

Vers une réponse à l'épidémie

*Recommandations pour une
Stratégie canadienne sur l'hépatite C*

Préparé en collaboration avec :

Institut de l'anémie recherche et éducation
Société canadienne du SIDA
Réseau canadien d'info-traitements SIDA
Canadian Harm Reduction Network
Société canadienne de l'hémophilie

Canadian Hepatitis C Network
Fondation canadienne du foie
Hepatitis C Council of BC
Société de l'hépatite C du Canada
Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network

septembre 2005

Pour plus d'information

Ce document est accessible en ligne au www.hepc.cpha.ca.

This document is also available in English under the title:

Responding to the Epidemic: Recommendations for a Canadian Hepatitis C Strategy

Pour obtenir plus d'information, contactez le :

Centre canadien d'information sur l'hépatite C

1565 av. Carling, suite 400

Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Tél. : 1-866-804-HEPC (4372)

Télééc. : 613-725-1205

Courriel: hepc@cpha.ca

www.hepc.cpha.ca

Introduction

Le virus de l'hépatite C (VHC) a été découvert en 1989, mais il n'est devenu une préoccupation de santé importante dans ce pays qu'au début des années 90 alors que l'on a appris que jusqu'à 160 000 Canadiens¹ avaient contracté le VHC par le biais de produits sanguins contaminés. De nos jours, le VHC a pratiquement disparu des manchettes et la sensibilisation du public à cette maladie fréquemment mortelle est en chute libre.

Les experts estiment que 250 000² Canadiens sont infectés par le VHC, une maladie contre laquelle il n'existe aucun vaccin. Jusqu'à 80 000 d'entre eux sont destinés à vivre la cirrhose, le cancer et l'insuffisance hépatique. Le tiers des personnes atteintes du virus l'ignorent³ et il se peut qu'elles le transmettent à leur insu à d'autres personnes. Plus de 5 000 nouvelles infections se produisent chaque année au Canada⁴, notamment chez les personnes les moins outillées pour accéder à l'éducation préventive, aux interventions efficaces et aux soutiens au traitement.

En même temps, les coûts liés au VHC s'apprêtent à s'envoler. On s'attend à ce que la lente progression de cette maladie – largement guérissable chez les personnes l'ayant contractée au cours des 30 dernières années, y compris celles n'ayant pas encore fait l'objet d'un diagnostic ou d'un traitement – déclenche une explosion de complications hépatiques dispendieuses.

En 1998, le gouvernement du Canada a lancé un Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C de cinq ans dont la facture s'élevait à 50 \$ millions. Des progrès importants ont été réalisés mais le programme manquait des composantes cruciales et était insuffisamment financé. Il a pris fin en mars 2004. Le financement a été prolongé d'une seule année à deux reprises depuis lors, mais rien ne laisse supposer que ce financement – ou encore moins une stratégie pluriannuelle – sera maintenu après sa date d'échéance, soit le 31 mars 2006.

Le gouvernement du Canada, en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, peut se préparer à la multiplication prévue des complications liées au VHC en élaborant une stratégie pluriannuelle bien coordonnée qui vise à prévenir les nouvelles infections et à assurer un traitement rapide aux personnes infectées. Non seulement une telle préparation serait la chose honorable à faire, il s'agirait aussi d'une action responsable du point de vue fiscal.

Le présent document représente la contribution de la communauté canadienne de lutte contre le VHC à l'élaboration d'une stratégie canadienne efficace sur l'hépatite C. Se fondant sur les réflexions de 10 organismes communautaires impliqués dans des activités axées sur le VHC, les plus récentes recherches menées aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et au BC Centre for Disease Control et les opinions d'autres experts, il identifie les composantes critiques d'une stratégie éventuelle. Les recommandations qui se trouvent ici constituent un appui et un complément à celles que le Comité consultatif mixte a proposées au programme fédéral sur l'hépatite C en janvier 2005⁵.

-
1. Santé Canada, *Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C. Informez-vous : Rapport d'évaluation intérimaire* (Santé Canada, 2003), 3. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/hepcInterimaire/index.html
 2. Agence de santé publique du Canada, *Information sur l'hépatite C : L'infection par le virus de l'hépatite C*. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/virus_info.html
 3. Remis, R.S. *A Study to Characterize the Epidemiology of Hepatitis C Infection in Canada*, 2002. Rapport final. (Ottawa: Santé Canada, 2004).
 4. Agence de santé publique du Canada, *Hépatite C : Questions souvent posées*. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/drhepc.html
 5. Comité consultatif mixte de l'Initiative de recherche sur l'hépatite C de Santé Canada et des IRSC, *Hepatitis C As A Roadmap For Integrated Communicable Disease Prevention and Control: A Strategy for the Renewal of the Health Canada/Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Research Initiative on Hepatitis C* (Ottawa : 2005).

I. Mise en contexte

Qu'est-ce que le VHC ?

Le VHC est un virus transmis par le sang qui détruit le foie.

Chez environ 15 % des personnes infectées par le VHC, l'organisme réussit à évacuer spontanément le virus dans l'espace de quelques mois. Chez les autres, le virus peut causer une gamme de symptômes qui durent toute la vie, y compris une fatigue débilante, des problèmes de concentration et de mémoire, des douleurs musculaires et articulaires, des nausées et d'autres problèmes gastrointestinaux. Dans jusqu'à 25 % des cas, l'infection chronique par le VHC aboutit à la cirrhose, à l'insuffisance hépatique et au cancer du foie⁶.

Les complications de ce genre provoquent une souffrance horrible. Les patients sont souvent émaciés et souffrent d'ictère. On peut constater des crampes et une enflure de l'abdomen et des jambes, accompagnées parfois de démangeaisons insupportables. Les cas avancés peuvent se caractériser par une confusion mentale et une agressivité déraisonnable, ainsi qu'une infection bactérienne spontanée massive, des hémorragies veineuses dans la gorge, le coma et la mort.

Le VHC est également associé à plusieurs affections extra-hépatiques, y compris le diabète sucré, le lymphome non hodgkinien, l'arthrite, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan, la thyroïdite autoimmune, la cryoglobulinémie mixte essentielle, le syndrome de Sjögren, la glomérulonéphrite membranoproliférative, la fibromyalgie, la neuropathie et l'ostéoporose.

Comment le VHC se transmet-il ?

