le dépistage et le traitement des personnes infectées par le VHC en appréciant la situation épidémiologique mondiale et nationale ainsi que les conséquences de la maladie en termes de santé publique.

Objectif spécifique :

- Décrire l'ampleur l'ampleur du problème de l'hépatite C au niveau international et national. Expliquer les raisons de promouvoir la prévention, le dépistage et le traitement de cette maladie.

Méthodes pédagogiques :

- Activité brise-glace : présentation des participants et de leurs attentes
- Présentation magistrale

Durée : 10 minutes

Éléments de contenu :

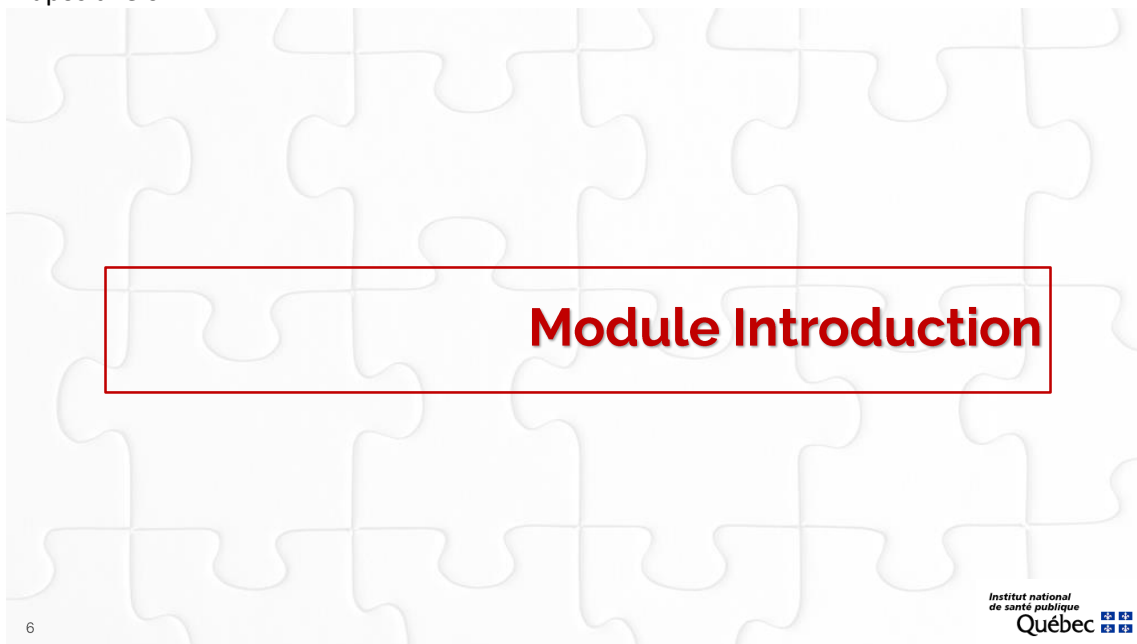
- Épidémiologie mondiale
- Épidémiologie en Amérique du Nord
- Épidémiologie au Canada
- Épidémiologie au Québec
- Avancées thérapeutiques
- Bénéfices de l'éradication du VHC
- Avis de l'INESSS

Matériel d'accompagnement :

- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

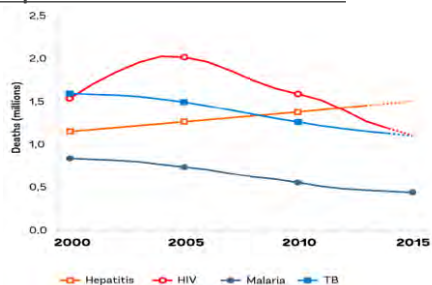
Diapositive 6



Diapositive 7

Les quatre grands maladies infectieuses

Selon une estimation du nombre de décès dus aux hépatites virales, au VIH, à la malaria et à la tuberculose dans le monde, 2000-2015¹, seuls les décès secondaires aux hépatites virales sont en croissance



¹<http://ihmeuw.org/3pms> <http://ihmeuw.org/3pmt>

²http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/GHSS_VH_FR_06012016.pdf?ua=1

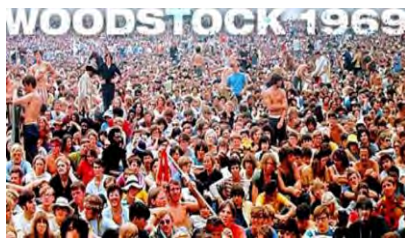


Projet de stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale, 2016-2021 – une première mondiale

Cibles stratégiques pour 2030²

Incidence	↓ 80%
Mortalité	↓ 65%
Diagnostic	90%
Traitement	80%

Diapositive 8



En Amérique du Nord

1^{re} cause de carcinome hépatocellulaire et
de transplantation hépatique ¹

Âge médian au décès: 57 ans³

Cohorte CHECS² 11 286 sujets infectés par le VHC

	2006	2014
Prévalence cirrhose	10%	28%
Prévalence cirrhose décompensée	3%	7%
Incidence de mortalité globale	1.1%	3.1%

¹Remis, Agence de santé publique du Canada, 2007.

²Loannou GN, # 21

³Ly K. Ann Intern Med. 2012.

Institut national
de santé publique
Québec

8

Diapositive 9

252 000 sujets vivant avec le VHC

Au Canada

	Augmentation entre 2013 et 2035 ¹
Cirrhose décompensée	80%
Hépatocarcinome	205%
Mortalité d'origine hépatique	160%

Incidence modélisée de la mortalité secondaire au VHC²



Sans amélioration de l'accès au
traitement, 32 500 personnes
décéderont de complications liées au
VHC entre 2013 et 2035¹

¹Myers R, Can J Gastroenterol Hepatol. 2014.

²Fondation Canadienne du Foie. 2013. (source ASPC)

Institut national
de santé publique
Québec

10

Diapositive 10

Au Québec, quelques chiffres

- Prévalence estimée ¹⁻² : 0,74%,
- Prévalence chez les utilisateurs de drogue par injection³ : 63,1 %
- 40-70 000 personnes infectées
- 1 073 cas déclarés en 2015 (stade non précisé) ⁴
- 44 % des personnes infectées non encore dépistées⁴
- Moins de 10 % des sujets infectés avaient été traités en 2004

¹Myers R. Can J Gastroenterol Hepatol

²Turbnikov M. RMT 2014; 40(19) 2014.

³Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Le réseau SurvUDI. Décembre 2015. INSPQ Intervalle de confiance à 95% (IC95%): 62,0-64,2 (SurvUDI données 2003-2016)

⁴Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2015 (et projections 2016). INSPQ

10

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 11

Miser sur la prévention

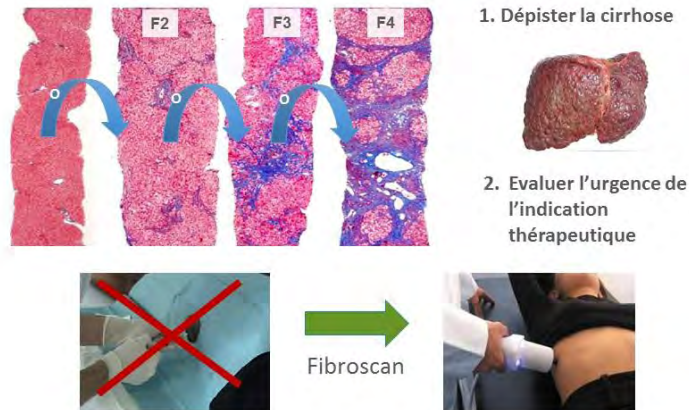
- Activités de prévention et de réduction des méfaits
 - La prévention du passage à l'injection
 - L'éducation sur les risques liés aux relations sexuelles impliquant du sang et à l'utilisation de drogues
 - La distribution de matériel de consommation de drogues par injection et inhalation
 - Les services d'injection supervisée
 - Le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) et les thérapies en dépendance
 - Prestation de soins sécuritaires et précautions universelles dans les milieux de soins
- La promotion du traitement est une mesure de santé publique et de prévention
 - Traitement des personnes atteintes pour réduire le bassin de personnes infectées et les risques de transmission

11

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 12

Détermination du stade de fibrose hépatique MAINTENANT NON INVASIVE

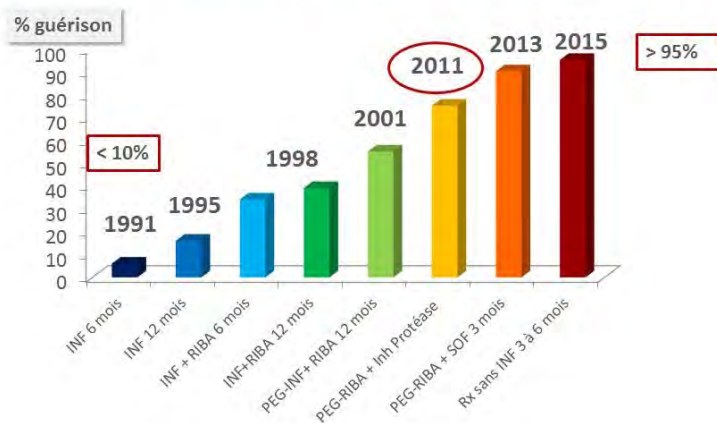


12

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 13

Avancées thérapeutiques MAJEURES



1 comprimé po die - 2 à 6 mois - excellente tolérance

13

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 14



HARVONI^{MC} ET HOLKIRA^{MC} PAK – Hépatite C chronique de génotype 1
JUILLET 2015

Avis d'inscription sur les listes de médicaments – Médicament d'exception – Avec conditions

Approche séquentielle sur 6 ans, priorisée selon le stade de fibrose¹

Coût d'un traitement tout oral 45,000 à 134,000 \$CAD

Budget pour 6 ans **1 milliard \$CAD**

- Mise en place de formation spécifique auprès des médecins
- Modalités de suivi favorables et corridors de service dans toutes les régions sociosanitaires du Québec
- Création d'un réseau de cliniques spécialisées pour la prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique C

¹https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Juillet_2015/_Avis_Inno_WEB_2015_07.pdf

14



Diapositive 15

Projet ECHO[®] Hépatite C Québec
Télémentorat et Fibroscan mobile



- Formation des professionnels de première ligne
- Transfert d'expertise, en mode web, multidisciplinaire, aisé à réactualiser
- S'appuie sur les spécialistes locaux
- Fibroscan[®] portatif à disposition



15



Module 1

LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE – PARCOURS DU PATIENT

MODULE 1 - LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE – PARCOURS DU PATIENT

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 1 – LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE – PARCOURS DU PATIENT

Objectif général :

- Avec cet atelier, le participant pourra apprécier le rôle des différents acteurs en santé et les stratégies d'intervention à développer pour relever les défis de la prise en charge de la clientèle.

Objectif spécifique :

- Comprendre les défis de la prise en charge de l'hépatite C et reconnaître, du point de vue de la personne infectée, les obstacles rencontrés dans la cascade de soins.

