

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Infection au virus de l'hépatite C (VHC) et consommation de drogues illicites



Cette fiche de renseignements a été préparée par Mme Emma Haydon et le Dr Benedikt Fischer, ainsi que par le Dr Mel Krajden† pour le compte du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Elle vise à donner un bref aperçu des principaux faits empiriques sur les divers liens en matière de recherche, de programme et de politique entre le VHC et la consommation de drogues illicites au Canada.*

Information sur la maladie de l'hépatite C

- L'hépatite C est une maladie du foie causée par la présence du virus de l'hépatite C (VHC) dans le sang d'une personne infectée. Lorsqu'elle a d'abord été découverte dans les années 70, cette maladie était connue sous le nom d'hépatite non-A-non-B, et depuis 1989, le virus est connu sous le nom de VHC.
- Dans le cas où elle n'est pas traitée, l'infection au VHC devient chronique dans 50 à 85 % des cas, causant de graves maladies ou le décès dans une sous-population de porteurs du virus¹.
 - 10 à 20 % des personnes infectées développent une cirrhose du foie (cicatrisation) dans les 10 à 20 ans suivant le début de l'infection.
 - 5 à 10 % des personnes souffrant de cirrhose du foie développent un cancer du foie (carcinome hépatocellulaire).
 - En 2002, on estime qu'il y a eu entre 400 et 450 décès directement liés au VHC, et on s'attend à ce que ce nombre augmente au cours des prochaines années; le nombre de décès indirectement liés au VHC est beaucoup plus élevé, mais difficile à évaluer².
- Il existe au moins six grandes variations du VHC (appelées génotypes) et plusieurs sous-types. Ils varient selon la région. En Amérique du Nord, les variations de l'infection au VHC sont principalement regroupées en deux catégories : le génotype 1 (approximativement 65 à 70 %) et les génotypes 2 et 3 (30 à 35 %); les autres représentent un très petit pourcentage des cas.

Prévalence

- Environ 130 à 170 millions de personnes dans le monde présentent une infection au VHC.
- Au Canada, environ 0,8 à 1,0 % de la population (approximativement 250 000 à 300 000 personnes) présente une infection au VHC; environ un tiers de ces personnes ne savent pas qu'elles ont une infection puisqu'elles n'ont jamais subi de test.

*Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et Université de Toronto

† Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique

- Au Canada, on estime qu'entre 5 000 et 10 000 personnes présentent une co-infection au VHC et au VIH; il y a approximativement 55 000 personnes qui présentent une infection au VIH au Canada dans l'ensemble.
- Étant donné la longue période d'incubation entre l'infection au VHC et l'apparition des symptômes, on prévoit que le fardeau morbide ainsi que les coûts sociaux associés au VHC au Canada continueront d'augmenter de façon constante au cours des années à venir.

Facteurs de risque

- La consommation de drogues injectables est le plus grand facteur de risque de transmission du VHC. Plus de la moitié des cas courants de VHC et trois nouvelles infections sur quatre sont liés à la consommation de drogues injectables au Canada^{2,3}. Les autres voies de transmission incluent notamment l'utilisation de drogues non injectables, la réception de produits sanguins thérapeutiques infectés, la transmission sexuelle, les blessures accidentelles et la transmission verticale (de la mère à l'enfant).
- Chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI), le VHC est transmise par l'échange de seringues et d'autre matériel nécessaire à l'injection (p. ex., eau, coton, etc.) qui entrent en contact avec des particules de sang infecté et qui sont porteurs de ces mêmes particules. Plus la période de consommation de drogues injectables est longue chez une personne, plus le risque de contracter le VHC est élevé (les six premiers mois représentent une période critique).
- La consommation intranasale (p. ex., « renifler » de la cocaïne) et l'administration de drogues par voie orale (p. ex., « fumer » du crack) sont également des véhicules possibles de transmission du VHC et pourraient expliquer certains des cas « inconnus »⁴. Les particules de sang infecté peuvent voyager par l'échange de pipes pour la consommation de crack ou de pailles pour la consommation de cocaïne.
- Le risque de transmission du VHC chez les UDI est aggravé par certains facteurs individuels (p. ex., co-infection au VIH, état du système immunitaire, étendue des comportements à risque), de même que par certaines caractéristiques sociales, y compris, par exemple, l'appartenance ethnique des Autochtones, l'itinérance et l'exposition aux milieux correctionnels.