Le VHC se transmet par les contacts de sang à sang avec une personne infectée. Ce genre de contact se produit le plus souvent dans les situations suivantes :

- le partage de n'importe quel matériel contaminé par du sang, y compris les accessoires utilisés pour injecter, sniffer ou fumer de la drogue et le matériel employé pour le perçage, le tatouage, les soins des ongles, l'électrolyse, le rasage ou l'acupuncture;
- les transfusions sanguines ou d'autres interventions médicales lorsque des modalités de prévention des infections inadéquates permettent l'utilisation d'un matériel contaminé par du sang;
- certaines activités sexuelles (p. ex., une relation sexuelle non protégée pendant les menstruations ou en présence de traumatismes ou de lésions);
- les piqûres accidentelles;
- la transmission verticale (dans l'utérus, pendant l'accouchement ou, possiblement, l'allaitement).

Pour prévenir l'infection par le VHC, il faut que les gens soient sensibilisés à l'existence de ce virus et à ses modes de transmission. Leur aptitude à mettre ces connaissances en pratique dépend cependant de facteurs environnementaux et sociaux (également appelés déterminants de la santé). Parmi ces derniers, mentionnons l'accès aux soins médicaux, l'absence de toxicomanie, un niveau d'alphabétisme fonctionnel, un revenu adéquat, un logement et un contexte domestique sécuritaires, des relations respectueuses et non violentes, une forte estime de soi et un sentiment d'appartenance à la communauté.

6. Comité consultatif mixte, 5.

Lorsque ces déterminants de la santé cruciaux sont présents et que les gens ont accès à une information adéquate, ils peuvent faire des choix sains. En l'absence de ces éléments de base, ces choix sont difficiles à faire, voire impossibles.

C'est partiellement en raison de l'interaction complexe de ces facteurs que le VHC est particulièrement destructeur chez les populations suivantes :

- les personnes qui injectent, sniffent ou fument de la drogue (y compris les stéroïdes) en se servant de matériel contaminé, tel que seringues, cuillers, filtres, garrots ou pipes (pour le crack ou le crystal meth);
- les personnes (notamment les jeunes et les détenus) qui font des perçages et des tatouages en se servant d'équipement contaminé par le virus;
- les peuples autochtones du Canada;
- les détenus canadiens;
- les jeunes de la rue.

II. Le défi

Plusieurs aspects du VHC font de ce dernier une maladie complexe qui est difficile à prévenir, à contrôler et à traiter.

L'un des plus grands défis réside dans la nature insidieuse de la maladie. Puisque les symptômes apparaissent lentement, ils passent typiquement inaperçus ou sont mal diagnostiqués pendant de nombreuses années; entre-temps, le virus peut être transmis à d'autres personnes à l'insu de toutes les parties concernées. Lorsque l'infection au VHC progresse sans être décelée, des complications hépatiques graves et coûteuses peuvent se produire — et les occasions de maximiser l'efficacité des interventions sanitaires et de minimiser les dépenses s'amenuisent⁷.

La diversité des populations à risque présente également des défis, notamment du point de vue de la prévention et du diagnostic précoce. Compte tenu de la variété de langues, de situations socioéconomiques, de cultures, de niveaux de scolarité et de lieux géographiques, il faut que l'information sur le VHC soit diffusée dans plusieurs formats novateurs.

La co-infection par le VIH et le VHC soulève également des préoccupations. Sur les quelque 49 600 Canadiens vivant avec le VIH, environ 23 % sont également infectés par le VHC⁸. La maladie hépatique s'est classée récemment parmi les premières causes de mortalité chez les personnes co-infectées⁹. En outre, certains chercheurs estiment que le taux de mortalité global est plus élevé chez les personnes co-infectées que chez les personnes infectées par le VIH seulement.

7. Selon une étude récente, 20 % des patients ne sont pas diagnostiqués avant que la cirrhose ne se déclare, ce qui limite gravement les options thérapeutiques et les chances de succès. Données présentées lors de la conférence de l'American Association for the Study of Liver Diseases, Boston, MA, du 24 au 28 octobre 2003. Voir www.natap.org/2003/AASLD/day6_5.htm pour un article sur le document présenté par Beth P. Bell, Centers for Disease Control and Prevention, et Andre N Sofair, Connecticut Emerging Infections Program and Yale University School of Medicine.

8. R.S. Remis, Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, (Toronto, Santé Canada : 2001).

9. I. Bica, B. McGovern, R. Dhar, D. Stone, K. McGowan, R. Scheib, D.R. Snyderman, "Increasing mortality due to end-stage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection" dans *Clinical Infectious Diseases* 32 (2001), 492-497.

Plus de 55 % des personnes qui reçoivent une pharmacothérapie de pointe sont guéries de l'infection au VHC¹⁰. Cependant, les critères d'accès sont restrictifs et contredisent parfois les connaissances scientifiques actuelles¹¹. Seulement 20 %¹² des patients porteurs du VHC sont admissibles au traitement; chez les 8 %¹³ qui parviennent à se faire offrir une pharmacothérapie, celle-ci provoque des effets secondaires débilissants¹⁴ qui exigent des interventions dispendieuses¹⁵ qui ne sont pas couvertes par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux. Faute de soutiens essentiels à la gestion des effets secondaires, jusqu'à 20 % des patients abandonnent le traitement avant qu'il soit terminé. Dans certaines provinces et territoires, les restrictions à l'accès sont telles que les patients qui abandonnent le traitement n'ont plus le droit de le réessayer.

Même si le traitement parvient à évacuer le virus, les personnes qui terminent la pharmacothérapie ont souvent besoin d'assistance et de soutien à long terme¹⁶ parce que leur foie a déjà subi les ravages de l'infection pendant de nombreuses années. Cependant, à l'instar des personnes dites inadmissibles au traitement, qui sont condamnées à souffrir la lente détérioration de leur santé, les personnes guéries se heurtent à une grave pénurie de services de soutien social, notamment dans les régions rurales.

Les personnes qui ont besoin d'une transplantation du foie sont peut-être les plus désespérées. À l'heure actuelle, les besoins dépassent de loin le nombre de foies disponibles chaque année au Canada, soit 400 seulement. La transplantation est chère, risquée et la possibilité d'une récurrence de l'infection au VHC n'est pas écartée. De plus, la nécessité de recourir aux immunosuppresseurs est susceptible d'accélérer la progression de la maladie.

Le phénomène du « double decade demographic » est également inquiétant. Il s'agit des nombreuses personnes infectées par le VHC avant 1990 par le biais du système d'approvisionnement en sang du Canada et les autres modes de transmission. Comme cette population entre dans sa deuxième décennie depuis l'infection initiale, on s'attend à une flambée de complications liées au VHC.