Éléments de contenu :

- Les personnes atteintes du VHC
- Éléments de la cascade de soins chez les personnes UDI
- Les défis et obstacles au traitement
- L'équipe multidisciplinaire pour le succès du traitement

Méthodes pédagogiques :

- Présentation magistrale

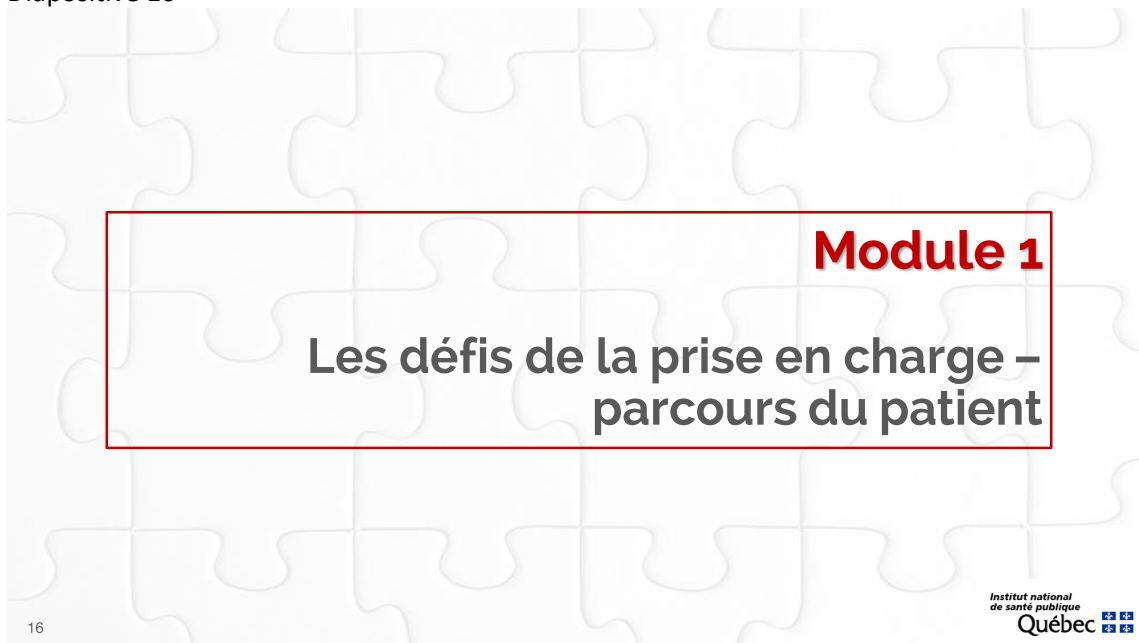
Durée : 10 minutes

Matériel d'accompagnement :

- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 16



Module 1

**Les défis de la prise en charge –
parcours du patient**

16

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

Qui sont les personnes atteintes du VHC ?



Peuvent être ATTEINTES
DE TROUBLES MENTAUX

Souffrant d'atteinte hépatique,
ex : CIRRHOSE

Pouvant prendre d'AUTRES
MÉDICAMENTS
(ex : co-infection au VIH)

Provenant de
PAYS ENDÉMIQUES AU VHC

Étant ou ayant été INCARCÉRÉES

Consommatrice
d'ALCOOL

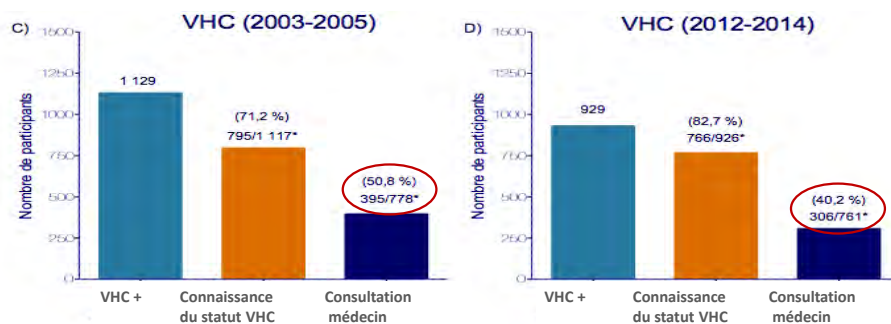
TOXICOMANES

HARSAH

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 18

Eléments de la cascade de soins chez les personnes UDI¹



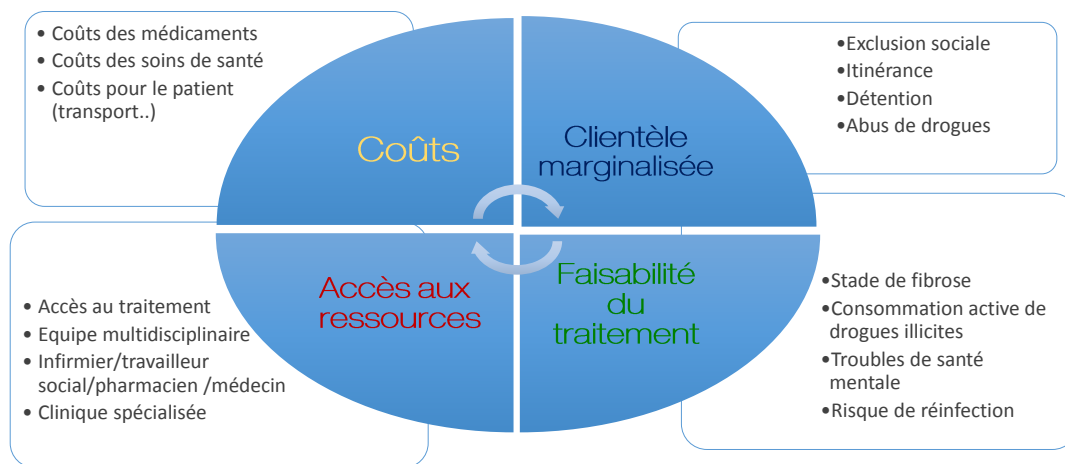
¹Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie VHC 2003-2014 Le réseau SurvUDI. Décembre 2015. INSPQ

18

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 19

Les défis et les obstacles au traitement

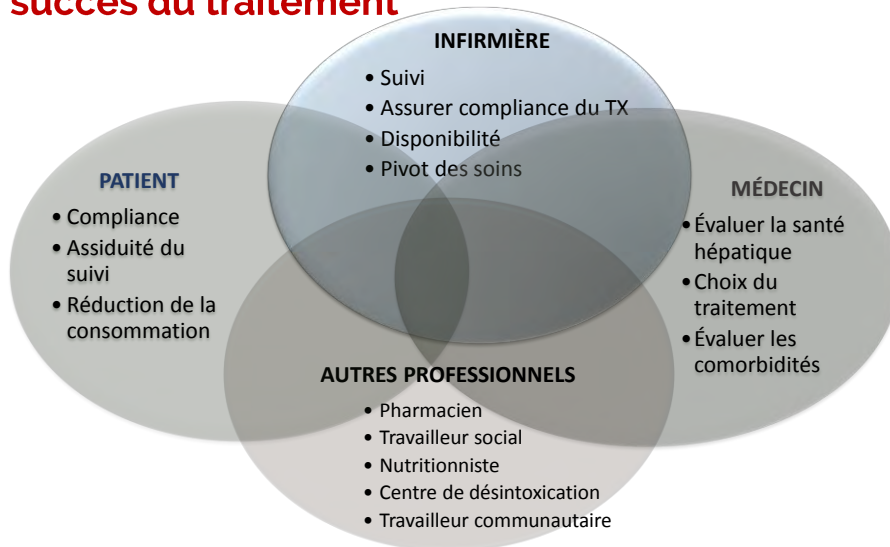


19

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 20

Une équipe traitante interdisciplinaire pour garantir le succès du traitement



20

Institut national
de santé publique
Québec

Module 2
TRANSMISSION ET DÉPISTAGE

MODULE 2 - TRANSMISSION ET DÉPISTAGE

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 2 – TRANSMISSION ET DÉPISTAGE

Objectif général :

- A la fin de l'atelier, le participant sera en mesure de décrire les nouveautés concernant le dépistage, l'évaluation d'une personne infectée, les progrès thérapeutiques et les bénéfices qui leur sont associés.

Objectif spécifique :

- Intégrer dans sa pratique les indications et les modalités de dépistage et d'évaluation d'une personne infectée.

Éléments de contenu :

- Mode de transmission du VHC
- Indication de dépistage
- Distribution de cas d'hépatite C selon les groupes d'âge
- Algorithme de dépistage avec les tests à demander

Méthodes pédagogiques :

- Présentation magistrale
- Quiz
- Discussion en sous-groupe

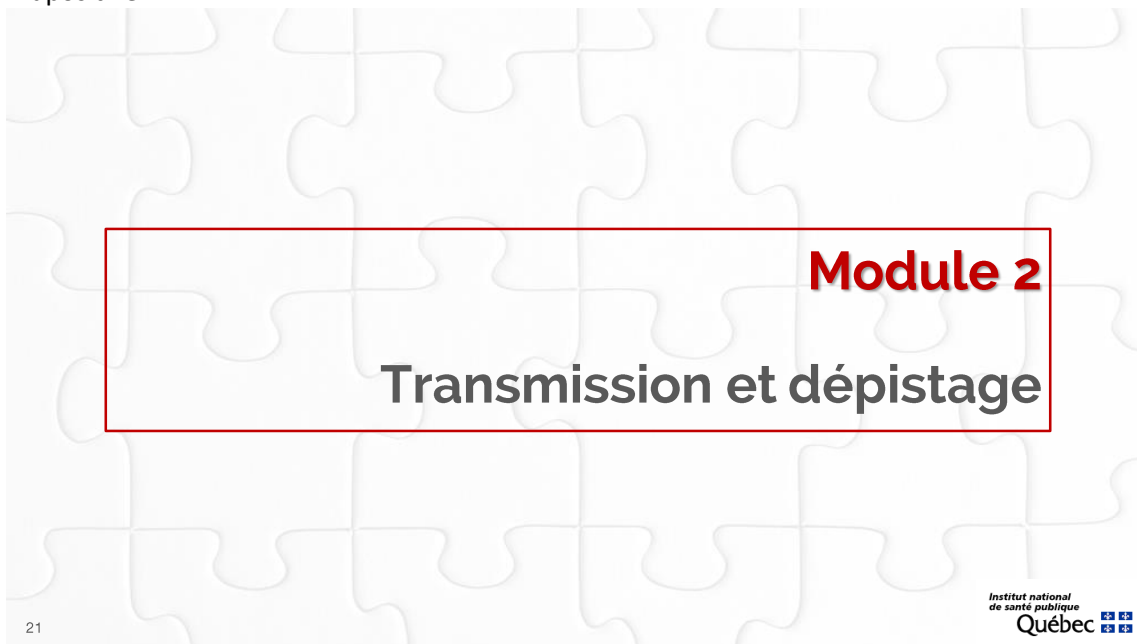
Durée : 20 minutes

Matériel d'accompagnement :

- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 21



Diapositive 22

Une seule de ces affirmations est vraie

1. La probabilité de contamination après une exposition accidentelle au VHC est d'environ 10 %
2. Le dépistage du VHC doit être fait chaque année chez les HARSAH
3. La probabilité de clairance spontanée après infection par le VHC est d'environ 25%
4. Chez un sujet guéri après traitement par agents antiviraux directs, la persistance d'anticorps anti-VHC protège d'une réinfection

Laquelle?