Populations d'utilisateurs de drogues injectables

- Un examen des études internationales révèle que 50 à 95 % des UDI présentent une infection au VHC⁵.
- Les études menées auprès des populations canadiennes d'utilisateurs de drogues injectables révèlent des chiffres similaires. Par exemple, une étude de cohorte menée auprès de 1 345 UDI à Vancouver, la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS), a révélé que 81,6 % de ces personnes présentaient des anticorps du VHC (une mesure de l'infection au VHC) lors du recrutement⁶. Une étude de cohorte ouverte menée auprès des UDI à Montréal a révélé que 70 % de ces utilisateurs possédaient l'anticorps anti-VHC positif⁷. Une cohorte d'utilisateurs d'opioïdes illicites dans cinq villes à l'échelle du Canada a révélé un taux de base positif d'anticorps du VHC (à l'aide de tests de la salive) se situant entre 44,1 % et 73,7 %⁸.
- Sur une période de suivi de trois ans (1996-1999), les cas de VHC négatifs à l'origine dans la VIDUS ont révélé un taux d'incidence de nouvelles infections au VHC de plus de 16 années-personnes sur 100⁶.

Mesures de prévention du VHC

Diverses mesures de prévention du VHC ont été développées; elles sont principalement axées sur la consommation de drogues injectables, puisque les produits sanguins thérapeutiques ont été essentiellement éliminés à titre de source de transmission :

- Nettoyer les seringues avec de l'eau de Javel afin de « tuer » le VHC et le VIH. Toutefois, cette méthode fonctionne seulement si les procédures de stérilisation sont respectées à la lettre (c.-à-d.,

utilisation d'eau de Javel non diluée, exposition suffisante du virus à l'eau de Javel, etc.)^{9,10}; d'autres mesures de prévention plus efficaces sont donc privilégiées.

- Les programmes d'échange de seringues (PES) existent depuis les années 80 et sont offerts à l'échelle du Canada. Les PES offrent des seringues stérilisées (et d'autre matériel d'injection) aux UDI afin de réduire l'échange ou la réutilisation d'un tel matériel. Les données probantes tirées de recherches suggèrent que les PES représentent une intervention efficace mais insuffisante contre la transmission de la maladie; leur degré d'efficacité dépend également de plusieurs facteurs, notamment, les politiques des programmes, les services auxiliaires, l'étendue du soutien policier, etc.¹¹. On dispose également de très peu de données probantes sur le rôle des PES dans la réduction de la transmission du VHC⁶.
- Encourager les UDI à consommer des drogues par des moyens autres que l'injection (bien que cela n'élimine pas entièrement les risques associés au VHC) est une façon pragmatique de réduire le risque de transmission du VHC.
- Les programmes de traitement des toxicomanies (p. ex., traitement d'entretien à la méthadone pour les utilisateurs d'opioïdes illicites) sont efficaces pour ce qui est de réduire les risques de transmission de maladies infectieuses chez les clients puisqu'ils réduisent les épisodes de consommation de drogues illicites¹².
- Dans certaines villes canadiennes, la distribution de matériel pour la consommation de drogues aux fumeurs de crack (trousses pour la consommation à risques réduits de crack – « Safer Crack Use Kits ») a commencé ou fait actuellement l'objet de discussions. La justification de la santé publique est similaire à celle des PES, visant à réduire le partage de matériel servant à fumer du crack afin d'éviter la transmission de maladies infectieuses par ce moyen de consommation¹³.
- À Vancouver, un centre d'injection supervisé (CIS) faisant l'objet d'un projet pilote a ouvert ses portes à l'automne 2003, suivant des centres modèles en Australie et dans les pays européens. Un des objectifs de ce centre est de permettre aux utilisateurs de s'injecter leurs drogues de façon plus sécuritaire et proprement, réduisant ainsi la mortalité et la morbidité (y compris la transmission du VHC)¹⁴.
- Dans les établissements correctionnels canadiens, l'eau de Javel est offerte afin de réduire la transmission de maladies infectieuses véhiculées par le sang; toutefois, comme il a été discuté, les données sur l'efficacité et l'efficience de l'eau de Javel sont peu documentées¹⁵. La méthadone est également offerte aux délinquants, le cas échéant. Étant donné la nature à risque, continue et importante de la consommation de drogues dans les établissements correctionnels, le système correctionnel du Canada subit des pressions pour suivre d'autres pays et mettre en œuvre des PES¹⁶.