Les attitudes des Canadiens par rapport au VHC représentent un défi qui est au moins aussi grand que les problèmes associés aux aspects médicaux du virus.

-
10. *Hepatology Watch, Special Issue: Highlights of Roche Satellite Symposia*, 19 octobre 2001 AASLD Annual Meeting: Progress in the Management of Hepatitis C. 2001 AASLD Annual Meeting: Pegylated Interferons in HCV-Treatment Outcomes Dallas, Texas, Nov.12, 2001. Disponible à www.hepwatch.com/Special%20Issue.htm.
 11. Dans certaines provinces, notamment la C.-B., la pharmacothérapie n'est offerte que si les patients ont des taux d'enzymes hépatiques élevés (indicateur d'une maladie hépatique avancée) et s'ils n'ont jamais reçu de traitement auparavant. Pourtant, des recherches récentes révèlent qu'un nombre important de patients qui en sont à un stade avancé de la maladie hépatique n'ont pas de taux d'enzymes hépatiques élevés; de plus, les nouvelles formulations pegylées se sont révélées efficaces chez des patients dont les traitements antérieurs avaient échoué. Voir, entre autres : P. Pradat, T. Poynard, A. Alberti, J. I. Esteban, P. Marcellin, O. Weiland, S. Badalamenti, C. Trepo, "Predictive Value of ALT Levels On Histological Findings in Chronic Hepatitis C: A European Collaborative Study," *Hepatology*, (Hotel-Dieu, Lyon, France, 2001). Article présenté lors de la 36e réunion annuelle de la European Association for the Study of the Liver, du 18 au 22 avril 2001. Résumé disponible à www.natap.org/2001/36theasl/alt_levels050101.htm Voir également I.M. Jacobson, F. Ahmed, M.W. Russo et al. "Pegylated Interferon Alfa-2b Plus Ribavirin in Patients with Chronic Hepatitis C: A Trial in Prior Nonresponders to Interferon Monotherapy or Combination Therapy and in Combination Therapy in Nonresponders: Final Results," dans *Gastroenterology* 124 (2003): A-714.
 12. BC Centre for Disease Control, *A Hepatitis Strategy for British Columbia* (Vancouver, C.-B.,1999): 3.
 13. Estimation faite par courriel par le Dr Morris Sherman. Hépatologue dans la division de gastroentérologie du département de médecine de l'Université de Toronto, le Dr Sherman est président du Réseau canadien de l'hépatite virale et de l'Association canadienne pour l'étude du foie.
 14. Les effets secondaires comprennent dépression, anémie, troubles autoimmunes et susceptibilité aux infections.
 15. Médicaments, soutiens psychosociaux tels que le counseling et soutiens visant l'amélioration des déterminants de la santé comme la nutrition et le logement, entre autres.
 16. Voir la note 15.

À peine neuf ans se sont écoulés depuis l'annonce des règlements judiciaires se rapportant au scandale du sang contaminé, mais il n'empêche que le VHC a pratiquement disparu des manchettes dans ce pays. Les recherches indiquent que la sensibilisation des Canadiens au VHC affiche un déclin marqué¹⁷. Le VHC est souvent confondu avec les hépatites A et B, pour lesquelles il existe des vaccins. Ironiquement, l'ignorance et la confusion abondent à un moment où l'on s'attend à une augmentation spectaculaire des dépenses en santé liées au VHC.

Le stigmate destructeur qui est collé au VHC est également problématique. Cette maladie est associée aux causes populaires les moins politiquement viables au Canada, soit celles des toxicomanes, des détenus, des gens de la rue, des malades mentaux, des pauvres et des immigrants originaires de pays où le VHC est endémique. La désinformation, la discrimination et le mépris sont monnaie courante. Les personnes infectées par le VHC vivent l'isolement, la honte, le désespoir et la peur de l'ostracisme. Par conséquent, grand nombre d'entre elles hésitent à se faire soigner ou à se soucier de la prévention.

III. La réponse canadienne

À l'heure actuelle, le Canada compte environ 300 médecins capables de soigner les personnes vivant avec le VHC (y compris spécialistes des maladies infectieuses, internistes, gastro-entérologues, médecins de famille et moins de 50 hépatologues). Si toutes les personnes vivant avec le VHC au Canada étaient diagnostiquées et dirigées vers des services appropriés, les spécialistes disponibles seraient complètement débordés¹⁸. Le coût du traitement continue de grimper, tout comme la demande de greffes de foie.

La plupart des collectivités canadiennes n'ont accès à aucun service axé sur le VHC. Des organismes communautaires qui étaient bien positionnés pour offrir des services rentables de prévention, d'éducation, de soutien et d'aiguillage ont été obligés de fermer leurs portes ou sont handicapés par un financement chroniquement inadéquat et incertain.

Par conséquent, un grand nombre d'organismes sont essoufflés et leurs bénévoles souffrent d'épuisement professionnel. Plusieurs d'entre eux sont morts de cette maladie. Les cas non diagnostiqués et non traités du VHC continuent de progresser, entraînant des complications plus coûteuses encore, et des régimes thérapeutiques dispendieux échouent à cause du manque de soutiens nécessaires. Le stigmate et la discrimination ne cessent d'empoisonner la vie des personnes infectées et celles les plus à risque de contracter la maladie. Chaque année, 5 000¹⁹ Canadiens sont infectés par le VHC.

Et cela coûte cher aux Canadiens et aux Canadiennes. Voici un résumé des coûts liés au VHC :

- un cycle de traitement par médicament antiviral : 20 000 \$²⁰;
- coût moyen à vie par patient, faute de greffe de foie : 100 000 \$²¹;
- coût moyen à vie par patient à partir du moment du diagnostic jusqu'au décès, y compris coûts médicaux et pertes économiques pour l'individu en question : 1 million \$²²;
- coût estimé des décès attribuables à l'insuffisance hépatique : 50 000 \$²³;
- coût d'une seule greffe de foie : 121 732 \$ à 250 000 \$²⁴ plus les coûts d'une médication antirejet à vie;

17. Deux sondages nationaux commandés par le Programme de prévention de l'hépatite C de Santé Canada révèlent une diminution considérable des connaissances en matière d'hépatite C des Canadiens entre 1999 et 2001 (Santé Canada, 2003).

18. *ibid.*

19. Agence de santé publique du Canada, *Hépatite C : Questions souvent posées*. Disponible à : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/drhepc.html

20. Comité consultatif mixte, 3.

21. BC Centre for Disease Control, 9.

22. *ibid.*, 3.

