

ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : juin 1999

Volume 25S2

Supplément

Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique

**Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.**

Santé Canada

Cette publication a été produite par la Division de la diffusion des documents au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires ou pour vous abonner au Relevé des maladies transmissibles au Canada, veuillez communiquer avec le Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6.
Tél. : (613) 731-8610, poste 2307; 888-855-2555 (sans frais au Canada et aux É.-U.) ou par télécopieur : (613) 236-8864.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc>

**Prévention de
l'hépatite C : un consensus
en santé publique**

Table des matières

Résumé	1
Surveillance	1
Interventions de santé publique	2
Questions liées aux laboratoires de santé publique	2
Questions liées aux utilisateurs de drogues injectables	3
Éducation	3
Questions liées à l'approvisionnement en sang	4
Contexte	5
L'hépatite C	5
Conférences nationales du LLCM.	6
Recommandations.	7
1. Groupe de travail sur la surveillance.	7
2. Groupe de travail sur les interventions de santé publique	10
3. Groupe de travail sur les questions liées aux laboratoires de santé publique	13
4. Groupe de travail sur les questions liées aux utilisateurs de drogues injectables	16
5. Groupe de travail sur l'éducation	19
6. Groupe de travail sur les questions liées à l'approvisionnement en sang	21
Recommandation générale	23
Références	24
Autres lectures	25

Résumé

Du 14 au 16 octobre 1998, le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada a tenu, à Ottawa, une conférence de concertation nationale portant sur l'hépatite C et sur les initiatives de santé publique en matière de prévention et de lutte contre cette infection. Cette conférence avait pour but d'examiner les progrès accomplis depuis la conférence de 1994, au cours de laquelle des recommandations avaient été formulées au chapitre de la santé publique, d'examiner l'état actuel de nos connaissances et les mesures prises à l'égard de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et de mettre à jour, au besoin, les recommandations antérieures en matière de santé publique.

Les participants ont été divisés en six groupes de travail ayant pour thème la surveillance, les interventions de santé publique, les questions liées aux laboratoires de santé publique, les questions concernant les utilisateurs de drogues injectables, l'éducation et l'approvisionnement en sang. Les participants ont formulé plusieurs recommandations importantes, dont voici l'essentiel.

Surveillance

- Pour atteindre les objectifs sur le plan de la surveillance, trois approches différentes sont recommandées :
 - surveillance systématique cas par cas;
 - surveillance intensifiée fondée sur des unités de santé sentinelles;
 - surveillance intensifiée visant expressément des pratiques médicales, des populations ou des endroits précis.
- La surveillance systématique cas par cas devrait permettre, entre autres, de recueillir un ensemble minimal de données sur tous les cas déclarés : date de naissance ou âge, sexe, lieu, moment de l'apparition (dans les cas symptomatiques aigus) et facteurs de risque. La définition de cas aux fins de la surveillance systématique est la suivante : résultat positif confirmé au test de dépistage des anticorps anti-VHC ou résultat positif au test de détection de l'ARN du VHC avec résultat négatif pour les anticorps anti-VHC.
- Le système de surveillance par unités de santé sentinelles aurait les objectifs suivants :
 - déterminer les cas d'infection récemment diagnostiquée/contractée;

- faire en sorte que l'on dispose de données plus complètes sur les aspects cliniques et démographiques, sur les facteurs de risque et sur les coûts;
- assurer un suivi pour déterminer l'évolution naturelle de la maladie;
- soutenir la réalisation d'études spéciales;
- aider à évaluer les programmes de prévention.

Dans ce type de surveillance, l'étude des facteurs de risque est plus approfondie que dans le cas de la surveillance systématique. Les autres éléments de données à recueillir dépendront des objectifs de l'étude sentinelle.

- Les objectifs de la surveillance ciblée intensifiée sont les suivantes :
 - repérer les cas d'infection récemment contractée;
 - surveiller l'étendue de la maladie;
 - soutenir la réalisation d'études spéciales;
 - repérer les nouvelles infections émergentes (agents) ou facteurs de risque;
 - surveiller les séroconversions (par des mesures répétées);
 - fournir de l'information pour déterminer l'histoire naturelle de la maladie;
 - appuyer la réalisation d'études ciblées et d'études de cohortes.

Interventions de santé publique

- C'est principalement aux services de santé publique qu'incombe la responsabilité de la prévention primaire et de la surveillance.
- Les dispensateurs de soins primaires, c'est-à-dire les omnipraticiens, les médecins de famille, les infirmières (en particulier dans les communautés du Nord), les travailleurs de la rue, etc., devraient faire en sorte que toutes les personnes présentant des facteurs de risque, p. ex., des antécédents d'utilisation de drogues injectables, aient accès à des tests de dépistage du VHC. Ces tests doivent être administrés dans le contexte d'une évaluation globale des besoins d'une personne en matière de santé; ainsi, un individu pourrait

également avoir besoin d'un test de dépistage pour d'autres infections (p. ex., l'infection à VIH), de soins en toxicomanie, de counselling, de traitements pour l'hépatite C et d'un suivi.

- Les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels devraient pratiquer des activités sexuelles à risque réduit, p. ex., en utilisant des méthodes «de barrière».
- De façon générale, les partenaires stables n'ont pas besoin de modifier leurs pratiques sexuelles si l'un des deux se révèle être infecté par le virus de l'hépatite C. Toutefois, ces personnes doivent savoir qu'il existe bel et bien un risque de transmission, même s'il est faible, et que des méthodes «de barrière» sont à leur disposition.
- On doit recueillir des données sur les facteurs de risque. Plus particulièrement, les services de santé publique doivent faire un suivi auprès des médecins ou des dispensateurs de soins primaires pour déterminer si les personnes infectées ont donné ou reçu du sang; dans une telle éventualité, cette information doit être communiquée à la Société canadienne du sang ou à Héma-Québec (SCS/HQ).
- Les services de santé publique et la SCS/HQ doivent mettre en commun l'information tirée des bases de données (p. ex., on doit vérifier, pour toutes les personnes porteuses du VHC, si elles ont déjà fait des dons de sang); il faut disposer à cette fin d'un cadre juridique et éthique.

Questions liées aux laboratoires de santé publique

- Bien que les tests de détection des anticorps anti-VHC par la méthode de titrage immunoenzymatique (EIA) utilisés actuellement soient très spécifiques, il se pourrait que l'on obtienne des résultats faussement positifs dans des populations à faible prévalence d'hépatite C. Par conséquent, tous les algorithmes de dépistage doivent comprendre un test complémentaire. Un échantillon sera déclaré positif pour les anticorps anti-VHC

s'il a donné une réaction positive au test de contrôle par la méthode EIA et un résultat positif au test complémentaire. Seul ce résultat doit être signalé au médecin traitant et aux autorités de la santé publique.

- Bien que la méthode EIA de détection des anticorps anti-VHC doive demeurer l'épreuve de prédilection pour l'évaluation initiale des échantillons venant de sujets aussi bien immunocompétents qu'immunosupprimés, on devrait procéder à un test de détection de l'acide ribonucléique du VHC (ARN du VHC) chez les patients immunosupprimés qui ont obtenu un résultat négatif pour les anticorps anti-VHC mais chez qui on soupçonne la présence d'une infection à VHC.
- Il n'est pas nécessaire de procéder à un dosage qualitatif de l'ARN du VHC pour tous les patients chez qui on a décelé des anticorps anti-VHC. Toutefois, ces tests peuvent être utiles dans les situations suivantes :
 - résolution des cas où la sérologie est indéterminée pour le VHC;
 - détection de l'infection chez des patients immunosupprimés dont la sérologie pour les anticorps anti-VHC est négative;
 - détection de l'infection à VHC chez les bébés nés d'une mère ayant des anticorps anti-VHC (pour déterminer le meilleur moment et la fréquence optimale de la surveillance, il faut disposer de données provenant d'études de cohortes prospectives);
 - détermination de la virémie chez des patients ayant des anticorps anti-VHC dont les tests de la fonction hépatite ont donné des résultats normaux à plusieurs reprises (pour soulager l'anxiété de ces patients plutôt que pour orienter la prise en charge clinique);
 - détermination de la réponse au traitement antiviral et de la durabilité de cette réponse.
- Le génotypage préalable au traitement est une démarche très utile car il permet de mesurer les risques et les avantages et de déterminer la durée optimale du traitement. On devrait fournir des possibilités d'accès à des services de génotypage au Canada.

- Les dosages quantitatifs de l'ARN du VHC effectués avant le traitement fournissent des données précieuses en ce qui concerne les risques et les avantages et la durée optimale du traitement; ces épreuves devraient être mises à la disposition de la population.

Questions liées aux utilisateurs de drogues injectables

- Les programmes de prévention de l'hépatite C doivent être fondés sur une stratégie de promotion de la santé qui adhère au modèle de réduction des méfaits.
- On devrait mettre sur pied un comité consultatif fédéral-provincial qui veillerait à l'élaboration d'un plan d'action national sur l'hépatite C abordant les questions liées aux utilisateurs de drogues injectables (UDI); les autres maladies infectieuses transmissibles par le sang que l'on observe fréquemment chez les utilisateurs de drogues injectables devraient également être traitées par ce comité, pour éviter d'importants chevauchements.
- On doit veiller à faire participer les utilisateurs de drogues eux-mêmes à tous les niveaux de discussion et d'intervention. Pour ce faire, il faudra prévoir la création de groupes d'utilisateurs de drogues injectables aux échelons fédéral, provincial-territorial et local, et leur fournir les ressources nécessaires et un soutien continu.
- Étant donné que la contamination par le VHC se produit très rapidement après l'initiation à l'utilisation de drogues injectables, les mesures de prévention doivent viser avant tout (mais non exclusivement) les nouveaux utilisateurs de drogues injectables et ceux qui songent à faire l'essai de ces drogues.