Diapositive 23

Facteurs de risque

- Usage de drogue par injection (présent ou passé) – partage de matériel de préparation, d’injection ou d’inhalation de drogue ou partage de la drogue elle-même
- Transfusion de sang, facteurs, organes avant 1992
- Relations sexuelles non-protégées (particulièrement HARSAH vivant avec le VIH)- pratiques sexuelles anales ou pratiques où le risque de traumatisme est élevé, en présence de sang et de lésions associées à d’autres ITS
- Transmission verticale : mère infectée - enfant
- Tatouage ou perçage avec équipement non-stérile

23

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 24

Qui dépister?

- Personnes utilisatrices de drogue par injection ou inhalation (présent ou passé)
- Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, du VHB et du VHC est élevée
- Personne recevant des services dans un centre de ressources pour la dépendance à des drogues
- Enfants d’une mère infectée avec VHC
- Personnes incarcérées ou l’ayant été
- Personnes sous hémodialyse
- Ponctions percutanées/intraveineuses en milieu non contrôlé
- Ponctions accidentelles d’un professionnel de la santé par du matériel utilisé pour un patient infecté
- Personnes vivant avec le VIH ou atteintes d’une lymphogranulomatose vénérienne (LGV), ou qui ont possiblement contracté une hépatite B par voie sanguine
- Personnes provenant de pays endémiques

➤ Se référer au guide québécois de dépistage des ITSS

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-308-04W.pdf>

24

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 25

Dépistage selon la région d'origine

Les régions suivantes peuvent être considérées endémiques pour le VHC:

- Les Caraïbes
- L'Amérique centrale
- L'Amérique du Sud,
- La Fédération de Russie
- L'Europe de l'Est
- Le Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan)
- L'Afrique subsaharienne
- L'Asie du Sud
- L'Asie centrale
- Le bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande

Forte endémicité : Égypte, Pakistan, Taiwan, Roumanie, Italie

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-308-04W.pdf>

25

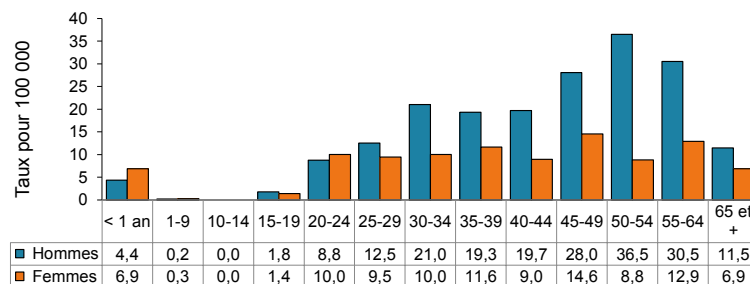
Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 26

Qui dépister? (suite)

Nouvelle indication de dépistage : les babyboomers

Hépatite C*: taux d'incidence** des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015



Données du fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) *Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisé)

** taux exprimé pour 100 000 personnes

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2015 (et projections 2016)

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2201_portrait_infections_transmissibles_sexuellement_sang_2015_0.pdf

26

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 27

Indication de dépistage pour les babyboomers

- Les États-Unis recommandent un dépistage une fois à vie pour la cohorte des babyboomers ⁽¹⁾
 - Taux de détection avec dépistage selon facteurs de risques : 50%
 - Taux de détection avec dépistage de la cohorte de naissance 1945-1965 : 75%
 - 444/3600 (12%) test positifs à l'urgence en Alabama!
- En France, depuis 2015, on cible une cohorte de naissance plus large d'adultes des deux sexes âgés de 18 à 60 ans.
- Les autorités de santé publique s'y penchent au Canada
 - La Fondation canadienne du foie a suggéré une cohorte 1945-1975 au Canada
 - Une réflexion québécoise est en cours et des recommandations officielles seront disponibles sous peu

(1) Smith et al. Hepatitis C Virus Testing of persons born during 1945-1965

27

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 28

A qui faire le test (suite)

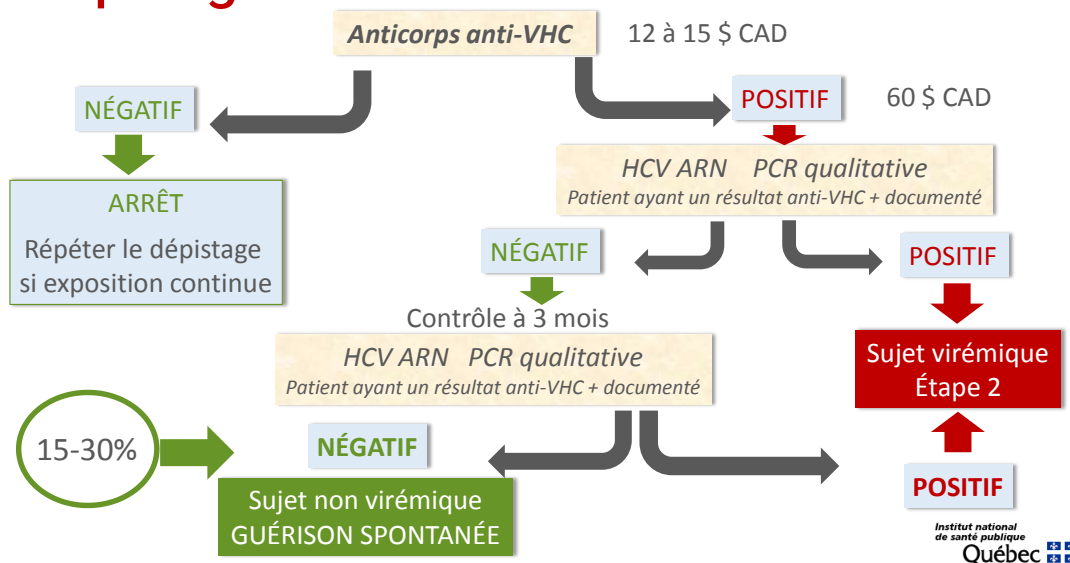
- **Autres considérations**
 - Test diagnostic requis chez des personnes atteintes de maladie hépatique ou en présence des manifestations extra-hépatiques évocatrices d'une hépatite C
 - Donneur d'organe(s)

28

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 29

Dépistage du VHC



29

Diapositive 30

Une seule de ces affirmations est vraie

1. La probabilité de contamination après une exposition accidentelle au VHC est d'environ 10 % X
2. Le dépistage du VHC doit être fait chaque année chez les HARSAH X
3. La probabilité de clairance spontanée après une infection par le VHC est d'environ 25% ✓
4. Chez un sujet guéri après traitement par agents antiviraux directs, la persistance d'anticorps anti-VHC protège d'une réinfection X

Laquelle?

Institut national de santé publique
Québec

30

Module 3
ÉVALUATION PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

MODULE 3 - ÉVALUATION PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 3 – ÉVALUATION PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

Objectif général :

- A la fin de la formation, le participant sera en mesure de décrire les nouveautés concernant le dépistage, l'évaluation d'une personne infectée, les progrès thérapeutiques et les bénéfices qui leurs sont associés.

Objectif spécifique :

- Intégrer l'évaluation diagnostique et pré-thérapeutique et intégrer les nouveautés technologiques pour évaluer le stade de la fibrose hépatique.

Éléments de contenu :

- Évaluation du patient virémique
- Développement de la cirrhose chez personne non traitée
- Conseils à donner au patient
- Objectifs de l'évaluation du patient
- Les stades de fibrose hépatique
- Éléments évocateurs de cirrhose
- Score de fibrose
- Bilan de première ligne
- Bilan de deuxième ligne

Méthodes pédagogiques :

- Présentation magistrale
- Quiz
- Discussion en sous-groupe
- Vidéo Fibroscan

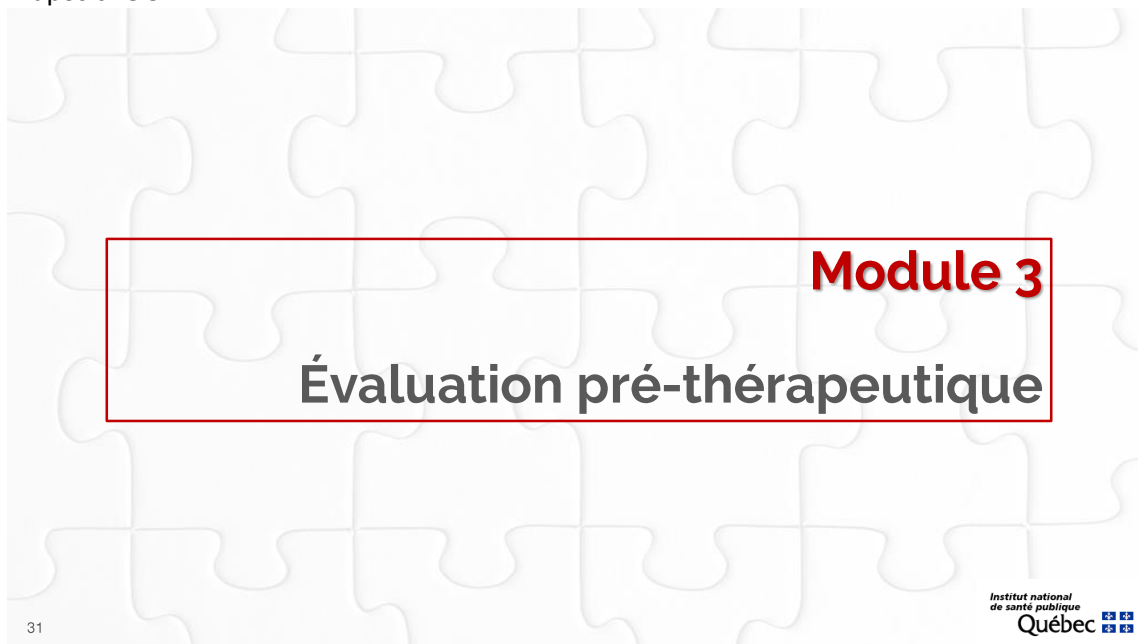
Durée : 30 minutes

Matériel d'accompagnement :