23. *ibid.*, 3.

- dépenses engagées par le Canada pour des greffes de foie liées au VHC en 2000 : entre 14,9 millions \$ et 30,5 millions \$²⁵;
- dépenses annuelles engagées par le Canada en raison du VHC : 500 \$ millions²⁶.

Ces coûts ne représentent que la pointe de l'iceberg. Selon les épidémiologistes, la progression de la maladie chez les Canadiens présentement infectés donnera lieu à une augmentation spectaculaire et imminente des coûts :

- dès 2008, les cas actuels d'hépatite C au Canada auront provoqué une hausse de 92 % des cas de cirrhose, une hausse de 126 % des cas de cirrhose décompensée, une hausse de 246 % du nombre de patients ayant besoin d'une greffe hépatique et une hausse de 102 % des cas de cancer du foie, comparativement aux niveaux de 1998²⁷;
- dans l'ensemble, le VHC engendre des coûts annuels d'environ 500 \$ millions pour le système de santé du Canada. Selon les estimations, ce chiffre aura atteint le double d'ici 2010, soit 1 \$ milliard²⁸.

Lorsque le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C a pris fin en mars 2004, cela a provoqué un tel tollé dans la communauté de lutte contre le VHC que le financement, déjà insuffisant, a été prolongé d'un an jusqu'en 2005, puis de nouveau jusqu'au 31 mars 2006. Rien ne laisse supposer que le financement sera prolongé après cette date, sans parler de la mince possibilité qu'il soit augmenté pour combler des lacunes cruciales ou qu'il soit maintenu suffisamment longtemps pour donner lieu à des bénéfices durables.

IV. La solution

Il est clair que les contribuables canadiens patinent vite pour juguler une épidémie dont les coûts ne cessent d'augmenter – mais toutes les nouvelles ne sont pas mauvaises. Le VHC se distingue des autres maladies coûteuses en ce que :

- il est possible de prévenir l'hépatite C à 100 %;
- l'incidence de la maladie n'augmente pas en fonction de l'âge;
- le virus ne se transmet pas par de simples contacts;
- le risque de transmission sexuelle est faible comparativement au VIH et au virus de l'hépatite B;
- la plupart des nouveaux cas sont attribuables à une poignée de facteurs de risque qu'il est possible d'atténuer par le biais de l'éducation et de changements sociaux et comportementaux;
- entre 50 % et 80 % des personnes qui subissent un seul cycle de traitement parviennent à évacuer le virus; chez un nombre significatif de patients, il est même possible de réparer les lésions hépatiques²⁹;
- la détection et le traitement précoces donnent lieu à de meilleurs résultats thérapeutiques.

24. Comité consultatif mixte, 12.

25. Comité consultatif mixte, 12.

26. Comité consultatif mixte, 12.

27. S. Zou, M. Tepper et S. El Saadany, "Prediction Of Hepatitis C Burden in Canada," *Canadian Journal of Gastroenterology* 14 (juillet/août 2000), 7:575-580. Voir www.pulsus.com/Gastro/14_07/zou_ed.htm

28. Comité consultatif mixte, 6.

29. S. Nishiguchi, T. Kuroki, S. Nakatani, H. Morimoto, T. Takeda, S. Nakajima, S. Shiomi, S. Seki, et al. "Randomized Trial of Effects of Interferon-A on Incidence of Hepatocellular Carcinoma in Chronic Active Hepatitis C with Cirrhosis," *Lancet* 346 (1995), 1051-1055. Résumé disponible à : www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7564784&dopt=Citation

Les leçons apprises dans la lutte contre le VIH, tant au Canada qu'ailleurs, offrent également des raisons d'espérer :

- les initiatives de réduction des méfaits ont fait leurs preuves en ce qui concerne la réduction du nombre d'infections;
- grâce à l'éducation et au soutien, les personnes infectées jouissent d'une bonne santé pendant plus longtemps et souffrent de moins de complications coûteuses plus tard dans la vie;
- les investissements dans l'éducation continue du public portent fruit en ce qui a trait à la modification des comportements;
- la participation des populations à risque permet d'améliorer l'efficacité des programmes;
- les organismes communautaires n'ont pas d'égal quand il s'agit de mobiliser les populations à risque par le biais de messages qui leur sont spécifiquement adaptés;
- chaque personne infectée est uniquement positionnée pour faire avancer la cause de la prévention et peut s'engager à le faire si elle dispose des soutiens nécessaires.

Des analyses d'experts révèlent que des investissements stratégiques pourraient réduire les coûts prévus jusqu'à une fraction des niveaux actuels, ce qui permettrait des économies importantes sur le plan des taxes :

- chaque infection évitée équivaut à une économie de 1 million \$ en coûts médicaux et en productivité sur toute la durée de vie de la personne³⁰;
- chaque dollar dépensé pour un traitement combiné peut occasionner une économie de 4 \$ en coûts médicaux, compte tenu de la valeur actuelle du traitement et du total des dépenses en soins médicaux³¹;
- chez un patient typique, un traitement curatif fondé sur des médicaments de pointe se paie dans l'espace de 10 ans et ce, sans compter les avantages qu'on en tire en évitant une invalidité et des coûts liés à la perte de productivité. Cela tient compte du coût total des soins de santé engagés pour des patients qui répondent au traitement et ceux qui n'y répondent pas, ainsi que de la valeur actuelle des dépenses en soins de santé futures³³.

Le gouvernement du Canada, en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, peut et devrait adopter une stratégie exhaustive et coordonnée pour gérer le VHC dans ce pays, tant pour des raisons humanitaires que pour tirer le meilleur profit de ses ressources en soins de santé. Les éléments cruciaux d'une stratégie efficace comprendraient les suivants :

- la prévention de la maladie;
- l'implication de la communauté (y compris par le biais de projets de renforcement des capacités, d'éducation et de soutien aux communautés);
- des volets axés sur les soins, le traitement et le soutien;
- la recherche interdisciplinaire;
- la création d'un réseau national de prévention, de soins et de diffusion des résultats de recherche en matière d'hépatite C;
- la gestion de programmes.

30. BC Centre for Disease Control, 3.

31. S. Dulworth, S. Patel and B.S. Pyenson, *The Hepatitis C Epidemic: Looking at the Tip of the Iceberg*, Milliman & Robertson Inc. (Washington, D.C.: 2000), 1. Disponible à www.milliman.com/pubs/HRR03.pdf.