Éducation

- L'élaboration d'une campagne de sensibilisation à l'échelle fédérale devrait être une priorité.

- Il faudrait créer un centre de documentation national où les soignants, les patients et le grand public pourraient obtenir facilement de l'information sur l'hépatite C; on fournirait également un numéro sans frais 1-800 (indiqué sur tous les documents) et un accès par Internet.
 - On devrait élaborer des programmes d'études sur mesure, par la voie de discussions avec les universités, les écoles et les associations professionnelles, qui seraient destinés aux soignants et qui tiendraient compte de leurs connaissances et de la mesure dans laquelle ils sont à l'aise pour travailler avec des utilisateurs de drogues et aborder les questions connexes.
 - Il faudrait, en consultation avec les groupes clients, mettre au point du matériel éducatif, et le diffuser par l'entremise des réseaux existants, p. ex., les cliniques de traitement par la méthadone, les programmes d'échange de seringues.
- Il faudrait continuer d'effectuer des études de dons antérieurs.
 - Il faudrait continuer d'effectuer des enquêtes sur les produits sanguins transfusés^b à l'égard des receveurs infectés par le VHC, de manière à repérer les autres receveurs potentiellement infectés par le VHC au moyen d'études de dons antérieurs subséquentes.
 - Il faudrait envisager d'instaurer des programmes de notification aux receveurs^c dans les provinces et les territoires où ils n'existent pas. La décision finale repose sur des critères tels que la faisabilité, les priorités locales, régionales et provinciales, les autres méthodes existantes et les avantages éventuels de ces activités (nombre de receveurs infectés par le VHC non encore repérés).
 - Toutes les provinces et les territoires devraient adopter des mesures législatives et réglementaires qui permettraient le partage intégral et libre de l'information. Ces dispositions législatives doivent garantir le droit à la vie privée et assurer le respect des renseignements sur les donneurs et les receveurs.
 - Il faut mettre en place de nouveaux mécanismes pour assurer une coordination systématique entre les services de santé publique et la Société canadienne du sang/Héma-Québec aux échelons fédéral, provincial-territorial (priorité élevée) et régional.

Questions liées à l'approvisionnement en sang

- Il faudrait continuer d'effectuer des études de dons antérieurs^a ciblées aussi bien rétrospectives que prospectives. Lorsqu'on repère un donneur infecté par le VHC à l'extérieur des services transfusionnels, il faudrait fournir à ces services des données complètes permettant d'identifier ce

^a Lorsqu'un service transfusionnel découvre ou apprend qu'un donneur de sang est séropositif pour le VHC et que celui-ci a fait d'autres dons antérieurement, on recherche les receveurs en cause et on leur conseille de consulter leur médecin de famille pour subir éventuellement un test de dépistage du VHC.

^b Lorsqu'un service transfusionnel découvre ou apprend qu'un receveur de sang est séropositif pour le VHC, on recherche les donneurs correspondants et on leur propose de subir un test de dépistage du VHC; une étude des dons antérieurs ciblée est ensuite menée pour les donneurs chez qui les résultats du test de dépistage sont positifs.

^c Après avoir repéré tous les receveurs de sang, p. ex., dans un établissement particulier pendant une période donnée, on leur conseille de consulter leur médecin de famille pour éventuellement subir un test de dépistage du VHC.

L hépatite C

Le virus de l'hépatite C (VHC) est un virus à ARN possédant une enveloppe, qui est apparenté aux flavivirus et qui est l'un des cinq virus responsables de la plupart des cas d'hépatite virale. On compte au moins six génotypes de VHC et un nombre encore plus grand de sous-types. Le génotype 1 est le plus répandu au Canada; en effet, il pourrait être à l'origine des deux tiers des cas.

On estime que jusqu'à 3 % de la population mondiale pourrait être infectée par le VHC; il y aurait ainsi 170 millions de porteurs chroniques. Dans la majorité des cas d'infection récente ou chronique, les sujets n'éprouvent pas de symptômes et ne sont donc pas conscients de leur état; toutefois, ils sont une source de transmission et sont susceptibles de développer une hépatopathie chronique, une cirrhose ou un cancer du foie. Selon des études non publiées ciblant la population générale et menées aux États-Unis, 40 % des hépatopathies chroniques pourraient être dues au VHC.

Au Canada, on a commencé en 1992 à déclarer les cas d'infection à VHC à l'échelle nationale, et l'on s'attend à ce que la déclaration de cette maladie soit bientôt obligatoire dans toutes les provinces et dans les territoires^d. Le nombre de cas signalés a augmenté de façon spectaculaire entre 1992 (1 321 cas) et 1997 (19 571 [données provisoires]), principalement parce qu'un nombre plus grand d'infections contractées précédemment sont mises en évidence. Bien que nous n'ayons pas à notre disposition de méthodes de mesure directes, on peut raisonnablement évaluer la prévalence de l'infection à VHC au Canada à environ 0,8 % (240 000 personnes); sur ce nombre, il est probable que seulement environ 30 % connaissent leur état⁽¹⁾. Étant donné que dans la plupart des cas d'infection récente, il n'y a pas de signes cliniques et que, d'autre part, aucun test de laboratoire ne permet de distinguer ces cas de cas chroniques, il est difficile de mesurer l'incidence de la maladie; tout en restant prudent, on peut appliquer les projections américaines à la situation au Canada^e, ce qui permet

^d En date du 1^{er} janvier 1999, la déclaration de l'infection à VHC était obligatoire dans toutes les provinces et les territoires du Canada.

^e Aux É.-U., on estime à 36 000 le nombre de nouveaux cas qui se déclarent par année, à l'heure actuelle, par rapport à une prévalence de 3,9 millions de cas. Si l'on applique ce rapport de 36 000/3 900 000 au nombre estimatif de cas actuels au Canada, qui est de 240 000, on obtient un chiffre de 2 200 pour les nouveaux cas, par année, au Canada. Au cours des 10 dernières années, on a observé aux É.-U. une diminution marquée de l'incidence de l'hépatite C; toutefois, ce phénomène ne s'est peut-être pas produit au Canada.

d'estimer à 2 200 le nombre de nouveaux cas par année, au Canada, à l'heure actuelle.

L'utilisation de drogues injectables (UDI) est le facteur de risque le plus important pour le VHC au Canada; ce facteur pourrait être à l'origine de 70 % de tous les cas actuels d'infection. Dans des études de cohortes d'UDI à Vancouver et à Montréal, on a observé une prévalence de l'infection à VHC de 85 % et 70 % respectivement, et les taux d'incidence annuels sont respectivement de 26 % et 27 %. À la lumière d'études menées dans d'autres pays, une personne est plus susceptible de contracter le VHC par l'utilisation de drogues injectables au moment où elle commence à consommer. La lutte contre l'infection à VHC au Canada repose donc, principalement, sur les interventions à l'égard des UDI.

Dans les années passées, le sang et les produits sanguins reçus pouvaient être à l'origine de 10 % à 15 % des nouveaux cas d'infection, mais le risque actuel est plutôt faible; il pourrait se chiffrer à 1 sur 103 000 dons.

Dans environ 85 % des cas d'infection à VHC récemment contractée, la maladie devient chronique. L'évolution de l'hépatite C chronique est habituellement lente et il peut n'y avoir aucun signe d'infection pendant une période de 20 ans. Toutefois, étant donné que, dans un grand nombre de cas d'hépatite C chronique, la contamination remonte à plusieurs années, parfois 15 à 25 ans, on s'attend à observer une hausse substantielle, qui pourrait être de deux pour un ou de trois pour un (ou plus), des

manifestations et conséquences de l'infection à VHC au Canada pendant les 10 prochaines années, p. ex., apparition d'une cirrhose, insuffisance hépatique, décès dus à une hépatopathie et nécessité de transplantations du foie.

Conférences nationales du LLCM

En décembre 1994, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) a tenu une réunion nationale sur la prévention de l'hépatite C et la lutte contre cette maladie; les résultats de cette conférence et les recommandations émises ont été publiés en juillet 1995⁽²⁾. Étant donné que quatre années se sont écoulées depuis cette première rencontre, une deuxième conférence, portant plus précisément sur les initiatives de santé publique en matière de prévention et de lutte contre l'hépatite C, a été tenue du 14 au 16 octobre 1998, pour faire le bilan de l'état actuel des connaissances et des mesures mises en oeuvre sur le plan de la santé publique pour lutter contre l'hépatite C, et pour réviser les recommandations en conséquence. Les participants ont été divisés en six groupes de travail, lesquels portaient sur la surveillance, les interventions de santé publique, les questions liées aux laboratoires de santé publique, les questions concernant les utilisateurs de drogues injectables, l'éducation et l'approvisionnement en sang. Les recommandations émises par ces différents groupes sont présentées dans la section qui suit.