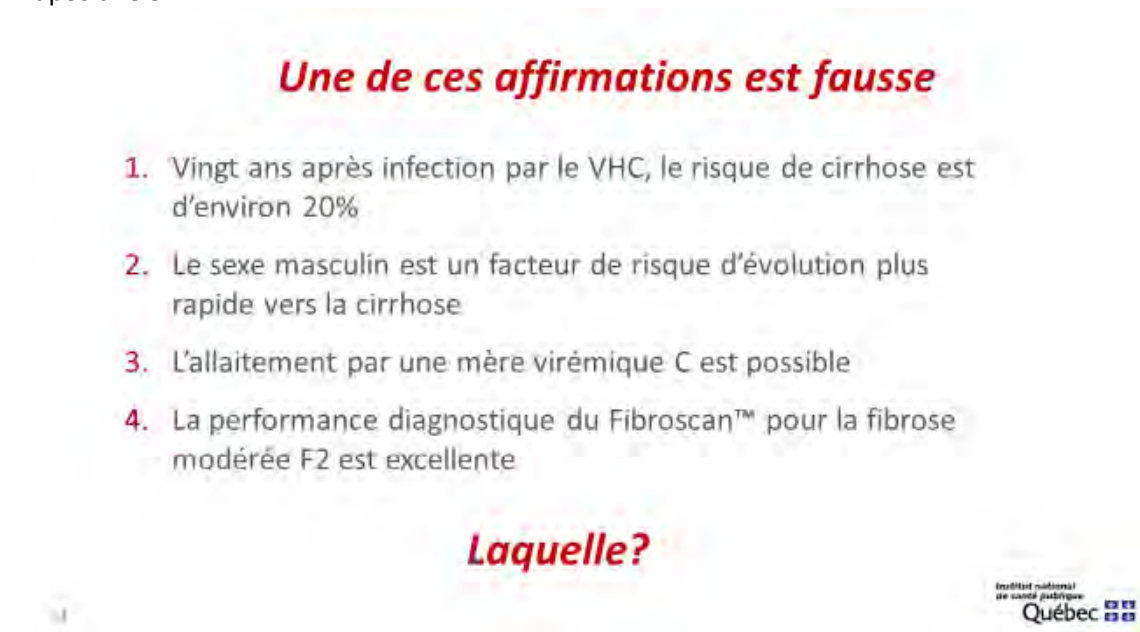
- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 31

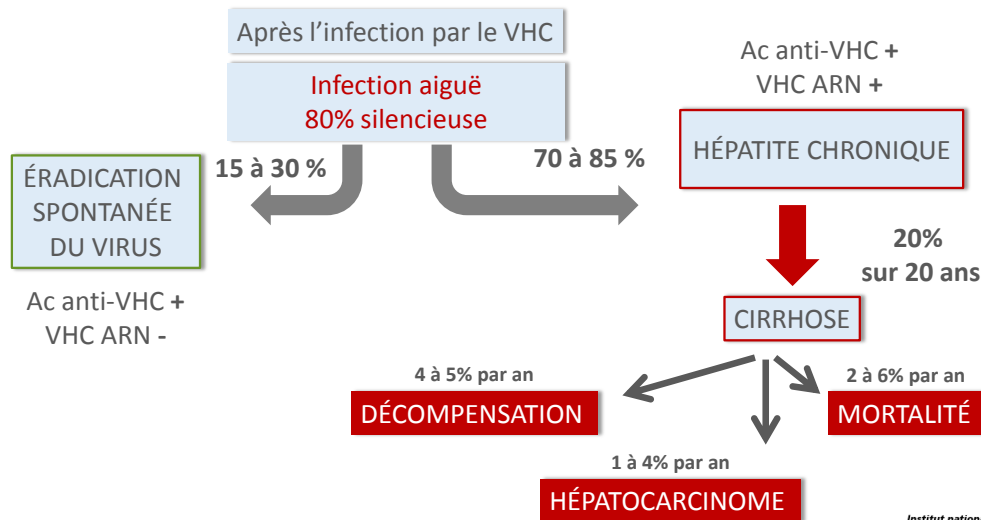


Diapositive 32



Diapositive 33

Histoire naturelle de la maladie



33

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 34

Objectifs de l'évaluation d'une personne virémique

La maladie est-elle sévère?

Symptômes: fatigue chronique, anxiété, dépression

Manifestations extra-hépatiques: celles secondaires à une cryoglobulinémie mixte, des arthralgies myalgies, un syndrome sec, un diabète de type 2, une insulino-résistance, un lymphome B non-hodgkinien ou une porphyrie cutanée tardive

Fibrose hépatique avancée? Cirrhose constituée? Décompensée?

Quelles sont les problématiques associées à l'hépatite C?

Ex-UDI ou UDI actif? Troubles de l'usage d'alcool? Troubles mentaux?

Hépatopathie multifactorielle? Alcool? Surpoids? VHB? VIH?

Quels sont les critères pour le choix du traitement par agents antiviraux directs ?

Génotype viral, stade fibrose (score de Child-Pugh si cirrhose),

traitement antérieur ou non, interactions médicamenteuses?

Comorbidités significatives?

Espérance de vie < 1 an?

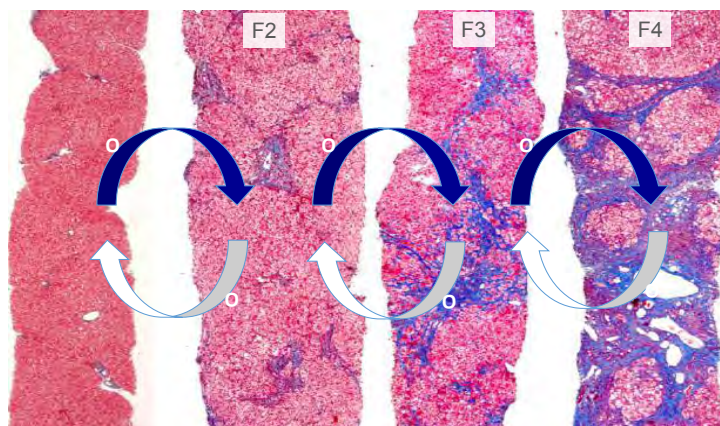
34

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 35

Les stades de fibrose hépatique

MÉTAVIR¹



F0 pas de fibrose

F1 Fibrose portale sans septum

F2 Quelques septa

F3 Nombreux septa sans cirrhose

F4 Cirrhose



Destruction des hépatocytes suivie d'une fibrose extensive et mutilante délimitant des nodules de régénération

35

¹ Bedossa P. Hepatology 1996

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 36

Éléments évocateurs de cirrhose

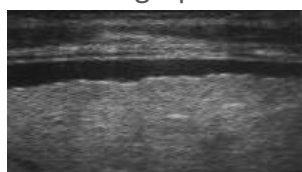
Clinique



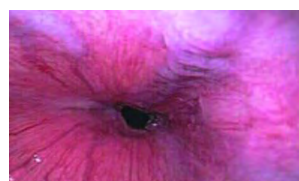
Biologie

AST > ALT, thrombopénie

Échographie



Découverte fortuite de varices œsophagiennes



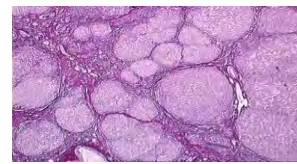
36

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 37



Biopsie hépatique
Incidents sévères 1/1000
Erreur d'échantillonnage
Variabilité inter observateur



Approche biologique



Tests de fibrose gratuits

- APRI
- Fib-4

Tests sous brevet

- FibroTest
- Fibromètre

Approche physique

VCTE Fibroscan™

Hépatite C

< 7.1 kPa F0-F1
≥ 12.5 kPa F4



EASL –ALEH Clinical Practice guidelines 2015

37

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 38

Scores de fibrose

AST to Platelet Ratio Index ¹ AST, LSN AST, plaquettes

(index du rapport AST / plaquettes)

<http://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri>

APRI < 1 VPN F4 94%

APRI > 2 et AST > ALT: forte suspicion de cirrhose

Fib-4 ²

âge, AST, ALT, plaquettes

<http://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4>

< 1,45 VPN F3 ou F4 90%

> 3.25 VPP F3 ou F4 65% Spéc. 97%

Plusieurs calculateurs téléchargeables sur téléphone cellulaire permettent de calculer rapidement ces tests de fibrose
ex : MedCalc, Medscape

¹Wai CT Hepatology 2003 ²Vallet-Pichard A Hepatology 2007

38

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 39

Vidéo sur le Fibroscan

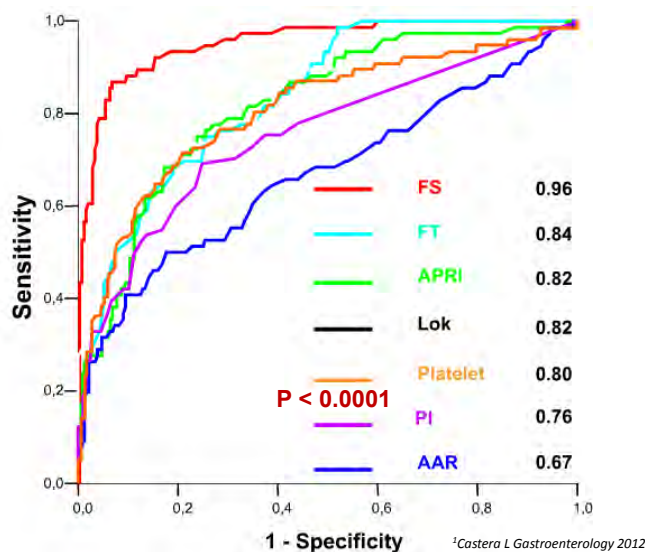


39

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 40

Excellente performance diagnostique du Fibroscan pour exclure la cirrhose



AUROC 0.85 à 0,98¹

Classification correcte
85-94%

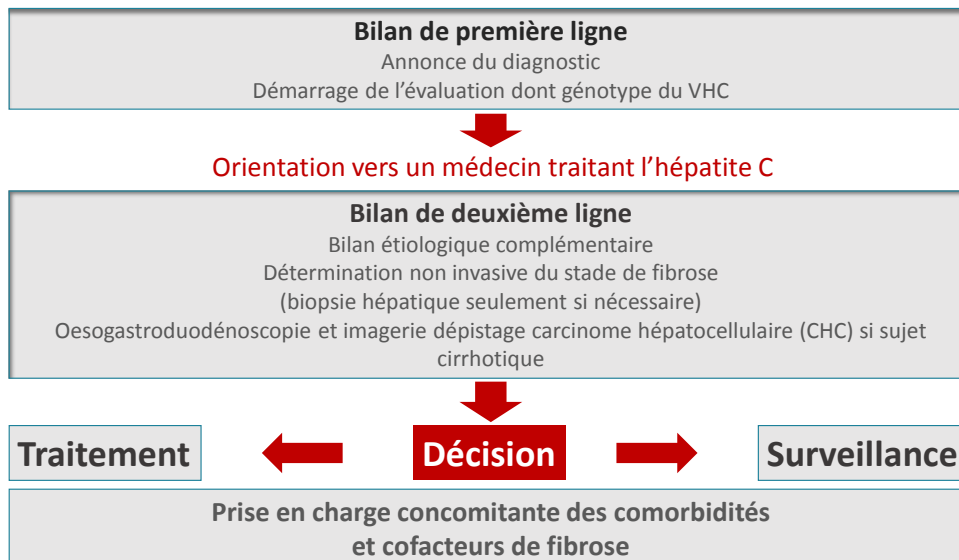
Mais pour F2

Moins de 80% des
patients correctement
classés

40

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 41



41

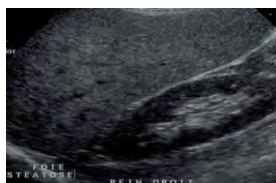
Diapositive 42

Évaluation de première ligne en pratique

Anamnèse et examen clinique

Bilan biologique

Échographie abdominale



AST, ALT, Bilirubine, P. Alcalines
FSC INR,
Créatinine, albumine, glycémie.
Analyse d'urine