32. *ibid.*

V. Recommandations pour une nouvelle Stratégie canadienne sur l'hépatite C³⁴

La prévention de la maladie

Ressources fédérales requises : 5 \$ millions annuellement / 25 \$ millions sur 5 ans³⁴

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) devrait :

- travailler en partenariat avec les gouvernements provinciaux/territoriaux, les professionnels de la santé et les organismes communautaires pour créer et mettre sur pied des programmes d'éducation visant le grand public, les groupes à risque et les personnes vivant avec le VHC et abordant les sujets suivants :
 - les modes de transmission du VHC, y compris la transmission sexuelle et la transmission verticale (mère-enfant);
 - la co-infection par le VIH;
 - l'importance de passer un test de dépistage;
 - les options de prévention et de traitement;
 - le stigmate comme empêchement à la prévention et au traitement efficaces du VHC.

On doit faire examiner ces programmes par des spécialistes (*peer-reviewed*) pour s'assurer qu'ils sont accessibles en plusieurs langues et qu'ils sont adaptés aux différences culturelles, à divers styles d'apprentissage et à plusieurs niveaux d'alphabétisation;

- On doit soutenir et élargir les programmes de réduction des méfaits en s'assurant qu'ils disposent de ressources suffisantes en ce qui concerne le matériel de consommation de drogues. Les initiatives de réduction des méfaits comprennent l'échange et la distribution de seringues, la sensibilisation à la consommation sécuritaire du crack, les centres d'injection/consommation, les pratiques de tatouage sécuritaires et la lutte contre les barrières à l'accès chez les populations à risque, notamment dans les institutions correctionnelles canadiennes;
- On doit soutenir et élargir l'accès aux traitements de la toxicomanie, y compris :
 - la gestion du sevrage (détox);
 - l'accès aux traitement sur demande;
 - les programmes de substitution à la méthadone et à la buprénorphine (y compris des programmes à faible seuil) et des services de counseling aux patients externes et entre pairs;
 - des traitements de jour et à domicile;du soutien au logement, des soins médicaux continus et d'autres services de soutien.
- On doit impliquer les populations à risque dans les efforts de prévention en favorisant l'élaboration de programmes d'éducation à la prévention et des programmes d'entraide novateurs qui :
 - consacrent des ressources humaines et financières au renforcement durable des capacités, au partage des compétences et au réseautage chez les jeunes;
 - renforcent les capacités de diverses communautés cibles (y compris les jeunes, les résidents de régions rurales, les Autochtones, les gens de la rue, les personnes qui utilisent de drogues injectables, du crack et du crystal et les détenus) de façon à mobiliser leurs forces et leurs réseaux sociaux pour concevoir et

33. Un tableau résumant les dépenses stratégiques recommandées se trouve dans l'annexe A.

34. Si les initiatives de santé publique, les campagnes de sensibilisation et les activités de réduction des méfaits se trouvent toutes sous cette même rubrique, il se peut qu'on doive transférer des fonds à partir d'autres catégories.

- mettre sur pied des programmes qui ont des résonances dans ces communautés;
 - tiennent compte des déterminants de la santé (p. ex., le logement, la nutrition, la sécurité) qui contribuent aux comportements à risque et empêchent la prévention du VHC, les soins et le traitement;
 - abordent les barrières auxquelles les groupes marginalisés à risque font face lorsqu'ils tentent d'accéder aux programmes de réduction des méfaits, notamment chez les personnes incarcérées au Canada.
- On doit s'assurer que l'information, le soutien, les programmes d'échange et de distribution des seringues, l'éducation sur la consommation sécuritaire du crack et le matériel connexe, les alternatives aux drogues de la rue livrées sur ordonnance, les ressources axées sur la réduction des méfaits et le traitement de substitution à la méthadone et à la buprénorphine sont accessibles dans toutes les régions, tant urbaines que rurales. Ces initiatives doivent tenir compte des réalités rurales, notamment les besoins des populations à risque, les conditions climatiques extrêmes, le manque de transport en commun, le stigmata et les préoccupations particulières en matière de confidentialité;
- On doit éduquer et sensibiliser les fournisseurs de services (les travailleurs dans les contextes de soins, les prisons, les centres de jour et les refuges, ainsi que les pairs-éducateurs et les intervenants de rue) qui s'entretiennent souvent des questions suivantes avec les populations à risque :
 - les facteurs de risque associés au VHC;
 - la prévention des piqûres accidentelles dans les contextes professionnels;
 - le stigmata attaché au VHC comme empêchement à la prévention et au traitement efficaces;
 - l'efficacité des initiatives de réduction des méfaits.
- On doit incorporer toutes les stratégies préventives dans les programmes nouveaux et existants (aux échelles locale, provinciale et fédérale) qui sont axés sur ce qui suit :
 - la réduction des méfaits;
 - les pratiques sexuelles sécuritaires;
 - la promotion de la santé;
 - le soutien social et économique;
 - les populations particulièrement à risque de contracter le VHC;
 - le VIH et les autres maladies transmises par le sang et infectieuses.
- On doit débloquer de nouveaux fonds pour permettre aux organismes communautaires axés sur le VHC de participer à la Stratégie de renforcement des capacités de développement de vaccins préventifs et thérapeutiques contre le VIH, le VHC et le cancer;
- On doit fournir des fonds adéquats aux unités de santé publique canadiennes afin de :
 - améliorer la base de données de surveillance nationale;
 - améliorer les entrevues de surveillance réalisées auprès des personnes atteintes d'une hépatite B ou C aiguë;
 - éduquer, tester et immuniser les populations à risque contre les hépatite A et B;
 - favoriser la collaboration des unités de santé fédérales, provinciales et territoriales et d'autres agences provinciales pertinentes (p. ex., les BC Hepatitis Services) à la surveillance de la maladie, au dépistage et à la prévention;
 - rédiger, mettre en vigueur et appliquer des lignes directrices et des règlements réalistes sur le tatouage, le perçage, la modification corporelle et les soins des ongles.

L'implication de la communauté (y compris le Renforcement des capacités communautaires et l'Éducation et le soutien aux communautés)

Les organismes communautaires sont très bien positionnés pour éduquer et soutenir les groupes cibles et la population générale en ce qui a trait à la promotion de la santé et ce, de façon rentable.