Recommandations

1. Groupe de travail sur la surveillance

La surveillance de la santé publique est définie comme une intervention consistant à recueillir, à compiler, à analyser et à diffuser de façon systématique, continue et rapide toute l'information nécessaire à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des interventions de santé publique. Ces interventions peuvent être aussi bien des mesures de routine prises en réponse à des situations bien comprises, que des réponses sur mesure faisant suite à des problèmes nouveaux.

Les services de santé publique doivent assurer une approche coordonnée de la surveillance entre les différents paliers de gouvernement et les différents programmes, laquelle permet de cerner les lacunes dans les activités de surveillance, de recommander pour certains secteurs de la surveillance accrue, des activités de recherche ou des actions supplémentaires, et de cerner les besoins en ressources.

La surveillance à l'égard du virus de l'hépatite C (VHC) vise des objectifs précis, qui sont les suivants :

- › surveiller la prévalence de l'infection à VHC sur une période donnée

- › déterminer l'incidence de l'infection au sein de la population canadienne et de certaines populations à risque élevé, et suivre l'incidence sur une période donnée
- › déterminer les facteurs de risque et les tendances dans la transmission de l'infection
- › évaluer les programmes de santé publique
- › caractériser l'histoire naturelle de la maladie
- › évaluer l'étendue de la maladie
- › repérer les personnes infectées pour leur fournir du counselling et intervenir auprès d'elles
- › cerner les nouveaux moyens de prévention.

Plusieurs facteurs, notamment la proportion de patients souffrant d'une infection aiguë ou chronique qui n'ont pas de symptômes, la longue période de latence entre l'infection et les manifestations de la maladie chronique, et les limites des tests diagnostiques sur le marché, viennent compliquer la surveillance de l'hépatite C. Par conséquent, il faudra élaborer différentes approches pour atteindre les objectifs décrits plus haut.

Trois systèmes de surveillance ont été proposés : la surveillance systématique cas par cas, une surveillance intensifiée fondée sur des unités de santé sentinelles et une surveillance ciblée intensifiée.

Les objectifs, la définition de cas et les données à recueillir varieront selon le système employé.

Recommandations

1.1 Il faudrait recueillir, sur une période de temps, de l'information sur les comportements à risque et les facteurs de risque au sein de la population générale, pour permettre l'établissement d'un modèle de l'infection à VHC.

1.2 Pour atteindre les objectifs de surveillance, trois approches différentes sont recommandées :

- surveillance systématique cas par cas
- surveillance intensifiée reposant sur des unités de santé sentinelles
- surveillance intensifiée visant des pratiques médicales, des populations ou des endroits précis.

Surveillance systématique cas par cas

1.3 Les objectifs de la surveillance systématique cas par cas sont les suivants :

- déterminer le nombre de cas repérés d'infection à VHC au sein de la population, en tenant compte du fait que l'on ne pourra détecter tous les cas d'infection
- cerner les situations où des mesures de santé publique doivent être prises, par exemple immunisation contre l'hépatite A ou l'hépatite B
- déterminer les facteurs de risque chez les cas déclarés.

1.4 La surveillance systématique cas par cas devrait permettre, entre autres, de recueillir un ensemble minimal de données sur tous les cas déclarés :

- date de naissance ou âge, sexe
- lieu, moment de l'apparition (dans les cas symptomatiques aigus)
- autres données (on devra inclure pour chacun des cas la date probable d'exposition au facteur de risque ou du comportement à risque) sur les

- donneurs de sang
- receveurs de sang, de produits sanguins, de tissus ou d'organes
- utilisateurs de drogues injectables
- patients hémodialysés
- autres facteurs de risque (p. ex., partenaire sexuel(le) ou mère infectée par le VHC)
- une mention doit indiquer si aucune donnée n'est disponible ou si l'information n'a pas été demandée.

1.5 L'interprétation de la catégorie «aucun facteur de risque» exige une certaine prudence étant donné que seuls les principaux facteurs de risque ont été inclus dans le questionnaire.

1.6 L'ampleur de la recherche des facteurs de risque et la méthodologie utilisée dépendront des ressources disponibles; chaque province ou territoire déterminera qui assumera la responsabilité de cette tâche. Dans chacun des cas, il faudra d'abord établir s'il s'agit d'un donneur ou d'un receveur de sang.

1.7 L'analyse de l'information doit se faire rapidement et celle-ci doit être diffusée à tous ceux qui en ont besoin.

1.8 La définition de cas aux fins de la surveillance systématique est la suivante : résultat positif confirmé au test de dépistage des anticorps anti-VHC ou résultat positif au test de détection de l'ARN du VHC (p. ex., amplification par la polymérase [PCR]) avec un résultat négatif pour les anticorps anti-VHC.

- Cette définition de cas repose sur des données de laboratoire.
- C'est le nombre de personnes infectées par le VHC qui est compté, et non le nombre d'échantillons sanguins.
- Généralement, il n'est pas possible de distinguer les cas aigus des cas chroniques : pour cela, il faudra disposer d'un test de laboratoire approprié.
- Les personnes infectées (donneurs et receveurs) repérées par la Société canadienne du sang ou par Héma-Québec seront incluses.

Surveillance intensifiée fondée sur des unités de santé publique sentinelles

Cette approche fournira des données globales valides et, au départ, un tableau national représentatif, grâce auquel on pourra notamment connaître les tendances. On pourra également avoir des données représentatives à l'échelon provincial. Il sera possible d'effectuer des mesures répétées et d'avoir une approche uniforme sur une période donnée.

1.9 Les objectifs du système de surveillance fondé sur des unités de santé sentinelles sont les suivants :

- déterminer les cas d'infection récemment diagnostiquée/contractée
- faire en sorte que l'on dispose de données plus complètes sur les aspects cliniques et démographiques, sur les facteurs de risque et sur les coûts
- assurer un suivi pour déterminer l'histoire naturelle de la maladie
- soutenir la réalisation d'études spéciales
- aider à évaluer les programmes de prévention.

1.10 L'étude des facteurs de risque sera plus approfondie que dans le cas de la surveillance systématique. Les autres éléments de données à recueillir dépendront des objectifs fixés pour l'étude sentinelle.

1.11 Les résultats des analyses doivent être fournis rapidement aux unités de santé participantes et aux provinces.

1.12 Les chercheurs chargés des études sentinelles pourront établir des définitions de cas en fonction de leurs objectifs précis. La définition suivante est proposée pour les cas d'infection récemment contractée :

maladie aiguë avec apparition de symptômes discrets et soit un ictère, soit une augmentation du taux sérique d'aminotransférase;
plus le taux sérique d'aminotransférase > 2,5 fois la limite supérieure de la normale;
plus les résultats négatifs pour les IgM anti-VHA, les IgM anti-HBc ou l'AgHBs;

plus un résultat positif confirmé pour les anticorps anti-VHC

ou

séroconversion établie à la suite d'un résultat positif confirmé pour les anticorps anti-VHC, en présence ou non de symptômes.

Surveillance intensifiée visant des pratiques médicales, des populations ou des endroits précis

Cette approche de la surveillance fait appel à des médecins, des hôpitaux ou des cliniques sentinelles.

1.13 Les objectifs de la surveillance ciblée intensifiée sont les suivants :

- repérer les cas d'infection récemment contractée
- surveiller l'étendue de la maladie
- soutenir la réalisation d'études spéciales
- repérer les nouvelles infections émergentes (agents ou facteurs de risque)
- surveiller les séroconversions (par des mesures répétées)
- fournir de l'information pour déterminer l'histoire naturelle de la maladie
- appuyer la réalisation d'études ciblées et d'études de cohortes.

1.14 La définition de cas sera fonction des buts de la surveillance.

1.15 On pourrait avoir besoin de banques sérologiques ou de registres des cas d'hépatite chronique ou fulminante.

1.16 Les résultats des analyses doivent être communiqués rapidement aux cabinets ou organismes participants et aux provinces.

Recherche

1.17 On devrait entreprendre des recherches dans les domaines suivants :

- tests de laboratoire permettant de distinguer les cas d'infection asymptomatique aiguë des cas chroniques
- marqueurs indirects valides aux fins de la surveillance des hépatopathies chroniques

- études longitudinales, car celles-ci constituent le meilleur moyen de caractériser l'histoire naturelle de la maladie. Ces études pourraient prendre la forme suivante :
 - suivi d'un échantillon représentatif de nouveaux cas
 - suivi d'un échantillon représentatif de cas existants
 - suivi de nourrissons de mères infectées
 - études prospectives de cohortes présentant des risques précis, p. ex., transfusés, utilisateurs de drogues injectables, etc.
- étant donné l'évolution de la science dans ce domaine (p. ex., découverte de nouveaux organismes, mise au point de nouveaux tests de laboratoire), il pourrait être nécessaire de conserver des échantillons sériques négatifs ou non testés dans le but précis de les utiliser ultérieurement pour des études spéciales
- études de séroprévalence transversales et études d'incidence longitudinales parmi des populations données pour déterminer l'étendue réelle de la propagation du VHC dans la population.

2. Groupe de travail sur les interventions de santé publique

Les interventions de santé publique permettent de faire en sorte, et c'est là une contribution de taille, que des stratégies de prévention primaire et secondaire à l'égard de l'hépatite C soient en place et que des programmes de soins complets soient offerts; ces interventions facilitent également la prise de mesures de prévention, d'éducation et d'action militante par d'autres. C'est principalement aux services de santé publique qu'incombe la responsabilité de la prévention primaire et de la surveillance.