Génotype du VHC

Ag HBS* Ac anti-HBc Ac anti-HBs
AC anti-VHA totaux
Ac anti-VIH

La mesure de la charge virale du VHC sera effectuée
lorsqu'un traitement antiviral est envisagé

* Rechercher le l'ADN du VHB chez les sujets dont le
résultat pour l'Ag Hbs est positif

Calcul de l'APRI et/ou Fib-4 et Fibroscan

42

Diapositive 43

Étape 2 : Poursuite des investigations et orientation si besoin vers un médecin expérimenté dans le traitement de l'hépatite

- Anamnèse (données sur les traitements antérieurs)-Examen clinique
- Bilan biologique complémentaire :
 - Anticorps antinucléaires, anti-muscle lisse, anti-mitochondries, anti-LKM
 - Immunoglobulines IgG, IgA et IgM
 - Ferritine et bilan martial
 - Alpha-1-antitrypsine
 - Céruloplasmine
 - TSH
- Optionnel :
 - Détection des polymorphismes du gène NS5A dans certains contextes seulement et pour le traitement des personnes ayant déjà échoué un traitement au ADD
 - Détection du polymorphisme NS3 Q80K si génotype 1a et si recours au siméprévir

43

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 44

Étape 2 : Poursuite des investigations et orientation si besoin vers un médecin expérimenté dans le traitement de l'hépatite (suite)

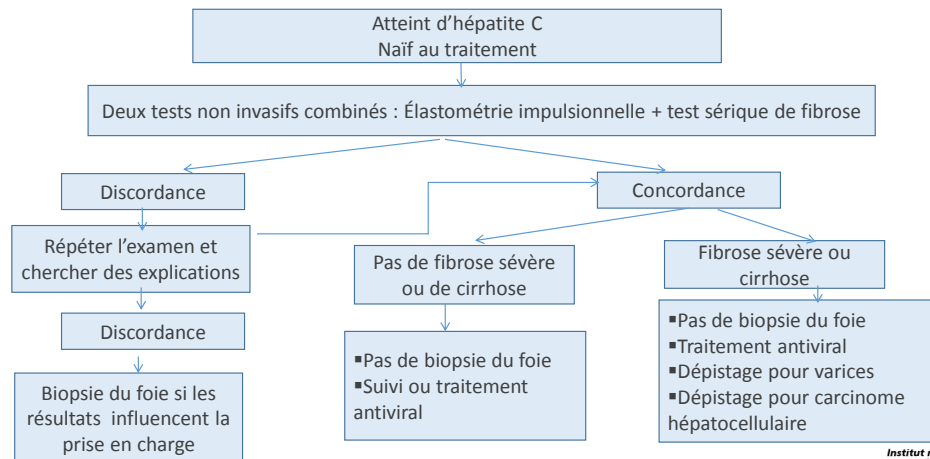
- Détermination du stade de fibrose par score biologique de fibrose (Fib-4, APRI) et/ou par la mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan®
- Biopsie hépatique au besoin et si son résultat modifiera la prise en charge
- Sujets cirrhotiques :
 - ❑ Évaluer la fonction hépatique : ALB ↓, RNI ↑, BILI ↓, rechercher une ascite, une encéphalopathie
 - ❑ Endoscopie oesogastroduodénale pour le dépistage de varices oesophagiennes
 - ❑ Dépistage du carcinome hépatocellulaire : échographie hépatique (tous les 6 mois)
 - ❑ Certains spécialistes couplent à l'échographie hépatique un dosage de l'alphafoetoprotéine pour le dépistage du carcinome hépatocellulaire

44

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 45

Algorithme pour l'utilisation de tests non-invasifs chez les patients naïfs au traitement contre l'hépatite C



45

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 46

Information sur les risques de transmission et conseils préventifs

Pour réduire le risque de transmission

- Ne pas faire de don de sang, sperme, organes, tissus
- Recouvrir les blessures susceptibles de saigner
- Ne pas partager d'article d'hygiène personnelle
- En présence de sang, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relation sexuelle (vaginale ou anale)
- Réduction des méfaits :
 - utilisation de matériel stérile de consommation de drogues par inhalation et par injection
 - ne pas partager de matériel d'injection ou d'inhalation
 - traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) et les thérapies en dépendance

46

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 47

Information sur les risques de transmission et conseils préventifs (suite)

Femme infectée en âge de procréer

- Risque de transmission de 4,3%, majorée si co-infection VIH
- Allaitement possible (attention aux mamelons)

Pour limiter la progression de l'atteinte hépatique

- Limiter au maximum la prise d'alcool
- Maintenir un poids santé. Si surcharge: objectif réaliste de – 5%
- Vaccination contre les hépatites A et B

47

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 48

Une de ces affirmations est fausse

1. Vingt ans après infection par le VHC, le risque de cirrhose est d'environ 20% ✓
2. Le sexe masculin est un facteur de risque d'évolution plus rapide vers la cirrhose ✓
3. L'allaitement par une mère virémique C est possible ✓
4. La performance diagnostique du Fibroscan™ pour la fibrose modérée F2 est excellente ✗

Laquelle?

48

Institut national
de santé publique
Québec

Module 4
TRAITEMENT ANTIVIRAL C

MODULE 4 – TRAITEMENTS

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 4 – TRAITEMENTS

Objectif général :

- À la fin de l'atelier, le participant pourra décrire les nouveautés concernant le dépistage, l'évaluation d'une personne infectée, les progrès thérapeutiques et les bénéfices qui leurs sont associés.

Objectif spécifique :

- Décrire les avancées thérapeutiques, les modalités et les principes généraux des nouveaux traitements qui contribuent à la simplification du suivi des patients.

Éléments de contenu :

- Étude de cas de Mario, un patient désirant être traité
- Bénéfices du traitement antiviral
- Principes généraux du traitement
- Critères de choix du traitement
- Cibles des agents antiviraux directs
- Différents traitements antiviraux, posologie, et durée
- Demande de remboursement
- Évaluation avant traitement
- Pratiques cliniques avant le traitement
- Pratiques cliniques durant le traitement
- Pratiques cliniques après le traitement

Méthodes pédagogiques :

- Étude de cas
- Quiz
- Discussion en sous-groupe

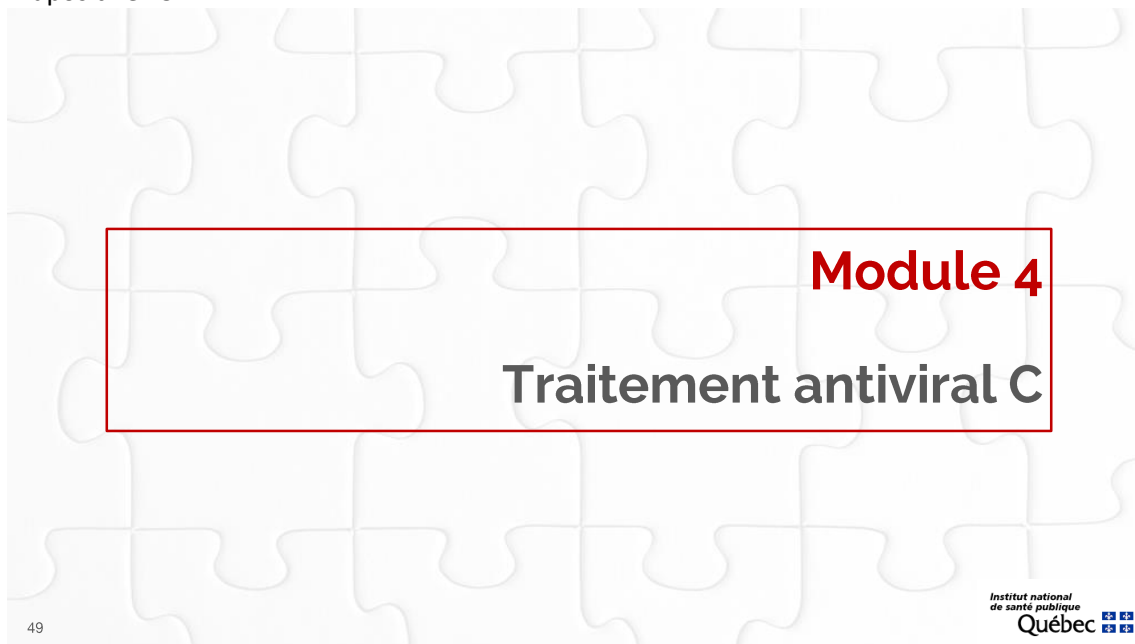
Durée : 30 minutes

Matériel d'accompagnement :

- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 49



Diapositive 50

Mario, 55 ans, hépatite C connue depuis 10 ans, voudrait maintenant être traité

Anamnèse et examen clinique **normal**

Diabète type 2, obésité, dyslipidémie

Glucophage 500 mg bid

Rosuvastatine 10 mg die

Pantoprazole 40 mg die

Habitudes: 4-5 bières par soir

Pas de drogue X 30 ans

Bilan biologique ➔

Echographie abdominale

demandée, en attente

AST 39 ALT 72,

Bilirubine 17 P. Alcalines 94

FSC PlaQ 165 INR 0.9

Créatinine 82 albumine 43

Génotype du VHC 1a

Ag HBs NEG Ac anti-HBc NEG

Ac anti-HBs NEG Ac anti-VIH NEG

AC anti-VHA totaux NEG

Bilan biologique complémentaire NEG

APRI 0,591 (< 1 prédit absence de cirrhose)

Fib-4 1,53 (< 1,45 prédit absence de cirrhose)

Fibroscan 10,3 kPa soit F2-F3

50

de santé publique
Québec

Diapositive 51

Une de ces affirmations est fausse

1. La guérison définitive est affirmée par un ARN du VHC non détecté en fin de traitement
2. Le traitement tout oral par agents antiviraux directs est remboursé au Québec chez tout patient cirrhotique
3. La co-administration de Sofosbuvir et amiodarone est contre-indiquée
4. Les inhibiteurs de protéase ne sont pas recommandés chez les personnes cirrhotiques décompensées

Laquelle?

51

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 52

Bénéfices du traitement antiviral

Obtenir une réponse virologique soutenue (RVS) permet de :

- ✓ augmenter la survie;
- ✓ freiner l'évolution vers la cirrhose ;
- ✓ diminuer les complications de la cirrhose telles que ascite, encéphalopathie, rupture de varices œsophagiennes;
- ✓ diminuer le risque de carcinome hépatocellulaire;
- ✓ empêcher la survenue de manifestations extra-hépatiques;
- ✓ améliorer la qualité de vie des patients;
- ✓ diminuer la transmission du VHC;
- ✓ diminuer la consommation de drogues ou d'alcool;
- ✓ favoriser l'entrée dans une démarche de soins.