En tant qu'alliés cruciaux du point de vue de la gestion des épidémies, ces organismes doivent recevoir des ressources suffisantes de l'ASPC pour renforcer leurs capacités, élaborer, mettre sur pied et évaluer des initiatives adaptées spécifiquement à leurs communautés respectives. Le financement devrait être structuré de sorte que les organismes qui réussissent à renforcer leurs capacités puissent amorcer une transition vers un cadre de financement de projet dans les années à venir.

Le renforcement des capacités communautaires

Ressources fédérales requises : 5 \$ millions annuellement / 25 \$ millions sur cinq ans³⁵

L'ASPC devrait assurer un financement suffisant aux organismes communautaires pour qu'ils puissent :

- renforcer leur capacité d'utiliser et de développer l'expertise existante en matière de VHC;
- impliquer les personnes vivant avec le VHC et les populations les plus à risque dans l'élaboration, la mise sur pied et l'évaluation des programmes (y compris des programmes « former les formateurs » s'adressant aux leaders de groupes d'entraide communautaires axés sur le VHC);
- établir des réseaux régionaux et nationaux composés d'organismes inclusifs et responsables qui représentent les personnes touchées par le VHC afin de :
 - partager connaissances et ressources;
 - mettre en évidence les préoccupations locales et régionales;
 - collaborer avec les responsables des autres initiatives nationales et conseiller les décideurs.

L'éducation et le soutien aux communautés

Ressources fédérales requises : 18 \$ millions annuellement / 90 \$ millions sur cinq ans³⁶

L'ASPC devrait assurer un financement adéquat et durable aux organismes communautaires pour qu'ils puissent :

- créer et mettre sur pied des services d'information sur le VHC qui ont recours à plusieurs méthodes, y compris le téléphone, l'Internet et des services d'éducation et de soutien en direct pour les patients et la population générale;
- créer et mettre sur pied un « programme des patients experts » et le coordonner, dans la mesure du possible, avec des programmes d'éducation/promotion de la santé existants axés sur d'autres maladies chroniques, afin d'aider les personnes vivant avec le VHC à mieux naviguer dans le système de santé et à améliorer leur capacité de se prendre en charge;
- collaborer avec d'autres programmes/organismes pertinents, notamment ceux axés sur la réduction des méfaits, le VIH/sida et d'autres maladies, la santé publique, les Autochtones, les jeunes, la toxicomanie, la défense des droits des détenus, la santé mentale et la pauvreté;
- collaborer avec les éducateurs sanitaires à l'élaboration et à la distribution de programmes d'enseignement destinés aux étudiants en médecine/sciences infirmières/soins dentaires et de programmes de formation médicale continue;

35. Si les initiatives de santé publique, les campagnes de sensibilisation et les activités de réduction des méfaits se trouvent toutes sous cette même rubrique, il se peut qu'on doive transférer des fonds à partir d'autres catégories.

36. En 2000-2001, 78 projets communautaires ont été financés. Beaucoup d'autres n'ont pas eu accès à un financement. Si on prévoit un financement de 100 projets/programmes à l'échelle nationale, au coût de 150 000 \$ par année, le financement total requis s'élève à 15 \$ millions.

- apprendre aux travailleurs de la santé et aux fournisseurs de services alliés (y compris les intervenants des domaines de la santé mentale, de la toxicomanie, du travail social, de l'entraide entre pairs, des hospices et d'autres organismes communautaires) à travailler auprès des personnes qui utilisent de drogues (notamment les drogues injectables illicites et les stéroïdes), à connaître les diverses approches de traitement de la toxicomanie, à comprendre les besoins des patients en traitement antiviral, ainsi que le vécu des personnes infectées par le VHC;
- contribuer à concevoir des programmes d'éducation à la prévention du VHC pour les écoles, y compris l'enseignement des « précautions universelles » de base dans les écoles primaires et l'enseignement de la prévention/réduction des méfaits et des compétences de négociation/refus dans les écoles secondaires. Ces derniers devraient comporter un volet « former les formateurs » pour faciliter l'établissement de réseaux de pairs-éducateurs, notamment dans les régions rurales;
- développer des initiatives d'éducation par les pairs à l'intention des jeunes en dehors du système scolaire conventionnel, notamment les jeunes détenus, les jeunes de la rue et les adeptes d'activités à risque comme l'utilisation de drogues injectables et l'art corporel;
- établir des programmes d'éducation et des pratiques d'aiguillage réciproques entre les domaines suivants : santé mentale, toxicomanie, nutrition, soins dentaires, psychothérapie et counseling, soins infirmiers communautaires, soins à domicile et hospices, surtout dans le but d'améliorer les résultats des traitements;
- s'assurer que tous les programmes et le matériel pédagogiques sont adaptés à plusieurs niveaux d'alphabétisme, styles d'apprentissage et langues;
- soutenir le travail des cliniques de soins aux personnes vivant avec le VHC (voir ci-dessous);
- contribuer à développer, avec le soutien financé de l'ASPC, une campagne nationale de sensibilisation aux facteurs de risque et à l'importance de se faire tester qui comprend des messages élaborés avec l'apport des jeunes et les visant;
- contribuer au développement continu du Centre canadien d'information sur l'hépatite C;
- collaborer avec les ministères des Ressources humaines provinciaux et territoriaux et le régime de pension du Canada pour s'assurer que l'infection chronique au VHC est reconnu comme une invalidité épisodique admissible aux prestations d'invalidité;
- collaborer avec d'autres ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux pour favoriser les déterminants de la santé qui sont cruciaux au succès du traitement (p. ex., un logement sécuritaire pour les personnes vivant avec le VHC et les jeunes à risque).

Les soins, le traitement et le soutien

Ressources fédérales requises : 5 \$ millions annuellement / 25 \$ millions sur cinq ans

Les personnes vivant avec le VHC ont besoin d'un grand éventail de services de santé allant du test diagnostique aux soins spécialisés en passant par les soins prolongés dans la communauté. Parmi les services de santé essentiels, mentionnons :

- un traitement par médicaments antiviraux pour tous les patients chez qui il est susceptible d'être bénéfique;
- des soutiens avant, pendant et après le traitement antiviral;
- des soins pour les personnes jugées inadmissibles au traitement antiviral ou chez qui ce dernier serait contre-indiqué;
- des soins pour les personnes éprouvant un échec thérapeutique;
- des soins pour les personnes qui choisissent de ne pas prendre de médicaments.