Les approches adoptées doivent reconnaître que la lutte contre l'hépatite C s'inscrit dans le cadre plus vaste de la lutte contre les autres pathogènes transmissibles par le sang et qu'elle doit faire appel à des programmes coordonnés portant sur les toxicomanies.

En ce qui concerne l'hépatite C, on considère que la recherche de cas est une mesure qui sert avant tout les individus plutôt qu'une mesure de protection du public contre les maladies. Un avantage pour la santé publique est certes la prévention de cas secondaires, mais le nombre de cas évités risque d'être limité.

Bien que du point de vue de la santé publique (c'est-à-dire les mesures de lutte contre la maladie), l'instauration de programmes systématiques organisés de dépistage du VHC ne soit pas justifiée, de tels programmes peuvent être mis en oeuvre pour le bénéfice des individus et pour des raisons éthiques, par exemple dans le cas des personnes qui ont reçu du sang avant 1992.

Les dispensateurs de soins primaires, c'est-à-dire les omnipraticiens, les médecins de famille, les infirmières (en particulier dans les communautés du Nord), les travailleurs de la rue, les intervenants des programmes dispensés aux UDI, etc., devraient faire en sorte que toutes les personnes présentant des facteurs de risque aient accès à des tests de dépistage du VHC. Ces tests doivent être administrés dans le contexte d'une évaluation globale des besoins d'une personne en matière de santé; ainsi, un individu pourrait également avoir besoin d'un test de dépistage pour d'autres infections (p. ex., l'infection à VIH), de soins en toxicomanie, de counselling, de traitements pour l'hépatite C et d'un suivi.

Il existe certains groupes pour lesquels le dépistage systématique *n'est pas* recommandé, et des groupes pour lesquels on ne dispose pas de suffisamment de preuves (au sujet du risque) pour recommander un dépistage systématique. À cause de cette

incertitude, toutes directives en matière de counselling pour ce dernier groupe (p. ex., les partenaires sexuels des personnes infectées par le VHC) sont obligatoirement provisoires.

Recommandations

Dépistage systématique

2.1 Un test de dépistage devrait systématiquement être offert par les dispensateurs de soins primaires aux groupes suivants :

- › les personnes qui ont déjà consommé des drogues injectables (sauf dans le cas d'une ordonnance médicale)
- › les personnes qui ont suivi ou suivent actuellement une hémodialyse sur une période prolongée
- › les personnes qui ont des taux d'alanine-aminotransférase anormaux de façon constante
- › les personnes qui ont reçu des concentrés de facteurs de coagulation avant 1988
- › les personnes qui ont reçu du sang, des composants sanguins ou qui ont subi une transplantation d'organe avant 1992
- › les personnes qui ont reçu du sang, des composants sanguins ou qui ont subi une transplantation d'organe d'un donneur porteur du VHC
- › les personnes qui ont eu une exposition importante à du sang de personnes infectées par le VHC ou à du sang de personnes présentant un risque élevé d'infection par le VHC
- › les détenus d'établissements correctionnels
- › les bébés de mères infectées par le VHC (selon les recommandations⁽³⁾ de la Société canadienne de pédiatrie)
- › les enfants plus âgés de mères infectées par le VHC si l'on soupçonne qu'il y a eu transmission verticale.

2.2 Les tests de dépistage systématiques *ne* sont *pas* recommandés pour les groupes suivants :

- › les femmes enceintes
- › les travailleurs de la santé et les étudiants des sciences de la santé^f
- › d'autres groupes professionnels (p. ex., les travailleurs des urgences, y compris les secouristes opérationnels)
- › les contacts familiaux non sexuels.

2.3 On ne dispose **pas de suffisamment de données** pour déterminer s'il faut procéder à un dépistage systématique auprès des groupes suivants :

- › les partenaires stables ou réguliers de personnes infectées par le VHC
- › les personnes venant de pays où l'hépatite C est endémique
- › les personnes qui se sont fait faire des tatouages ou du «perçage»
- › les personnes qui ont consommé des drogues par voie nasale ou par inhalation.

Responsabilités des services de santé publique

2.4 Voir à ce que le public puisse se renseigner sur l'hépatite C.

2.5 Fournir aux travailleurs de la santé des normes uniformes de soins et des lignes directrices en matière de counselling au sujet de l'hépatite C.

2.6 Offrir des services de counselling avant et après le test.

2.7 Recueillir des données sur les facteurs de risque (activité de surveillance).

2.8 Plus particulièrement, les services de santé publique doivent effectuer un suivi auprès du médecin ou du dispensateur de soins primaires pour déterminer si les personnes infectées ont donné ou reçu du sang; dans une telle éventualité, cette information doit être communiquée à la Société canadienne du sang ou à Héma-Québec (SCS/HQ).

^f Le cas de certains groupes professionnels, p. ex., les soignants qui travaillent dans des unités d'hémodialyse, a été soulevé. Toutefois, à l'heure actuelle, on ne dispose pas de suffisamment de données pour formuler une recommandation.

Les services de santé publique et la SCS/HQ doivent mettre en commun l'information tirée des bases de données (p. ex., on doit vérifier, pour toutes les personnes porteuses du VHC, si elles ont déjà fait des dons de sang); il faut disposer à cette fin d'un cadre juridique et éthique.

- 2.9** Il faut faciliter l'accès aux vaccins recommandés⁸.
- 2.10** La recherche systématique des contacts par les services de santé publique n'est pas recommandée à l'égard des partenaires sexuels des personnes infectées par le VHC ou des partenaires de consommation de drogues.
- 2.11** Le vaccin contre l'hépatite B est recommandé pour les personnes infectées par le VHC qui sont également exposées à des risques accrus d'infection à VHB, p. ex., les UDI.

Counselling femmes en âge d'avoir des enfants

- 2.12** Il n'est pas recommandé de conseiller aux femmes infectées par le VHC de ne pas devenir enceintes.
- 2.13** Il faut informer les femmes infectées par le VHC en âge d'avoir des enfants qu'il existe un risque de transmission au bébé, que le risque est plus élevé si la femme est infectée à la fois par le VIH et le VHC et que le bébé devrait subir un test pour déterminer s'il est infecté.
- 2.14** L'allaitement maternel est recommandé, de façon générale, à cause de ses avantages avérés pour la santé et parce que le risque de transmission du VHC par cette voie n'est que théorique. Les femmes qui ne veulent pas prendre de risques peuvent choisir le biberon. Si les mamelons saignent ou que la peau est fendillée, il est recommandé d'interrompre l'allaitement jusqu'à la guérison.

Counselling contacts familiaux et dans d'autres milieux

- 2.15** Les contacts familiaux ne devraient pas partager les articles de toilette personnels de personnes infectées par le VHC.
- 2.16** Les contacts familiaux doivent prendre des «mesures fondées sur le bon sens» pour éviter d'être exposés au sang d'une personne infectée.
- 2.17** Sauf dans les cas mentionnés aux sections 2.1, 2.2 et 2.3, il n'est pas nécessaire de procéder à un dépistage systématique auprès des contacts familiaux.
- 2.18** Il n'est pas nécessaire d'informer les responsables de garderies ou d'autres établissements du fait qu'un enfant ou un adulte est séropositif pour le VHC. (Pour plus de précisions sur la divulgation de la séropositivité dans le cas des travailleurs de la santé, voir le rapport de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés⁽⁴⁾).

Counselling activités sexuelles

- On dispose de peu de données prouvant qu'en l'absence d'autres facteurs de risque, les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels pourraient être plus susceptibles de contracter l'infection par le VHC que des personnes engagées dans des relations plus durables et monogames.
- 2.19** Les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels devraient s'adonner à des activités sexuelles à risque réduit, p. ex., en utilisant des méthodes «de barrière».
- 2.20** De façon générale, les partenaires stables n'ont pas besoin de modifier leurs pratiques sexuelles si l'un des deux se révèle être infecté par le virus de l'hépatite C. Toutefois, ces personnes doivent savoir qu'il existe bel et bien un risque de transmission, même s'il

⁸ Les participants à la conférence ont discuté pour savoir s'il faut recommander le vaccin contre l'hépatite A pour toutes les personnes infectées par le VHC; ils ont finalement convenu que l'administration systématique de ce vaccin, dans un tel cas, n'est pas justifiée.

est faible, et que des méthodes «de barrière» sont à leur disposition.

- 2.21** Les partenaires sexuels doivent être conscients que le risque de transmission lors d'activités sexuelles peut être plus élevé en présence de lésions ouvertes et pendant les menstruations; des méthodes «de barrière» peuvent alors être utilisées.

Prophylaxie post-exposition pour les travailleurs de la santé (y compris les secouristes opérationnels)

- 2.22** Il faut élaborer des lignes directrices concernant la prophylaxie post-exposition dans le contexte d'une démarche globale d'évaluation du risque posé par les pathogènes transmissibles par le sang.
- 2.23** Dans les cas de piqûre accidentelle par une aiguille, de coupure ou d'exposition des muqueuses à du sang contaminé par le VHC⁽⁵⁾, on recommande que la personne subisse les tests de dépistage nécessaires.
- 2.24** À l'heure actuelle, aucune mesure prophylactique post-exposition ne permet, de façon certaine, de diminuer le risque d'infection.