52

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 53

Principes généraux du traitement



- En 2017, le traitement de l'hépatite C est tout oral
 - **On ne recommande plus les traitements à base d'Interféron**
- Durée habituellement de 8 à 12 semaines
- Très peu d'effets secondaires
- Médicaments d'exception
 - Demande à faire auprès de la RAMQ (en ligne possible) ou à la compagnie d'assurance privée du patient

53

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 54

Critères de choix du traitement



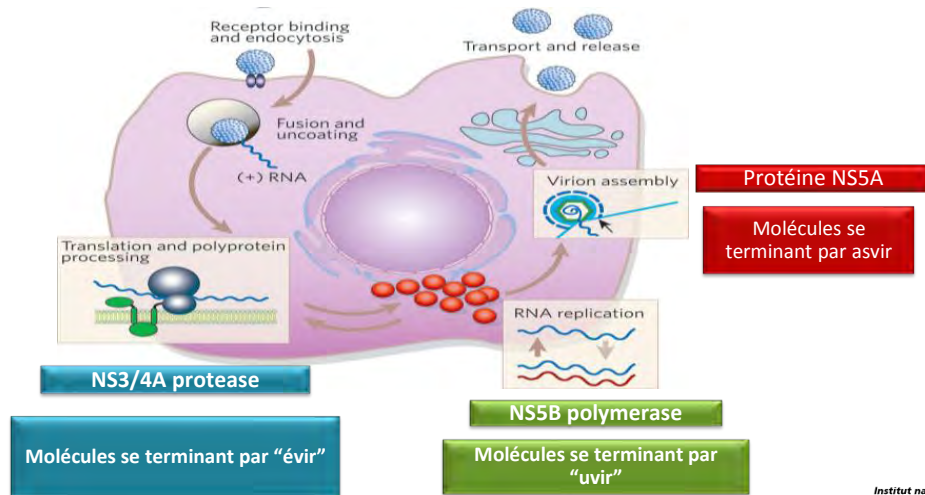
- Quel est le génotype (et quel sous-type si génotype 1)?
- Quel est le stade de fibrose F0-1, F2, F3, F4?
- Si cirrhose, est-elle compensée? Quel score Child-Pugh ?
- S'agit-il d'un premier traitement ou d'un échec à un traitement antérieur?
- Si échec, non réponse ou rechute? Quel était le dernier traitement reçu?

54

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 55

Cibles des agents antiviraux directs



55

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 56

Traitements du VHC*

Nom commercial	Noms génériques	Posologie/ Durée	Génotype
Harvoni	Sofosbuvir + ledipasvir	1 co DIE 8 à 12 semaines	1
Holkira Pak	Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir + dasabuvir	3 co matin - 1 co soir 12 semaines	1
Daklinza + Sovaldi	Daclatasvir + sofosbuvir	2 co DIE 12 semaines	3
Zépatier	Elbasvir + grazoprévir	1 co DIE 12 semaines	1 et 4
Epclusa	Sofosbuvir + velpatasvir	1 co DIE 12 semaines	1 à 6
Technivie	Paritaprevir/ritonavir + ombitasvir	2 co DIE 12 semaines	4

*Dans certaines situations, ces médicaments doivent être administrés avec de la ribavirine.
Voir le guide de prise en charge et de traitement de l'hépatite C à ce sujet

56

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 57

Quel traitement choisir?

La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Guide pour les professionnels de la santé du Québec

- Considérations méthodologiques :
 - Le comité de rédaction a adopté après analyse, les premiers choix thérapeutiques retenus par l'AASLD* puisqu'il s'agit des recommandations les plus proches des indications reconnues au Canada pour l'usage des antiviraux contre l'hépatite C.
- Un tableau fait état de ces recommandations de traitements en intégrant les considérations propres aux monographies canadiennes.
- Un autre tableau fait état des résultats des principaux essais cliniques soutenant les recommandations émises par l'AASLD et l'INESSS.
- Le guide réfère également à la liste des médicaments remboursés au Québec par la RAMQ selon les recommandations de l'INESSS:
<http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=759>

*American Association for the Study of Liver Diseases Et Infectious Diseases Society Of America, HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C, 2016, <http://www.hcvguidelines.org/full-report-view> a été consulté en juillet 2017 et tient compte des modifications d'avril 2017.

Institut national
de santé publique
Québec

57

Diapositive 58

Recommandations de traitement pour génotype 1a

Traitement	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et Riba	
Cités par ordre alphabétique	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
Elbasvir / grazoprévir (Zepatier^{MC}) * Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg) / grazoprévir (100 mg)	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NSSA	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NSSA	2 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NSSA chez patients avec rechute antérieure 16 semaines avec ribavirine chez ceux ayant connu un échec virologique pendant le traitement	12 semaines sans égard à la présence ou non de résistance NSSA chez patients avec rechute antérieure 16 semaines avec ribavirine chez ceux ayant connu un échec virologique pendant le traitement
Lédipasvir / sofosbuvir (Harvoni^{MC}) Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg) / sofosbuvir (400 mg)	12 semaines 8 semaines si non de race noire, non infecté par le VIH et avec une charge virale < 6 millions UI/ml	12 semaines	12 semaines	12 semaines avec ribavirine

* Les adaptations en fonction des monographies canadiennes sont indiquées par un astérisque

Institut national
de santé publique
Québec

58

Diapositive 59

Recommandations génotype 1 a (suite)

Traitement	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et Riba	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
Cités par ordre alphabétique				
Paritaprévir / ritonavir / ombitasvir et dasabuvir (Holkira^{MC} Pak) Deux comprimés par jour de la co-formulation de paritaprévir (75 mg) / ritonavir (50 mg) / ombitasvir (12,5 mg) et un comprimé deux fois par jour de dasabuvir (250 mg)	12 semaines avec ribavirine (I,A)		12 semaines avec ribavirine (I,A)	
Sofosbuvir + daclatasvir Un comprimé par jour de daclatasvir 60 mg et de sofosbuvir 400 mg	12 semaines (I, B)		12 semaines (IIa,B)	
Sofosbuvir + siméprévir Un comprimé par jour de sofosbuvir (400 mg) et une capsule par jour de siméprévir (150 mg)	12 semaines (I,A)		12 semaines (I,A)	
Sofosbuvir / velpatasvir (Epclusa^{MC}) Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg) / velpatasvir (100mg)	12 semaines (I,A)	12 semaines (I,A)	12 semaines (I,A)	12 semaines (I,A)

* Les adaptations en fonction des monographies canadiennes sont indiquées sont signalées par un astérisque

Institut national
de santé publique
Québec

59

Diapositive 60

Exemples d'options thérapeutiques: Génotype 3

N.B.: Le guide inclut les recommandations pour tous les génotypes

Traitement	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et RBV	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
Cités par ordre alphabétique				
Sofosbuvir et daclatasvir * Un comprimé par jour de daclatasvir (60 mg) et sofosbuvir (400 mg)	12 semaines (I, B)	12 semaines avec ribavirine (I, B)	12 semaines	12 semaines avec ribavirine
Sofosbuvir / velpatasvir (Epclusa^{MC})* Un comprimé par jour de la co-formulation sofosbuvir (400 mg) / velpatasvir (100mg)	12 semaines (I,A)	12 semaines (I,A)	12 semaines (I,A)	12 semaines

* Les adaptations en fonction des monographies canadiennes sont indiquées par un astérisque

Institut national
de santé publique
Québec

60

Diapositive 61

Résultats des principaux essais cliniques soutenant les recommandations Exemple : les réponses virologiques soutenues (RVS) observées génotype 1a avec Zépatier et Harvoni

Cités par ordre alphabétique	Jamais traité		Déjà traité avec Peg-IFN et Riba	
	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée	Absence de cirrhose	Présence de cirrhose compensée
Elbasvir / grazoprévir (Zépatier^{MC}) Un comprimé par jour de la co-formulation elbasvir (50 mg) / grazoprévir (100 mg)	C-EDGE TN RVS avec tx de 12 semaines : 92% (144/157) Au total dans l'étude 23% des sujets ont une cirrhose		C-EDGE TE RVS globale avec tx de 12 semaines : 90% (55/61) Au total dans l'étude 35% des sujets ont une cirrhose RVS avec un tx de 12 semaines chez les personnes ayant une rechute antérieure : 95.0% (22/23) •100% (16/16) chez les non cirrhotiques •85.7% (6/7) chez les cirrhotiques RVS chez les non répondeurs avec un tx de 16 semaines + RBV : •94.6% (35/37) •90.9% (20/22) chez les non cirrhotiques et 100% (15/15) chez les cirrhotiques	
Lédipasvir / sofosbuvir (Harvoni^{MC}) Un comprimé par jour de la co-formulation lédipasvir (90 mg) / sofosbuvir (400 mg)	ION-3 RVS avec tx de 8 semaines : 93% (159/171) RVS avec tx de 12 semaines : 95% (163/172)	ION-1 RVS avec tx de 12 semaines : 94% (32/34) Inclut génotype 1a et 1b Au total dans l'étude 31% des sujets ont un génotype 1b	ION-2 RVS avec un tx de 12 semaines : 95% (83/87) Inclut génotype 1a et 1b Au total dans l'étude 21% des sujets ont un génotype 1b	ION-2 RVS avec un tx de 12 semaines + RBV : 82% (18/22) RVS avec un tx de 24 semaines + RBV : 100% (22/22) Inclut génotype 1a et 1b Au total dans l'étude 21% des sujets ont un génotype 1b

61 Le guide inclut les RVS pour tous les génotypes et tous les médicaments lorsque cela est applicable

Québec

Diapositive 62

L'option thérapeutique est-elle remboursée par la RAMQ: Exemple du génotype 1a

GÉNOTYPES 1 à 6 - Indications	Dénomination commune Nom commercial, fabricant	Posologie et administration	Durée maximale du traitement remboursé par la RAMQ (semaines)
• Aucune fibrose hépatique (score Metavir F0) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose hépatique légère (score Metavir de F1) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose hépatique modérée (score Metavir F2) ou fibrose hépatique grave (score Metavir F3) ou cirrhose compensée (score Metavir F4).	Sofosbuvir / velpatasvir Epclusa ^{MC} , Gilead	Sofosbuvir / velpatasvir (400 mg / 100 mg) per os une fois par jour, avec ou sans nourriture	12
• Cirrhose décompensée	Sofosbuvir / velpatasvir Epclusa ^{MC} , Gilead + Ribavirine Ibavyr ^{MC} , Pendopharm	Sofosbuvir / velpatasvir (400 mg / 100 mg) per os une fois par jour, avec ou sans nourriture + RBV en 2 prises par jour aux 12 heures (note 2), avec nourriture	12
GÉNOTYPE 1 - Indications	Dénomination commune Nom commercial, fabricant	Posologie et administration	Durée maximale du traitement remboursé par la RAMQ (semaines)
Patient n'ayant jamais reçu de traitement contre le VHC (inclut une intolérance sérieuse)			
• Aucune fibrose hépatique (score Metavir F0) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose hépatique légère (score Metavir F1) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose hépatique modérée (score Metavir F2) ou fibrose hépatique grave (score Metavir F3) ou cirrhose compensée (score Metavir F4)	Elbasvir / grazoprévir Zépatier ^{MC} , Merck	Elbasvir / grazoprévir (50 mg / 100 mg) per os une fois par jour, avec ou sans nourriture	12