Pour s'assurer que les services axés sur le VHC répondent aux besoins réels, les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, les instances de réglementation des professions de la santé et les organismes de santé non gouvernementaux devraient prendre les mesures suivantes :

- établir un réseau de cliniques VHC offrant une approche de gestion des soins alternative (équipe multidisciplinaire, infirmières praticiennes, équipe centrale/équipe étendue, etc.), ainsi qu'un accès aux spécialistes du VHC, aux infirmières, aux conseillers, aux dentistes, aux nutritionnistes, aux travailleurs sociaux et à d'autres services connexes;
- assurer un financement adéquat pour le dépistage, le counseling pré- et post-test et l'analyse diagnostique des échantillons de sang;
- établir et mettre à jour régulièrement les protocoles/lignes directrices sur l'examen, le dépistage, l'établissement du profil sanguin, la tenue des dossiers, l'aiguillage, le traitement et le suivi;
- assurer un accès équitable aux médicaments, aux soins et aux traitements dans toutes les juridictions en privilégiant les programmes de télé-santé et les consultations par Internet dans les communautés rurales et éloignées;
- chercher des possibilités de collaboration et de coopération qui tiennent compte des enjeux d'autonomie culturelle pour que les Autochtones canadiens vivant sur des réserves et ailleurs puissent connaître les mêmes bénéfices;
- élaborer et employer des modèles de facturation alternatifs pour les soins et le traitement des maladies chroniques comme le VHC qui exigent beaucoup de travail de la part des médecins;
- financer l'élaboration et la mise sur pied de programmes favorisant l'éducation, l'autonomie et le bien-être des patients;
- faire appel au personnel adéquatement formé d'organismes communautaires pour fournir des services d'éducation et de soutien de base sur les traitements tout en faisant appel aux professionnels médicaux pour aborder les questions médicales complexes afin de favoriser la prise en charge du plus grand nombre de patients possible;
- incorporer des initiatives plus robustes de prévention, d'éducation, de soutien, de gestion des soins et de recherche sur le VHC dans la gestion des maladies chroniques et les initiatives de réforme des soins primaires;
- faire la promotion du don d'organe et aider les services de transplantation à accroître leur capacité de répondre à la demande de greffes hépatiques;
- améliorer la coordination des soins et le partage de l'expertise en matière de co-infection VHC/VIH;
- recruter et subventionner des médecins pour suivre une formation de spécialiste en hépatologie afin de répondre à l'augmentation prévue de la demande;
- augmenter les ressources consacrées au traitement des jeunes toxicomanes et pour favoriser le renforcement des capacités, le partage des compétences et le réseautage chez les jeunes. Diverses communautés de jeunes (régions urbaines et rurales, Autochtones, jeunes de la rue, jeunes détenus) doivent être impliquées dans l'élaboration des politiques et des programmes pour en assurer la viabilité;
- éduquer les médecins de soins primaires sur la prestation des soins et des traitements dans le contexte du VHC et les mettre en contact avec des hépatologues pour des consultations.

La recherche interdisciplinaire

Ressources fédérales requises : 5 \$ millions annuellement / 25 \$ millions sur cinq ans (en plus d'un financement additionnel pour mettre sur pied le CCAARI – voir ci-dessous et le document original sur le CCAARI).

Afin d'améliorer notre compréhension du VHC, des progrès thérapeutiques et de l'efficacité des interventions, l'ASPC devrait continuer de financer la recherche interdisciplinaire en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada.

Le Comité consultatif mixte (CCM) de Santé Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada³⁷ a formulé une proposition exhaustive visant l'établissement d'un Cadre de collaboration pour l'avancement et l'application de la recherche et de l'innovation (CCAARI) national pour orienter le développement et l'application des meilleures pratiques et faciliter l'intégration des activités reliées à la prévention du VHC, aux soins et au traitement. Ce projet disposerait d'un budget distinct.

L'ASPC devrait mettre en application l'ensemble de ces recommandations en allouant prioritairement des fonds à la recherche sur :

- des stratégies d'action visant à améliorer la surveillance post-approbation et la déclaration des effets indésirables;
- le stigmatisme et son rapport à la gestion de l'épidémie et les résultats cliniques observés chez les personnes vivant avec le VHC;
- les interactions éventuelles entre les antiviraux et les drogues illicites et leur impact sur le traitement efficace des personnes qui utilisent les drogues injectables;
- les risques et les modes de transmission verticale, la clairance virale chez les enfants, l'allaitement, le traitement des enfants atteints d'une infection au VHC à progression rapide, les risques de transmission, l'histoire naturelle, les symptômes, le rôle des taux hormonaux, l'utilisation de contraceptifs, les stratégies de dépistage, les soins aux femmes enceintes et la reproduction assistée;
- les liens entre l'âge, le sexe, la progression de la maladie et le traitement.

L'ASPC devrait également soutenir des partenariats de recherche entre les programmes universitaires et les organismes communautaires. Entre autres, ces partenariats devraient favoriser l'élaboration et l'application d'outils d'évaluation et de projets de recherche communautaire en plus d'assurer l'apport des patients, de leurs pairs et des communautés.

37. Comité consultatif mixte de l'Initiative de recherche sur l'hépatite C de Santé Canada et des IRSC, Hepatitis C As A Roadmap For Integrated Communicable Disease Prevention And Control: A Strategy For The Renewal Of The Health Canada/Canadian Institutes Of Health Research (CIHR) Research Initiative On Hepatitis C (20 janvier 2005).

La gestion de programmes

Ressources fédérales requises : 4,5 \$ millions annuellement / 22,5 \$ millions sur cinq ans

Pour maintenir une stratégie canadienne rentable et adaptable sur l'hépatite C, l'ASPC a besoin de 4,5 \$ millions annuellement. Les priorités de ce financement devraient être les suivantes :

- des projets pilotes novateurs;
- une forte composante axée sur le renforcement des capacités des organismes communautaires;
- le financement de projets spécifiques et un financement opérationnel pluriannuel, sous réserve d'une évaluation favorable des programmes.

Afin de rentabiliser le plus possible les investissements publics dans la lutte contre le VHC, l'ASPC devrait assurer l'accès à un financement de projet complet, dans le cadre de tout cycle de financement de trois ans, aux organismes communautaires qui répondent aux critères suivants :

- renforcement approprié des capacités et élaboration de plans de travail et de mise sur pied bien fondés;
- transparence, responsabilité et reddition de comptes en temps opportun;
- résultats d'évaluation favorables.