Recherche

- 2.25** Il faut entreprendre des recherches dans les secteurs suivants :
- › la mesure dans laquelle les utilisateurs de drogues injectables modifient leur comportement lorsqu'ils apprennent qu'ils sont porteurs du VHC
 - › la fréquence de la transmission périnatale du VHC au Canada
 - › la prévalence de l'infection à VHC chez les soignants préposés à l'hémodialyse et d'autres groupes professionnels
 - › le rôle de l'interféron et d'autres agents potentiellement efficaces dans le cadre d'une prophylaxie post-exposition.

3. Groupe de travail sur les questions liées aux laboratoires de santé publique

Divers laboratoires, d'un endroit à l'autre du pays, effectuent des épreuves de dépistage du VHC ainsi que des épreuves complémentaires : les laboratoires de santé publique, les laboratoires hospitaliers et les laboratoires privés. De plus, même parmi les laboratoires de santé publique, une grande variété d'algorithmes sont utilisés pour le diagnostic du VHC. Le Groupe de travail pense que les tests et les pratiques utilisés dans tous les laboratoires devraient faire l'objet d'une évaluation, ce qui permettrait de garantir un certain degré d'assurance de la qualité.

À l'heure actuelle, les épreuves des laboratoires ne permettent pas de distinguer une infection à VHC aiguë d'une infection à VHC chronique (sauf en cas de séroconversion).

La cinétique de la disparition des anticorps passifs chez les bébés nés de mères séropositives pour le VHC n'a pas été clairement établie. La recommandation concernant le dépistage de la transmission verticale du VHC fait ressortir cette lacune.

Selon les données disponibles, la réaction aux différents schémas thérapeutiques varie selon le génotype du virus de l'hépatite C, et les dosages quantitatifs de l'ARN du VHC (détection de l'acide ribonucléique) effectués avant le traitement peuvent fournir une mesure importante à partir de laquelle on peut évaluer les risques et les avantages du traitement. L'importance de ces nouvelles données est à la base des recommandations concernant le génotypage et le dosage quantitatif de l'ARN du VHC.

Assurance de la qualité

- 3.1** Le Bureau des matériels médicaux (Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada) devrait établir un programme d'homologation des trousse de dépistage du VHC semblable au programme établi pour le sérodiagnostic du VIH.

3.2 Tous les laboratoires qui effectuent des tests de dépistage du VHC devraient participer à des programmes externes de vérification de la compétence. Chaque province devrait mettre en place un système permettant de garantir la conformité au programme de vérification de la compétence et d'examiner les résultats de la vérification.

Période de latence sérologique

3.3 Les protocoles de surveillance post-exposition des patients en regard d'une éventuelle séroconversion devraient tenir compte de la période de latence sérologique moyenne estimée. Pour la détection des anticorps anti-VHC chez les patients immunocompétents (au moyen de la troisième génération d'EIA), cette période est de 10 semaines. Ce chiffre a été calculé à partir d'études basées sur une population de receveurs (données tirées d'études limitées sur l'infection à VHC post-transfusionnelle).

Tests complémentaires

3.4 Bien que les tests de détection des anticorps anti-VHC par la méthode EIA utilisés actuellement soient très spécifiques, on peut obtenir des résultats faussement positifs dans des populations à faible prévalence d'hépatite C. Par conséquent, tous les algorithmes de dépistage doivent inclure un test complémentaire. Un échantillon sera déclaré positif pour les anticorps anti-VHC s'il a donné un résultat réactif à répétition par la méthode EIA et un résultat positif à l'épreuve complémentaire. Seul ce résultat doit être signalé au médecin traitant et aux autorités de la santé publique. Les tests complémentaires acceptables sont les suivants :

- épreuves d'immunoempreintes recombinants (RIBA®) utilisant des antigènes
- épreuve par la méthode EIA d'un second fabricant (tous les algorithmes utilisant un double EIA et ayant des « zones grises » élargies doivent avoir été validés pour les trousseaux spécifiques utilisées)
- détection de l'acide ribonucléique du virus

3.5 Si l'on juge nécessaire de déclarer tous les patients infectés par le VHC aux autorités de la santé publique, il faudrait envisager des tests complémentaires centralisés (effectués au laboratoire de santé publique) ou il faudrait confirmer que tous les laboratoires qui effectuent des tests complémentaires de dépistage du VHC déclarent les cas confirmés d'infection par le VHC.

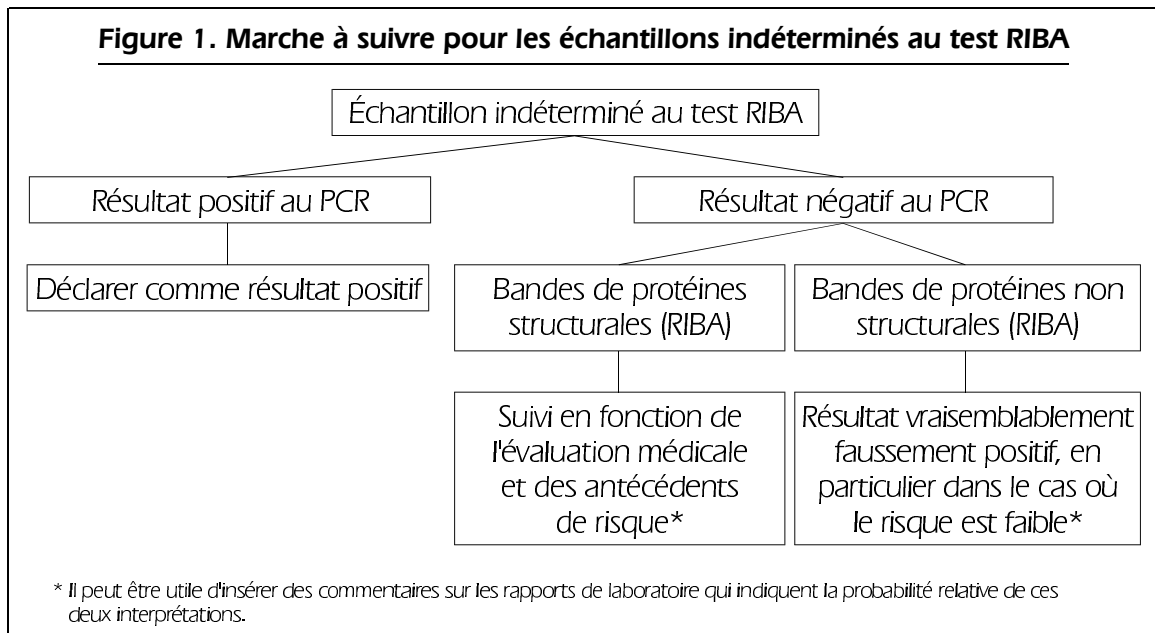
Détection de l'acide ribonucléique

3.6 Bien que la méthode EIA de détection des anticorps anti-VHC doive demeurer l'épreuve de prédilection pour l'évaluation initiale des échantillons venant de sujets aussi bien immunocompétents qu'immunosupprimés (p. ex., patients atteints d'une hémopathie maligne, patients infectés par le VIH, patients atteints d'immunodéficience congénitale ou acquise, patients ayant reçu une transplantation d'organe ou une greffe de moelle osseuse), on doit procéder à un test de détection de l'acide ribonucléique du VHC (ARN du VHC) chez les patients immunosupprimés qui ont obtenu un résultat négatif pour les anticorps anti-VHC mais chez qui on soupçonne la présence d'une infection à VHC.

3.7 Il n'est pas nécessaire de procéder à un dosage qualitatif de l'ARN du VHC pour tous les patients chez qui on a décelé des anticorps anti-VHC. Toutefois, ces tests peuvent être utiles dans les situations suivantes :

- résolution des cas où la sérologie est indéterminée pour le VHC (voir figure 1)
- détection de l'infection chez des patients immunosupprimés dont la sérologie pour les anticorps anti-VHC est négative
- détection de l'infection à VHC chez les bébés nés d'une mère ayant des anticorps anti-VHC (pour déterminer le meilleur moment et la fréquence optimale de la surveillance, il faut disposer de données venant d'études de cohortes prospectives)
- détermination de la virémie chez des patients ayant des anticorps anti-VHC dont les tests de la fonction hépatique ont donné

Figure 1. Marche à suivre pour les échantillons indéterminés au test RIBA



des résultats normaux à plusieurs reprises (pour soulager l'anxiété de ces patients plutôt que pour orienter la prise en charge clinique)

- › détermination de la réponse au traitement antiviral et de la durabilité de cette réponse.

- 3.8** Pour le moment, on ne dispose pas de suffisamment de données sur l'efficacité d'un traitement antiviral précoce ou sur le risque pour les patients de transmission du virus par des travailleurs de la santé qui deviennent séropositifs pour justifier le recours à un dosage de l'ARN du VHC dans le cadre de la surveillance de ces travailleurs après une exposition parentérale au VHC.

Transmission verticale du VHC

- 3.9** Le protocole de laboratoire optimal pour la surveillance de la transmission verticale de l'infection à VHC n'a pas été clairement établi. Cependant, on peut évaluer le diagnostic de l'infection par l'administration d'une épreuve de détection des anticorps plus de 12 mois après la naissance. Il faudrait déterminer la durée de persistance des anticorps (une fois les anticorps maternels résiduels éliminés) au moyen d'épreuves de suivi. Dans le cas des nourrissons chez lesquels un dosage

de l'ARN du VHC a donné des résultats positifs, il est recommandé de procéder à une épreuve de suivi afin de déterminer la persistance ou la disparition de la virémie. L'épreuve de l'ARN du VHC à l'âge de trois mois peut s'avérer utile pour la détection de l'infection chez les nourrissons nés de mères ayant des anticorps anti-VHC, mais l'utilisation de l'épreuve à cette fin doit être validée.