<http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=759>

62

Institut national de santé publique
Québec

Diapositive 63

L'option thérapeutique est-elle remboursée par la RAMQ? Exemple du génotype 1a (suite)

Patient n'ayant jamais reçu de traitement contre le VHC (inclut une intolérance sérieuse) (suite)			
- Aucune fibrose hépatique (score Metavir F1) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose hépatique légère (score Metavir F1) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose modérée (score Metavir F2) ou fibrose grave (score Metavir F3) ou cirrhose compensée (score Metavir F4), et - Ne présentant pas cirrhose, et - Avec une charge virale (ARN VHC) inférieure à 6 millions UI/mL avant le traitement	Lédipasvir / sofosbuvir Harvoni [®] , Gilead	Lédipasvir / sofosbuvir (90 mg / 400 mg) per os une fois par jour, avec ou sans nourriture	8
- Aucune fibrose hépatique (score Metavir F1) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose hépatique légère (score Metavir F1) et au moins un facteur de mauvais pronostic (note 1) ou fibrose modérée (score Metavir F2) ou fibrose grave (score Metavir F3) ou cirrhose compensée (score Metavir F4), et - Charge virale (ARN VHC) égale ou supérieure à 6 millions UI/mL avant le traitement	Lédipasvir / sofosbuvir Harvoni [®] , Gilead	Lédipasvir / sofosbuvir (90 mg / 400 mg) per os une fois par jour, avec ou sans nourriture	12
Cirrhose décompensée	Lédipasvir / sofosbuvir Harvoni [®] , Gilead + Ribavirine Ibavir [®] , Pendopharm	Lédipasvir / sofosbuvir (90 mg / 400 mg) per os une fois par jour, avec ou sans nourriture + RBV en 2 prises par jour aux 12 heures (note 2), avec nourriture	12
Est en attente d'une greffe d'organe ou a déjà eu une greffe	Ombitasvir / paritaprévir / ritonavir et dasabuvir Holkira [®] Pak, AbbVie + Ribavirine Modériba [®] , AbbVie ou Ibavir [®] , Pendopharm	Ombitasvir / paritaprévir / ritonavir (12,5 mg / 75 mg / 50 mg) 2 comprimés per os une fois par jour, avec nourriture + Dasabuvir (250 mg) per os deux fois par jour aux 12 heures avec nourriture + RBV en 2 prises par jour aux 12 heures (note 2), avec nourriture	12 (note 3)

<http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=759>

63

national
de santé publique
Québec

Diapositive 64

Demande de remboursement

- Médicament d'exception
 - à distinguer de la demande en patient d'exception
- Demande en ligne ou papier
 - www.ramq.gouv.qc.ca
- vs assurances privées

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Lédipasvir/sofosbuvir (Harvoni[®]), ombitasvir/paritaprévir/ritonavir et dasabuvir sodique (Holkira[®] Pak), ribavirine (Ibavir[®]) — Hépatite C chronique de génotype 1

1 - Personne assurée

2 - Prescripteur

3 - Médicaments visés par la demande

FORME PHARMACEUTIQUE : TENEUR : POSOLOGIE :

64

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 65

Maximiser les chances de réussite au traitement et de favoriser la fidélité à celui-ci

- Évaluation initiale adéquate du patient
 - motivation, dépistage de la dépression et autres problèmes de santé mentale,
 - situation psychosociale,
 - accès à un logement adéquat,
 - insécurité alimentaire
- Implication du patient dans son traitement
- Relation soignant/patient respectueuse, alliance thérapeutique et compréhension mutuelle des buts du traitement
- Présence d'une équipe de soins qualifiée avec une expérience auprès des personnes UDI
- Contrôle efficace des effets indésirables
- Soutien et accompagnement psychosocial
- Accès à des services de réduction des méfaits (distribution de matériel d'injection stérile) et de traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) (méthadone ou buprénorphine-naloxone) afin de réduire la probabilité d'une réinfection après un traitement antiviral

65

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 66

En pratique: juste avant le traitement

Rencontre avec le médecin et/ou l'infirmière

- Reprendre l'**efficacité** et les **effets secondaires du traitement**
- Réviser la **posologie et la durée du traitement**
- Détailler le **plan de traitement** (visites et prises de sang)
- Insister sur l'importance de la **fidélité** au traitement
- Rediscuter la consommation d'**alcool**
- Refaire la **liste de la médication, des drogues récréatives et des produits naturels** et rappeler l'importance d'aviser l'équipe ou le pharmacien avant d'initier une nouvelle médication (incluant en vente libre)
- **Bilan pré-traitement:** FSC, eGFR, bilan hépatique et charge virale quantitative de l'hépatite C



66

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 67

Effets secondaires et interactions

Effets secondaires

- Les effets secondaires des antiviraux à action directe (AAD) sont généralement non spécifiques (nausées, céphalées, fatigue)
- Dans les études, la fréquence de ces effets indésirables est généralement semblable à celle observée dans le groupe ayant reçu le placebo

Interactions

- Interactions des inhibiteurs de la protéine virale NS5A avec les antiacides, les antagonistes H2 et les inhibiteurs de la pompe à protons
- Interactions dangereuses des associations de sofosbuvir +un autre AAD avec l'amiodarone

- Travailler de concert avec un pharmacien expérimenté
- Consulter la monographie du produit ainsi que des sites web ou applications spécialisées sur les interactions médicamenteuses, tel que les sites suivants :

<http://www.guidetherapeutiquevih.com/>

<http://www.hep-druginteractions.org>

<http://app.hivclinic.ca/>

67

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 68

En pratique : durant le traitement

Test	à 4 semaines	à 8 ou 12 semaines (fin de traitement)
FSC	X	X
Créatinine et eGFR	X	X
Bilan hépatique	X	X
Charge virale quantitative	X	X

Visite de suivi ou consultation téléphonique (selon les cas) durant le traitement pour:

- Vérifier que tout se passe comme prévu!
- Évaluer la consommation d'alcool et de drogues.
- Discuter de la fidélité au traitement. Y a-t-il eu des oublis?
- Vérifier toute prise concomitante de nouveaux médicaments.

68

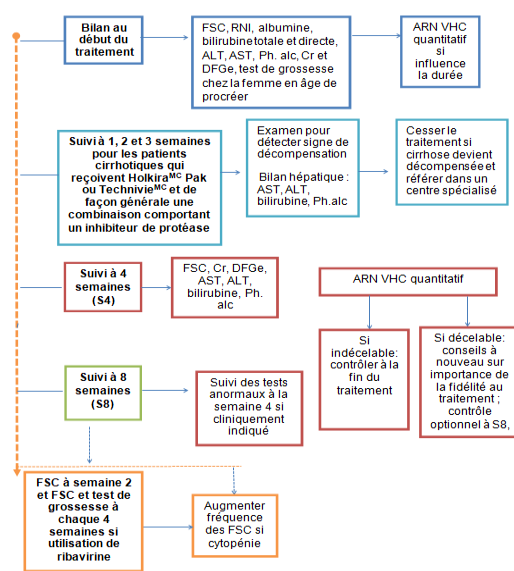
Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 69

En pratique: durant le traitement (suite)

- Chez tous: faire un ARN VHC quantitatif à la fin du traitement
- Suivis plus fréquents:
 - Chez les cirrhotiques recevant un inhibiteur de la protéase
 - Chez les patients recevant de la ribavirine
- Chez les personnes traitées avec Zépatier, dosage de l'ALT chaque 4 semaines durant le traitement
- Chez les patients porteurs d'une hépatite B non traitée (AgHBs+), il est nécessaire de vérifier le niveau d'ADN-VHB durant le traitement et jusqu'à 3 mois après la fin du traitement et traiter l'hépatite B si les critères de traitement sont réunis

À noter : Des informations supplémentaires relatives au suivi sous traitement des personnes cirrhotiques seront présentées dans le guide



Institut national de santé publique
Québec

Diapositive 70

En pratique: après le traitement

- La réalisation d'une charge virale quantitative **12 semaines après la fin du traitement** est **nécessaire pour affirmer la guérison**.
 - Après obtention d'une RVS 12, l'ARN VHC pourra être re-contrôlée si le patient continue à avoir des comportements qui le mettent à risque de réinfection
 - Après guérison, les patients dont le stade de fibrose pré-thérapeutique était $\leq$ F2 ne requièrent plus de suivi spécifique en regard de l'hépatite C et seront suivis de la même façon que s'ils n'avaient jamais été infectés par le VHC.
- Maintenir le suivi des patients ayant une fibrose sévère (F3) ou une cirrhose
 - Demander une échographie de dépistage aux 6 mois.
 - Gérer les cofacteurs de fibrose persistants
- Accompagner les patients à risque de réinfection (éducation, réduction des méfaits, traitement de dépendance aux opioïdes)
- Ne pas perdre de vue les patients en échec de traitement car il existe des options de retraitement

Institut national de santé publique
Québec

Diapositive 71

Une de ces affirmations est fausse

1. La guérison définitive est affirmé par un ARN du VHC non détecté en fin de traitement ✗
2. Le traitement tout oral par agents antiviraux directs est remboursé au Québec chez tout patient cirrhotique ✓
3. La co-administration de Sofosbuvir et amiodarone est contre-indiquée ✓
4. Les inhibiteurs de protéase ne sont pas recommandés chez les personnes cirrhotiques décompensées ✓

Laquelle?

71

Institut national
de santé publique
Québec 

Module 5

RESSOURCES ET OUTILS DE FORMATION CONTINUE

MODULE 5 - RESSOURCES ET OUTILS DE FORMATION CONTINUE

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 5 - RESSOURCES ET OUTILS DE FORMATION CONTINUE

Objectif général :

- À la fin de l'atelier le participant sera en mesure d'apprécier l'éventail des ressources existantes en terme d'information et de formation continue sur le VHC au Québec.

Objectifs spécifiques :

- Énoncer l'éventail des ressources existantes en terme d'information, de formation continue et de télémentorat sur le VHC au Québec.