Pour que la réponse nationale au VHC soit vraiment intégrée, l'ASPC doit également :

- soutenir les collaborations entre les stratégies et les initiatives connexes (p. ex., la Stratégie canadienne antidrogue, l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada);
- créer des mécanismes pour favoriser les partenariats entre les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, le Solliciteur Général, les services sociaux et de santé mentale et la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits;
- réduire la répétition des efforts en assurant un accès facile aux ressources d'information existantes;
- mettre l'accent, dans tous ses projets liés au VHC, sur les occasions de perfectionnement des compétences régulières, le partage des meilleures pratiques et le réseautage régional et national;
- reconnaître et soutenir une gamme de modèles de partenariats et de processus de développement.

Annexe A

Programme	Montant annuel	Total sur cinq ans
Prévention de la maladie	5 \$ millions	25 \$ millions
Renforcement des capacités communautaires	5 \$ millions	25 \$ millions
Éducation et soutien communautaires	18 \$ millions	90 \$ millions
Soins, traitement et soutien	5 \$ millions	25 \$ millions
Recherche interdisciplinaire - IRSC	5 \$ millions	25 \$ millions
Gestion de programmes	4,5 \$ millions	22,5 \$ millions
Réseau national de prévention, de soins et de diffusion des résultats de recherche en matière d'hépatite C (voir le document sur le CCAARI)	Voir le document du CCAARI	Voir le document du CCAARI
Total	37,5 \$ millions (+ fonds additionnels pour le CCAARI)	187,5 \$ millions (+ fonds additionnels pour le CFAARI)

Références

- Agence de santé publique du Canada, *Information sur l'hépatite C : Infection par le virus de l'hépatite C*. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/virus_info.html. Ottawa : Santé Canada. Document lu le 29 août 2005.
- Agence de santé publique du Canada, *Hépatite C : Question souvent posées*. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/drhepc.html. Ottawa : Santé Canada. Document lu le 29 août 2005.
- BC Centre for Disease Control. *A Hepatitis Strategy for British Columbia*. Vancouver, C.-B. : BC Centre for Disease Control, 1999. Disponible à : www.bccdc.org/download.php?item=359&PHPSESSID=82c5cec6cd720f4a3f08a3be7a4ef557 Document lu le 29 août 2005.
- Bell, Beth P. Centers for Disease Control and Prevention, Andre N. Sofair, Connecticut Emerging Infections Program and Yale University School of Medicine. Document présenté lors de la conférence de l'American Association for the Study of Liver Diseases, Boston, MA, du 24 au 28 octobre 2003. Disponible à www.natap.org/2003/AASLD/day6_5.htm. Document lu le 29 août 2005.
- Bica, I., B. McGovern, R. Dhar, D. Stone, K. McGowan, R. Scheib, D.R. Snyderman "Increasing mortality due to end-stage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection." *Clinical Infectious Diseases* 2001;32(3):492-497. Résumé disponible à www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11170959&query_hl=1 Document lu le 29 août 2005.
- Comité consultatif mixte de l'Initiative de recherche sur l'hépatite C de Santé Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada. *Hepatitis C As A Roadmap for Integrated Communicable Disease Prevention and Control: A Strategy for the Renewal of the Health Canada/Canadian Institutes of Health Research (CIHR) Research Initiative On Hepatitis C*. Ottawa : 2005.
- Dulworth, S., S. Patel and B.S. Pyenson. *The Hepatitis C Epidemic: Looking at the Tip of the Iceberg*. Washington, D.C.: Milliman & Robertson Inc., 2000. Disponible à : www.milliman.com/pubs/HRR03.pdf. Document lu le 29 août 2005.
- Family Practice Inquiries Network. "Clinical inquiries: What are the current treatment And monitoring recommendations for Hepatitis C Virus (HCV)?" *Journal of Family Practice*. Ville ? Novembre 2001. Disponible à www.findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_11_50/ai_80531393 Document lu le 29 août 2005.
- Hepatology Watch, Special Issue: Highlights of Roche Satellite Symposia*, le 19 octobre 2001, ACG Annual Meeting: Progress in the Management of Hepatitis C. 2001 AASLD Annual Meeting: Pegylated Interferons in HCV-Treatment Outcomes Dallas, Texas, le 12 novembre 2001. Disponible à www.hepwatch.com/Special%20Issue.htm. Document lu le 29 août 2005.
- Jacobson, I.M., F. Ahmed, M.W. Russo et coll. "Pegylated interferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic Hepatitis C: A trial in prior nonresponders to interferon monotherapy or combination therapy and in combination therapy in nonresponders: Final results." *Gastroenterology* 2003;124: A-714.
- Nishiguchi, S., T. Kuroki, S. Nakatani, H. Morimoto, T. Takeda, S. Nakajima, S. Shiomi, S. Seki, et coll. "Randomized trial of effects of interferon-A on incidence of hepatocellular carcinoma in chronic active Hepatitis C with cirrhosis." *Lancet* 1995; 346:1051-1055. Résumé disponible à www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7564784&dopt=Citation Document lu le 29 août 2005.
- Pradat, P., T. Poynard, A. Alberti, J. I. Esteban, P. Marcellin, O. Weiland, S. Badalamenti, and C. Trepo. "Predictive Value of ALT Levels for Histological Findings in Chronic Hepatitis C: A European Collaborative Study." *Hepatology*. Hotel-Dieu, Lyon, France : 2001. Document présenté lors de la 36e assemblée annuelle de l'European Association for the Study of the Liver, du 18 au 22 avril 2001. Résumé disponible à www.natap.org/2001/36theasl/alt_levels050101.htm Voir aussi Pradat P, Alberti A, Poynard T, Esteban JI, Weiland O, Marcellin P, et coll. "Predictive value of ALT levels for histologic findings in chronic hepatitis C: A European collaborative study." *Hepatology* 2002; 36:973-7.
- Remis, R.S. *A Study to Characterize the Epidemiology of Hepatitis C Infection in Canada, 2002. Final Report*. Ottawa : Santé Canada, 2004.
- Remis, R.S. *Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*. Toronto : Santé Canada, 2001. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/hivhcvraport.pdf. Document lu le 29 août 2005.
- Santé Canada. *Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C : Informez-vous : Rapport d'évaluation intérimaire*. Ottawa : Santé Canada, 2003. Disponible à www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/hepcInterimaire/index.html Document lu le 29 août 2005.
- Zou, S., M. Tepper et S. El Saadany, "Prediction Of Hepatitis C Burden In Canada," *Canadian Journal of Gastroenterology* 14:7. juillet/août 2000. Disponible à www.pulsus.com/Gastro/14_07/zou_ed.htm. Document lu le 29 août 2005.