Études de séroprévalence

- 3.10** Les épreuves sur un pool de sérum peuvent se révéler une méthode rentable pour la réalisation d'études de séroprévalence à des fins épidémiologiques. Cette méthode doit être validée pour chaque produit utilisé venant d'un fabricant particulier.

- 3.11** La salive peut être utile pour les études épidémiologiques de séroprévalence. Il faut déterminer la sensibilité et la spécificité d'associations particulières de troupes de prélèvement et d'épreuves avant de les utiliser pour ces études.

Génotypage et dosage quantitatif de l'ARN du VHC

- 3.12** Dans la prise en charge d'un patient, le génotypage avant le traitement fournit des

données importantes en ce qui concerne les risques et les avantages du traitement ainsi que sa durée. Il faudrait offrir des possibilités d'accès à des services de génotypage au Canada.

- 3.13** Les dosages quantitatifs de l'ARN du VHC effectués avant le traitement fournissent des données précieuses sur les risques et les avantages du traitement et sa durée optimale, et ils devraient être mis à la disposition de la population.
- 3.14** Les laboratoires qui effectuent le génotypage et des dosages qualitatifs et quantitatifs de l'ARN du VHC devraient participer à des programmes externes d'évaluation de la qualité pour ces épreuves, programmes qui seraient établis et coordonnés par un organisme central.

Recherche

- 3.15** Des recherches s'imposent dans les domaines suivants :
- évaluation continue des nouvelles troupes commerciales ou internes pour les tests de détection du VHC (dépistage, tests complémentaires de l'ARN du VHC et génotypage)
 - mise au point de nouvelles épreuves pour la détection de l'infection à VHC aiguë
 - évaluation plus poussée des épreuves utilisées pour les échantillons sériques mis en pools et les échantillons de salive et d'urines
 - étude des protocoles et des technologies utilisés pour la stabilisation de l'ARN du VHC en vue du transport
 - rôle potentiel du génotypage dans la surveillance de la santé publique et, en particulier, variabilité régionale dans les génotypes, prévalence de l'infection mixte, association du génotypage avec des antécédents de risque et documentation des cas de réinfection (des techniques moléculaires supplémentaires [séquençage] pourraient s'avérer utiles pour la détermination des modes de transmission et l'étude des éclosions)

- utilité du génotype pour confirmer les résultats des échantillons qui sont indéterminés à l'immunoblot et négatifs au test par PCR
- influence des cas de réinfection sur le génotype prédominant, la pathogenèse et l'histoire naturelle de l'infection à VHC (cohorte d'utilisateurs de drogues injectables)
- histoire naturelle des patients ayant obtenu des résultats positifs au test de détection des anticorps anti-VHC et des résultats négatifs au PCR et de l'infection à VHC associée à la transmission néonatale.

4. Groupe de travail sur les questions liées aux utilisateurs de drogues injectables

Bien que les services de santé publique au Canada aient mis en place quelques activités axées sur les utilisateurs de drogues injectables (UDI), leur intervention n'a pas encore eu d'effets mesurables sur l'épidémie d'hépatite C dans ce groupe. Ces activités se sont superposées aux programmes sur le VIH et les MTS qui existent déjà et qui, eux-mêmes, ne sont pas suffisants, mais on ne peut s'attendre à ce que ces derniers tiennent compte des caractéristiques particulières de l'épidémie d'hépatite C.

Le VHC se transmet plus facilement que le VIH par la voie percutanée ou parentérale, et la contamination par le VHC se produit rapidement après l'initiation à l'utilisation de drogues injectables. Les mesures de prévention devraient donc viser avant tout (mais non exclusivement) les nouveaux UDI et ceux qui songent à faire l'essai de ces drogues. Des quantités infimes de sang peuvent suffire à transmettre l'hépatite C. Par conséquent, le risque associé au partage du matériel utilisé par les toxicomanes, tel que les cuillères, les pipes et les pailles, ou au tatouage ou au perçage, peut être plus élevé que dans le cas du VIH. Par ailleurs, bon nombre des stratégies de prévention du VIH (p. ex., programmes d'échange de seringues) aideront également à prévenir l'hépatite C.

Sur les plans social et juridique, on pourrait favoriser la prévention de l'hépatite C aussi bien que de l'infection à VIH en amenant le public à changer d'attitude à l'égard des UDI et en traitant l'usage de drogues comme une question de santé plutôt que comme une question criminelle. Certaines des dispositions législatives qui s'appliquent actuellement à l'usage des drogues peuvent nuire à l'accès aux services.

Le modèle de réduction des méfaits devrait servir de base aux programmes de prévention de l'hépatite C. Ce modèle se fonde sur le principe de la minimisation des méfaits. Il peut inclure des stratégies visant à prévenir l'usage de drogues injectables et à encourager des pratiques d'injection sûres chez les utilisateurs de drogues injectables, et peut mettre l'accent sur les services de désintoxication et de réadaptation. L'abstinence pourrait être l'un des objectifs visés, mais elle n'est pas nécessaire et ne devrait en aucun cas être considérée comme une condition d'accès aux services. Le modèle de réduction des méfaits est une démarche humaniste et pragmatique qui exclut les interventions répressives.

Pour appuyer l'adoption d'une stratégie nationale dynamique pour la prévention de l'hépatite C, on a besoin d'une politique publique favorable à la santé. Une stratégie cohérente repose essentiellement sur la coordination entre les principaux intéressés — santé publique, police, santé mentale et services offerts aux utilisateurs de drogues — tant aux niveaux fédéral et provincial-territorial qu'au niveau local. Le système de soins de santé et de services sociaux est mieux placé que le système de justice pénale pour régler les questions se rattachant à l'usage des drogues. Dans cet ordre d'idées, une réaffectation de fonds permettrait de mettre en place des programmes complets.

Le Plan d'action national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection⁽⁶⁾ a été approuvé mais, compte tenu des caractéristiques particulières de l'hépatite C, d'autres interventions s'imposent. Si le financement n'est pas suffisant, il sera impossible de mettre en oeuvre un programme global qui comprendra des stratégies multiples visant à appliquer ces mesures.

Recommandations

- 4.1 Les programmes de prévention de l'hépatite C doivent être fondés sur une stratégie de promotion de la santé qui adhère au modèle de réduction des méfaits.
 - 4.2 On devrait mettre sur pied un comité consultatif fédéral-provincial qui veillerait à l'élaboration d'un plan d'action national sur l'hépatite C abordant les questions liées aux utilisateurs de drogues injectables (UDI).
 - 4.3 Les autres maladies infectieuses transmissibles par le sang que l'on observe fréquemment chez les utilisateurs de drogues injectables devraient également être traitées par ce comité, pour éviter d'importants chevauchements.
 - 4.4 On doit veiller à faire participer les utilisateurs de drogues eux-mêmes à tous les niveaux de discussion et d'intervention. Pour ce faire, il faudra prévoir la création de groupes d'utilisateurs de drogues injectables aux échelons fédéral, provincial-territorial et local, et leur fournir les ressources nécessaires et un soutien continu.
- Prévention de la transmission au niveau individuel*
- 4.5 Il faudrait mieux sensibiliser la population à l'hépatite C par la diffusion d'information et la mise en oeuvre d'initiatives d'éducation et de communication s'adressant aux utilisateurs de drogues et aux personnes à risque élevé pour la consommation de drogues injectables.
 - 4.6 Il faudrait augmenter les services d'approche orientés vers les personnes récemment initiées aux drogues injectables (par le biais de groupes d'éducation par les pairs ou de travailleurs de la rue).
 - 4.7 Il faudrait éduquer les utilisateurs de drogues et les personnes susceptibles de s'initier à la consommation de drogues injectables quant aux solutions de rechange à l'injection de drogues et aux pratiques d'injections sûres.

4.8 Il faudrait élargir l'accès au traitement des toxicomanies, y compris un large éventail de traitements de remplacement et d'interventions offertes sans conditions^h. Les traitements de remplacement peuvent aussi être considérés comme un moyen de prévenir l'usage de drogues injectables, mais pour le confirmer, il faudra procéder à d'autres études.

4.9 Il faudrait enseigner aux médecins, aux infirmières, aux travailleurs sociaux, aux enseignants et à d'autres travailleurs concernés, y compris les travailleurs des services d'approche, comment repérer les jeunes qui songent à utiliser des drogues injectables et comment intervenir de façon précoce.

Prévention de la transmission au niveau communautaire

4.10 Les programmes d'éducation en matière de drogues devraient être mis à jour de manière à inclure une information exacte et complète qui permette aux jeunes de prendre des décisions éclairées.

4.11 L'éducation en matière de drogues et le financement dans ce domaine devraient être axés principalement sur la santé. La collaboration entre les services de police communautaires, les groupes de toxicomanes et les organismes sociaux est essentielle au succès du programme de prévention et de lutte contre l'hépatite C.