Éléments de contenu :

- Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Espace ITSS
- Consultation Sida, ligne de consultation téléphonique
- Guide thérapeutique VIH, VHC
- Le centre d'aide aux personnes atteinte de l'hépatite (CAPAHC)
- Projet ECHO Hépatite C Québec, télémentorat et Fibroscan® mobile

Méthodes pédagogiques :

- Présentation magistrale
- Discussion

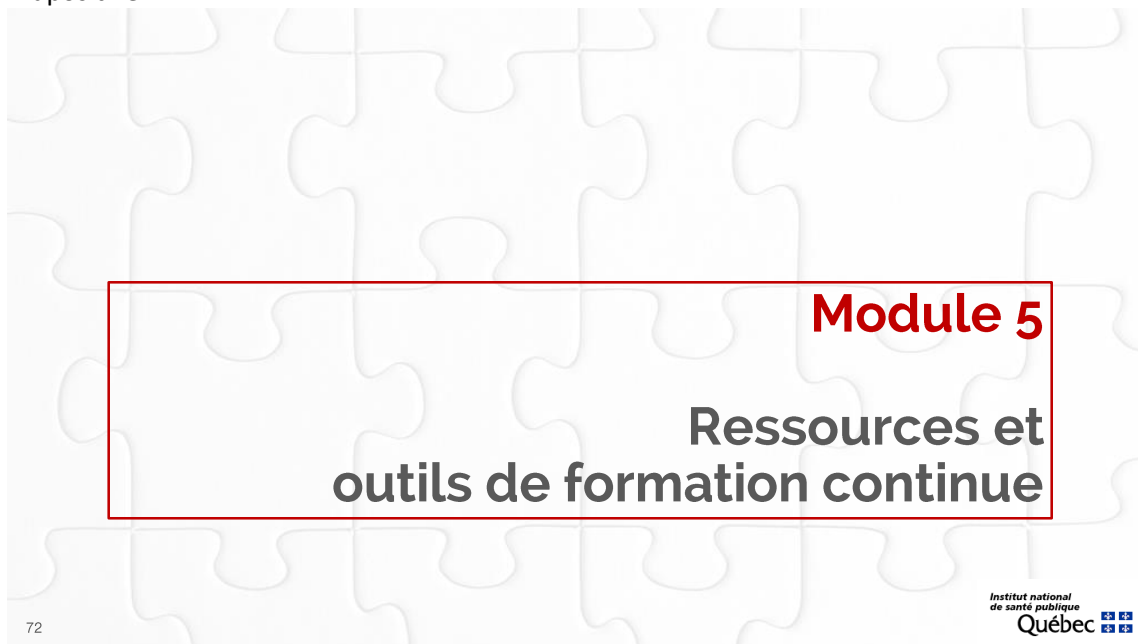
Durée : 15 minutes

Matériel d'accompagnement :

- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 72



Diapositive 73

**Programme national de mentorat
sur le VIH et les hépatites**

Activités de formation médicale continue (FMC) pour les médecins, infirmières et pharmaciens du Québec appelés à donner des soins aux patients atteints d'une hépatite virale

- ❖ centre de documentation en ligne (lignes directrices, trousse de départ, etc.)
- ❖ symposium
- ❖ conférences
- ❖ visioconférences
- ❖ webinaires
- ❖ stages professionnels
- ❖ etc.

www.pnmvs.org

PNMVS
UNITÉ HOSPITALIÈRE DE RECHERCHE
D'ENSEIGNEMENT ET DE SOINS SUR LE SIDA

**PROGRAMME
NATIONAL DE
MENTORAT SUR LE
VIH-SIDA**

Volet hépatites

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 74

Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Guides de pratiques
 - Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang
 - La prise en charge et le traitement des personnes infectées par Le virus de l'hépatite: – Guide pour les professionnels la santé du Québec



Institut national
de santé publique
Québec

74

Diapositive 75

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique



S'adresse aux professionnels de la santé et des services sociaux

Exemples :

- Vidéo sur le Fibroscan
- Diverses informations et documents pour le développement des compétences

<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss>

Institut national
de santé publique
Québec

75

Diapositive 76

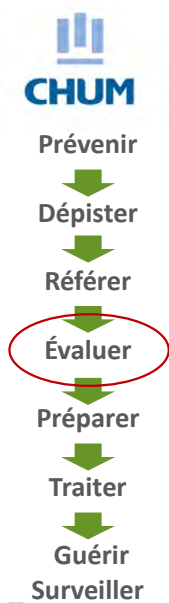
Autres ressources

- **Consultation sida**, ligne de consultation téléphonique pour professionnels de la santé : VIH, VHB, VHC
➤ 1-800-363-4814
- **Guide thérapeutique VIH/VHC pour les patients et les professionnels de la santé**
➤ <http://www.guidetherapeutiquevih.com/>
- **Le Centre d'aide aux personnes atteintes de l'hépatite C (CAPAHC) : informer, écouter, éduquer, soutenir et référer**
➤ <http://www.capahc.com/>

76

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 77



Projet ECHO® Hépatite C Québec Télémentorat et Fibroscan mobile

- Formation des professionnels de première ligne
- Transfert d'expertise, en mode web, multidisciplinaire, aisé à réactualiser
- Fibroscan® portable à disposition
- S'appuie sur les spécialistes locaux



77

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 78

TÉLÉCLINIQUE ÉCHO®

- Développé au Nouveau-Mexique en 2003 par **Sanjeev Arora**
- Pour augmenter la capacité de traiter efficacement et de façon sécuritaire l'hépatite C partout au Nouveau-Mexique et pour monitorer le suivi



Extension for (extension pour)
Community (communauté)
Healthcare (soins de santé)
Outcomes (résultats)

Quatre principes fondamentaux

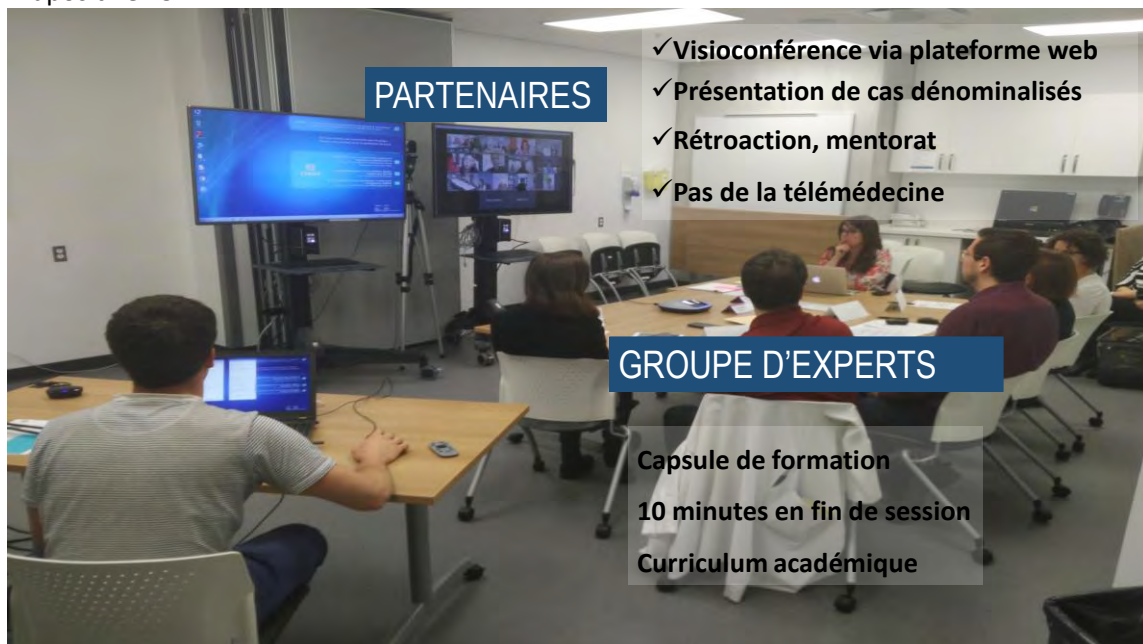
- Utiliser la technologie pour surmonter le problème d'accès aux soins spécialisés
- Partage des «meilleures pratiques» pour surmonter toute disparité de prise en charge
- Apprentissage par études de cas
- Base de données pour le suivi des outcomes

<https://www.youtube.com/watch?list=PLsRNoUx8w3rOtBZE21Trj6g5LOvo9oX-&v=IY5nlJxac0g>

78

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 79



Diapositive 80

ECHO™ Un modèle efficace

600 télécliniques VHC > 6000 patients inclus

Table 2. Sustained Virologic Response According to Genotype and Site of Treatment.*

HCV Genotype	ECHO Sites	UNM HCV Clinic	Difference between ECHO Sites and UNM HCV Clinic percentage points (95% CI)	P Value
	<i>no. of patients with response/total no. (%)</i>			
All genotypes	152/261 (58.2)	84/146 (57.5)	0.7 (-9.2 to 10.7)	0.89
Genotype 1	73/147 (49.7)	38/83 (45.8)	3.9 (-9.5 to 17.0)	0.57
Genotype 2 or 3	78/112 (69.6)	42/59 (71.2)	-1.5 (-15.2 to 13.3)	0.83

Arora S. N Engl J Med 2011

80

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 81

Projet ECHO™ Québec Hépatite C

Projet pilote de 2 ans conduit au sein du RUIS de l'Université de Montréal

Partenaires	Université de Montréal; INSPQ ; PNMVS
Financement	Subventions RUIS & industrie pharmaceutique
Accréditation	2 heures catégorie 1, section 1 par téléclinique
Groupe expert	4 médecins – 1 pharmacien – 1 infirmière clinicienne
Partenaires	40 professionnels inscrits: 8 omnipraticiens, 14 infirmières, 13 spécialistes, 2 pharmaciens, 3 autres
Équipe	D ^{re} Claire Wartelle-Bladou - Nicole Tremblay-Amélie Roy
Qui peut s'inscrire ?	
Pour vous inscrire	nicole.tremblay.3@umontreal.ca

81

Institut national
de santé publique
Québec

Module 6

SITUATION RÉGIONALE – PÉRIODE DE DISCUSSION

MODULE 6 – SITUATION RÉGIONALE – PÉRIODE DE DISCUSSION

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 6 – SITUATION RÉGIONALE – PÉRIODE DE DISCUSSION

Objectif général :

- Apprécier le rôle des différents acteurs en santé et les stratégies d'intervention à développer pour relever les défis de la prise en charge de la clientèle.

- Discuter de l'organisation régionale des services ainsi que de la capacité des professionnels à intervenir auprès des personnes atteintes d'hépatite C.

Éléments de contenu :

- Retour sur les attentes
- Problématiques locales et régionales

Méthodes pédagogiques :

- Discussion en plénière
- Animation par les formateurs et le répondant régional en ITSS

Durée : 30 minutes

Matériel d'accompagnement :

- Cahier du participant

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 82



Diapositive 83



Diapositive 84

Conclusion

- Une morbi-mortalité croissante de l'hépatite C est alarmante
- Des objectifs définis par l'OMS très ambitieux
- Une évaluation aisée, non invasive de l'hépatite C est possible
- Un traitement sans interféron très bien toléré
- Un traitement dont l'efficacité est de plus de 95%
- Très peu de patients que nous ne pouvons pas guérir
- Traiter, c'est limiter la transmission donc prévenir
- Plusieurs outils et ressources sont disponibles pour accroître le dépistage, suivi et traitement à la grandeur du Québec

84

Institut national
de santé publique
Québec