4.12 Les programmes de prévention communautaires doivent être basés sur un modèle global de réduction des méfaits et devraient inclure les éléments suivants : échange de seringues; endroits de consommation plus sécuritaires; accès à un attirail stérile pour l'injection de drogues; meilleur accès aux services de désintoxication et de réadaptation, en particulier pour les mineurs et les jeunes adultes; soins de santé et services sociaux bien coordonnés et intégrés; groupes de défense des intérêts des toxicomanes; programmes de formation aux aptitudes de vie et traitements de remplacement offerts sans conditions.

4.13 Il faudrait prendre des mesures, notamment des mesures de réglementation, pour faire en sorte que les services personnels (p. ex., tatouage, perçage, acupuncture, etc.) soient fournis de façon sécuritaire.

4.14 Les mesures de prévention disponibles dans la communauté devraient aussi être disponibles en milieu carcéral.

Prévention de la transmission au niveau des familles et des réseaux

4.15 Des services médicaux et sociaux devraient être offerts pour aider les familles en difficulté et les parents de jeunes toxicomanes.

4.16 Il faudrait mettre en application des interventions ayant pour cible les réseaux sociaux des toxicomanes afin de promouvoir d'autres modes de consommation que l'injection.

Prévention de la transmission aux niveaux social et juridique

4.17 Vu que l'exclusion et l'isolement sociaux peuvent accroître le risque de contracter l'hépatite C, il faudrait élaborer et mettre en application des interventions destinées à amener le public à mieux comprendre les toxicomanies et les toxicomanes.

4.18 Compte tenu du fait que certains textes de lois en vigueur actuellement peuvent contribuer à la propagation de l'hépatite C et d'autres pathogènes transmissibles par le sang et faire obstacle à l'action sanitaire, et dans l'optique des recommandations du Plan d'action national sur le VIH/sida, il est proposé que le ministre de la Santé mette sur pied un comité national chargé d'examiner les dispositions législatives régissant actuellement l'usage des

^h Interventions facilement accessibles auxquelles aucune condition particulière ne se rattache, comme l'abstinence ou la promesse d'abstinence.

drogues et élabore un plan ayant pour but de mettre en oeuvre les changements nécessaires.

Conserver la «santé» des UDI infectés

4.19 Le dépistage de l'hépatite C chez les UDI fournit une occasion d'offrir du counselling, un traitement et d'autres interventions médicales et devrait faire partie d'un programme global qui serait implanté dans les organisations offrant des services adaptés aux toxicomanes.

4.20 Toutes les personnes infectées par le VHC, y compris les UDI, devraient être admissibles à une évaluation et à un traitement. Les questions liées à l'observance du traitement devraient être réglées individuellement, comme dans le cas des autres maladies ou des autres populations.

Recherche

4.21 Des études devraient être réalisées dans les domaines suivants :

- › les facteurs qui poussent une personne à commencer à consommer des drogues injectables
- › les déterminants de la réduction et de l'abandon de l'usage de drogues
- › la possibilité d'un lien entre l'usage non médical de stéroïdes injectables et l'hépatite C
- › le rôle d'un traitement de remplacement (p. ex. par la méthadone) dans la prévention de l'usage de drogues injectables
- › les meilleures méthodes de prestation de services de santé aux UDI atteints de l'hépatite C
- › l'utilité du counselling et des épreuves, et les conséquences des résultats positifs ou négatifs d'épreuves sur les comportements des UDI
- › les déterminants de l'infection à VHC et les pratiques associées à l'infection
- › la surveillance de l'évolution de l'épidémie d'infection à VHC dans le cadre des programmes de prévention

- › le rôle de l'usage de drogues par voie nasale ou par inhalation dans la propagation de l'hépatite C
- › études de faisabilité et études d'évaluation du processus et de la mise en oeuvre portant sur des stratégies particulières, comme les programmes d'échange de seringues dans les établissements correctionnels et les endroits de consommation plus sécuritaires dans la communauté.

5. Groupe de travail sur l'éducation

Les membres du Groupe ont discuté de l'expérience tirée de l'épidémie d'infection à VIH et ont comparé les besoins de différents groupes en matière d'éducation liée au VIH et à l'hépatite C. On a fait observer que dans l'esprit du public, le VHC est associé principalement à la transfusion et non pas à la consommation de drogues injectables. Il faut élaborer des interventions éducatives pour ne pas perdre de vue l'étendue du problème de l'hépatite C tout en réduisant la possibilité que le public réagisse de façon excessive. Les interventions doivent viser non seulement les groupes à risque élevé, mais également le public et les dispensateurs de soins de santé qui peuvent ne pas être à l'aise avec des clients utilisateurs de drogues injectables.

Pour être efficaces, les programmes éducatifs doivent être :

- › intensifs
- › continus
- › adaptés à la culture.

Un programme intensif est un programme qui exige la participation active de toutes les parties. Que le programme repose sur un modèle d'éducation individuelle ou un modèle d'éducation collective, il doit mettre l'accent sur la participation. Ainsi, un jeu de rôles favorisera une meilleure participation que l'écoute passive d'une personne. Les programmes éducatifs doivent être offerts pendant une longue période, de sorte que les messages soient renforcés. L'information et les connaissances peuvent souvent être transmises assez facilement, alors que le déve-

loppement de compétences, l'accroissement de la motivation et le changement des attitudes prennent du temps. En outre, un programme qui ne tient pas compte des valeurs et des pratiques culturelles comportera obligatoirement des failles.

Les membres du Groupe de travail ont discuté des stratégies de marketing éducatif et social de base et ont formulé des recommandations fondées sur des principes généraux.

Recommandations

- 5.1** Il est prioritaire d'élaborer une campagne de sensibilisation nationale qui sera dirigée à l'échelle fédérale.

Besoins particuliers des dispensateurs de soins de santé

- 5.2** Par le biais de discussions avec les universités, les établissements scolaires et les organisations professionnelles, il faudrait élaborer à l'intention des dispensateurs de soins de santé des programmes d'études sur mesure, qui tiennent compte de leurs connaissances et de la mesure dans laquelle ils se sentent à l'aise lorsqu'ils parlent avec des utilisateurs de drogues injectables et qu'ils abordent des questions connexes (entre autres l'hépatite C).
- 5.3** Il faudrait créer un centre national de documentation sur l'hépatite C, c.-à-d. un centre où l'information serait facilement accessible aux dispensateurs de soins de santé, aux patients et au grand public; on fournirait également un numéro de téléphone sans frais (1-800) qui serait indiqué sur tous les documents et une adresse Internet.
- 5.4** Il faudrait élaborer une approche polyvalente pour des campagnes d'information et de la publicité, qui seraient reprises et mises à jour périodiquement, à l'aide des moyens de communication existants (p. ex., bulletins et encarts dans les revues professionnelles). Cette approche comprendrait également une série de produits d'information sur l'hépatite C et la réduction des risques (p. ex., feuilles d'information et brochures) dont les travail-

leurs de la santé pourraient se servir dans le cadre du counselling.

- 5.5** Il faudrait inciter les laboratoires à utiliser le rapport des résultats des tests d'un nouveau cas comme moyen de communiquer aux médecins des renseignements pertinents, ou à leur indiquer où ils peuvent trouver de l'information supplémentaire.
- 5.6** Il faudrait recourir aux mécanismes courants de formation continue, tel qu'un bureau des conférenciers, pour veiller à ce que tous les dispensateurs de soins de santé aient des connaissances à jour et exactes, en particulier en ce qui concerne l'infection à VHC (la maladie et ses causes [notamment l'usage de drogues injectables]), les attitudes et les connaissances.

Besoins particuliers du grand public

- 5.7** Il faudrait désigner des segments de la population et élaborer des messages qui tiennent compte des besoins de ces segments.
- 5.8** Il faudrait encourager et aider les groupes clients à prendre part à l'élaboration et à la mise en oeuvre de matériel éducatif à l'intention du public.

Besoins particuliers des jeunes

- 5.9** Il faudrait élaborer une approche ou un programme global de santé afin de rejoindre les jeunes dans les écoles et d'autres milieux. Ce programme, basé sur la prévention primaire et la réduction des méfaits, porterait une attention particulière à l'usage des drogues injectables et à d'autres comportements à risque.

Besoins particuliers des groupes à risque élevé

- 5.10** Il faudrait, en consultation avec les groupes clients, mettre au point du matériel éducatif et le distribuer par le biais des réseaux existants, telles que les cliniques de traitement par la méthadone et les programmes d'échange de seringues.

- 5.11 Il faudrait élaborer du matériel éducatif et offrir un appui aux travailleurs de première ligne qui s'occupent des groupes à risque élevé.

6. Groupe de travail sur les questions liées à l'approvisionnement en sang

Pour les personnes qui ont été infectées par l'hépatite C par une transfusion, si le fait de savoir qu'elles sont infectées peut comporter certains inconvénients, il comporte aussi de nombreux avantages potentiels. Ainsi, il est souhaitable qu'en général les receveurs infectés par le VHC connaissent leur état. Plusieurs mécanismes peuvent être utilisés pour les informer : les programmes hospitaliers de notification, la recherche de cas et la notification publique. Les programmes hospitaliers permettront vraisemblablement de repérer le plus grand nombre de personnes touchées.

Recommandations

Enquêtes sur les dons antérieurs des donneurs et les produits sanguins transfusés

- 6.1 Il faudrait continuer d'effectuer des études de dons antérieurs de donneurs, tant rétrospectives que prospectives. Lorsqu'un donneur infecté par le VHC est repéré à l'extérieur des services transfusionnels, des renseignements complets sur l'identité du donneur devraient être fournis aux services transfusionnels afin qu'ils puissent procéder à une étude de ses dons antérieurs.
- 6.2 Il faudrait continuer d'effectuer des enquêtes sur les produits sanguins transfusés à l'égard des receveurs infectés par le VHC de façon à repérer les autres receveurs potentiellement infectés par le VHC au moyen d'études de dons antérieurs subséquentes.

Notification aux receveurs

- 6.3 Les provinces ou territoires qui n'ont pas encore mis en place des programmes de notification aux receveurs devraient envisager de le faire. La décision finale devrait être fondée sur plusieurs critères : la faisabilité, les priorités régionales, locales et provinciales; les autres méthodes disponibles et les avantages éventuels de telles activités (nombre de receveurs infectés par le VHC non encore repérés).
- 6.4 Pour faciliter la mise en oeuvre de programmes de notification aux receveurs, il faudrait compter sur plusieurs facteurs :
- › évaluation des programmes mis en oeuvre jusqu'à ce jour
 - › soutien technique (consultation, appariement probabiliste, etc.)
 - › soutien fédéral (50 % du coût)
 - › évaluation épidémiologique de l'efficacité des programmes jusqu'à ce jour (nombre de receveurs infectés par le VHC qui n'ont pas encore été repérés).

Notification publique

Nous ne disposons pas de suffisamment de données valables sur l'efficacité de la notification publique. Toutefois, de telles activités peuvent être souhaitables et, dans certains contextes, utiles.

- 6.5 Il faudrait envisager des campagnes de notification publique qui remplaceraient ou qui complèteraient la notification aux receveurs.

Recherche des cas

- 6.6 Il faudrait procéder à une recherche des cas d'infection à VHC pour les personnes transfusées avant juillet 1992. Il faudrait demander à tous les patients leurs antécédents de transfusions et de dons de sang. Cet interrogatoire devrait faire partie intégrante d'une anamnèse complète.
- 6.7 Il faudrait veiller à offrir un enseignement approprié dans le cadre de la formation médicale prédoctorale et postdoctorale et de la formation médicale continue.

Suivi des receveurs infectés par le VHC

- 6.8** Toutes les provinces et les territoires devraient adopter des mesures législatives et réglementaires qui permettront le partage intégral et libre de l'information. Ces mesures doivent garantir le droit à la vie privée et assurer le respect des renseignements sur les donneurs et les receveurs.
- 6.9** Les services de santé publique devraient assurer le suivi de toutes les déclarations de cas d'infection à VHC afin de valider les cas et de déterminer les facteurs de risque qui pourraient être à l'origine de l'infection.
- › si le patient infecté par le VHC a donné du sang (ou des organes, des tissus ou du sperme), communiquer avec la SCS ou HQ (ou encore le service responsable de la distribution des organes, des tissus ou du sperme)
 - › si le patient infecté par le VHC a reçu une transfusion (ou des organes, des tissus ou du sperme), communiquer avec la SCS ou HQ (ou encore le service responsable de la distribution des organes, des tissus ou du sperme).
- 6.10** L'enquête devrait inclure la collecte de données clés — par exemple, type de composant, date(s) de la transfusion, indication de la transfusion et nom de l'hôpital.

Surveillance

- 6.11** Il faudrait analyser, interpréter et communiquer les tendances observées dans les infections transmises par transfusion, établies à partir des données recueillies par les services de santé publique.
- 6.12** La surveillance des donneurs infectés par le VHC devrait se faire de façon régulière; les données sur l'âge, le sexe, la région, les facteurs de risque pour l'infection et la raison du don devraient être recueillies et consignées de façon systématique, compilées et analysées à des fins de surveillance et d'intervention.

- 6.13** Il devrait être obligatoire de faire mention des transfusions (reçues ou non) sur la feuille médico-administrative des hôpitaux et de les coder dans la base de données provinciale.
- 6.14** Les services transfusionnels devraient élaborer une base de données sur les receveurs.
- 6.15** Il faudrait élaborer tôt ou tard une base de données intégrée englobant toute la «chaîne transfusionnelle» (du donneur au receveur).
- 6.16** Il faudrait mettre sur pied une base de données sur les donneurs exclus, et enregistrer les données (raison de l'exclusion) et les analyser.

Programmes d'indemnisation

- 6.17** Lorsque les autorités de santé publique effectuent une enquête sur les cas déclarés d'infection à VHC et qu'une transfusion est signalée comme la source possible ou vraisemblable de l'infection, des données détaillées et complètes sur la transfusion reçue devraient être recueillies et enregistrées.
- 6.18** Lorsque les régimes d'indemnisation sont informés que des personnes sont possiblement ou probablement infectées, ils devraient immédiatement communiquer l'information aux services transfusionnels et aux autorités de la santé publique.

Sûreté du sang

- 6.19** Il faut établir de nouveaux mécanismes permettant d'assurer une coordination systématique entre les services de santé publique et la SCS ou HQ, et ce, à trois niveaux :
- › niveau fédéral (le Laboratoire de lutte contre la maladie pourrait jouer un rôle spécial)
 - › niveau provincial-territorial (haute priorité)
 - › niveau régional.
- 6.20** Les politiques devraient être fondées sur des preuves, et des experts scientifiques devraient prendre part à la prise de décisions à toutes les étapes.

6.21 Une évaluation systématique et le contrôle de la qualité sont indispensables.

Recherche domaines prioritaires

6.22 Les domaines prioritaires de recherche sont les suivants :

- histoire naturelle de l'infection à VHC contractée par transfusion
- risque résiduel (établissement de modèles)
- risques et avantages de la notification et du traitement précoces
- banque, aux fins de la recherche, d'échantillons sériques pré et post-transfusionnels venant de receveurs et de donneurs
- sûreté du sang selon les différents types de recrutement (don dirigé, transfusion allogénique, etc.)
- recrutement des donneurs (inclusion et exclusion de donneurs, évaluation de la santé)
- sûreté d'un «pool» de donneurs
 - recrutement
 - cartographie des maladies transmissibles
- épidémiologie de la transfusion au Canada
- survie à la suite d'une transfusion
- attitudes et opinions du public à l'égard
 - du droit de savoir
 - de la perception du risque d'infection associé à une transfusion
- utilisation du sang
- efficacité des tests
- inactivation/atténuation virale.

Recherche questions structurales

6.23 Le service transfusionnel devrait élaborer des systèmes de saisie des données afin d'assurer une surveillance et une recherche efficaces dans le domaine du risque associé aux agents infectieux.

6.24 Le service transfusionnel devrait mettre sur pied et maintenir des ressources aux fins de l'analyse des données servant à la surveillance et à la recherche.

6.25 Il faudrait collaborer avec d'autres chercheurs (LLCM, services de santé publique, centres universitaires, etc.) pour veiller à la mise en place d'un programme de recherche global.

6.26 Le financement nécessaire devrait être fourni (le service transfusionnel devrait consacrer 10 % de son budget de fonctionnement à la recherche extra-muros et intra-muros).

Recommandation générale

Afin d'améliorer la communication au sujet des différentes questions liées au VHC, il est recommandé de créer des sites Web ou un organe d'archivage central où l'on pourrait afficher des répertoires des recherches en cours, les résultats des évaluations et les demandes de participation à des protocoles de recherche. Des bulletins pourraient également être diffusés par courriel aux parties intéressées.

Références

1. Remis RS et coll. *Estimation du nombre de transfusés infectés par le virus de l'hépatite C au Canada, 1960-1985 et 1990-1992*. Rapport présenté à Santé Canada, 22 juin 1998.
2. LLCM. *Prévention et lutte contre l'hépatite C : Lignes directrices et recommandations*. RMTTC 1995;21S2:1-21.
3. Société canadienne de pédiatrie. *Vertical transmission of the hepatitis C virus: current knowledge and issues*. Paediatrics and Child Health 1997;2(3):227-31.
4. LLCM. *Compte rendu de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque professionnel de transmission des pathogènes à diffusion hématogène*. RMTTC 1998;24S4:1-28.
5. LLCM. *Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang*. RMTTC 1997;23S2:1-16.
6. Groupe de travail national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un Plan d'action national*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association de santé publique, mai 1997.

Autres lectures

Centers for Disease Control and Prevention.

Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. MMWR 1998;47(RR19) [renferme 158 références].

Chaudhary RK, Tepper M, ElSaadany S, Gully PR. *Distribution of hepatitis C virus genotypes in Canada: results from the LCDC Sentinel Health Unit Surveillance System.* Can J Infect Dis 1999;10:53-56ⁱ.

Garfein RS, Vlahov D, Galai N. *Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses.* Am J Public Health 1996;86:655-61.

Gretch DR. *Diagnostic tests for hepatitis C.* Hepatology 1997;26(Suppl 1):43S-47S.

Lok ASF, Gunaratnam NT. *Diagnosis of hepatitis C.* Hepatology 1997;26(Suppl 1):48S-56S.

Poynard T, Marcellini P, Lee SS et coll. *Randomised trial of interferon α 2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon α 2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus.* Lancet 1998;352:1426-32ⁱ.

Organisation mondiale de la Santé. *Global surveillance and control of hepatitis C: report of a WHO consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium.* J Viral Hepat 1999;6:35-47ⁱ.

ⁱ Publié après cette Conférence de concertation mais renfermant de l'information généralement connue des participants à la Conférence.