Traitement de l'infection chronique au VHC

- Le traitement avant-gardiste actuel du VHC est une combinaison de peginterféron (PEG-Interféron) et de ribavirine^{17,18}.
- Les génotypes du VHC sont d'importants facteurs des résultats de traitements. Le génotype 1 exige une thérapie au peginterféron /à la ribavirine d'une période de 48 semaines ayant une probabilité de 40 à 45 % de « réponse virale soutenue » (RVS), ce qui signifie que le virus a été considérablement réduit dans la circulation sanguine après la réalisation du traitement; en comparaison, les génotypes 2 et 3 exigent 24 semaines de thérapie et 75 à 80 % des personnes traitées obtiennent une RVS¹⁹. Par conséquent, certains spécialistes se réfèrent maintenant au VHC comme étant une « maladie guérissable ».
- Jusqu'à récemment, les consommateurs de drogues illicites étaient considérés inadmissibles au traitement du VHC²⁰, principalement en raison de préoccupations concernant l'adhésion au traitement, la disposition à éprouver des effets secondaires psychiatriques et le risque de nouvelle infection au VHC²¹. Toutefois, des données probantes récentes suggèrent que ces risques peuvent être efficacement gérés par des équipes interdisciplinaires dans le domaine de l'hépatologie, de la consommation de substances et de la santé mentale. On peut également contribuer aux efforts de

traitement en incorporant le traitement du VHC au sein des programmes de traitement des toxicomanies (p. ex., programmes de traitement d'entretien à la méthadone — TEM)²².

- Quelques études ont révélé que les utilisateurs de drogues injectables (qu'il s'agisse d'utilisateurs actifs ou ceux actuellement en TEM) obtiennent des taux de résultat et des taux d'achèvement relativement au traitement du VHC qui sont similaires à ceux des échantillons de patients de la collectivité en général; en se fondant sur ces données probantes, de tels traitements semblent être efficaces tant pour les utilisateurs de drogues que pour la population en général^{23,24}.
- Comme le montrent les lignes directrices récentes de spécialistes au Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde, il y a un urgent besoin de considérer le traitement du VHC à l'intention des utilisateurs de drogues illicites à titre d'outil visant la mise au point d'un remède virologique et la prévention de la transmission continue²². De tels efforts nécessiteront des changements considérables aux attitudes et aux pratiques d'un système de traitement où les utilisateurs de drogues illicites sont exclus afin d'éliminer les obstacles au traitement.

VHC et consommation de drogues illicites — santé publique, politiques et recherches

- Les efforts déployés en vue de réduire le fardeau de la maladie lié au VHC doivent correspondre aux besoins de prévention, de soins et de traitement particuliers des utilisateurs de drogues illicites. Des ajustements fondamentaux doivent être apportés par le système de soins médicaux du VHC; il a été démontré que le traitement du VHC à l'intention des utilisateurs de drogues illicites est faisable et efficace s'il est offert de façon appropriée, bien qu'il requiert des dispositions nécessaires dans la prestation et le contexte du traitement afin que les besoins particuliers des utilisateurs soient comblés.
- Un programme de réduction des méfaits complet incluant des PES, le TEM et des CIS ainsi que des besoins de traitement ciblés doivent être évalués davantage afin de trouver la façon la plus efficace de réduire le VHC et la transmission d'autres agents véhiculés par le sang. La disponibilité et l'accessibilité étendues de telles interventions doivent aller de paire avec les normes relatives aux pratiques exemplaires et l'éducation de l'utilisateur.
- Chez certaines populations (p. ex., détenus, Autochtones, utilisateurs de drogues sans abri), les risques de transmission du VHC sont très courants, les interventions ciblées (p. ex., seringues stérilisées dans les établissements correctionnels) n'étant pas actuellement offertes ou suffisamment efficaces. La mise au point et/ou la mise en œuvre de telles interventions sont urgentes.
- On a besoin de recherches systématiques sur les risques et les facteurs particuliers de la transmission du VHC par la consommation de drogues autres que les drogues injectables (p. ex., fumer du crack), de même que sur l'utilité d'interventions comme les « trousse pour la consommation à risques réduits de crack » afin de permettre l'établissement de programmes et de politiques fondés sur des données probantes.

Sources

1. **Seeff, L.B.** L'histoire naturelle de l'hépatite C. *Hépatologie* 1997; 26 (Suppl. 1) : 21S-28S.
2. **Remis, R.** A study to characterize the epidemiology of hepatitis C infection in Canada, 2002. Rapport final. 2004. Ottawa : Santé Canada.
3. **Zou, S., Forrester, L., Giulivi, A.** Hepatitis C update. *Revue canadienne de santé publique* 2003; 94(2) :127-129.
4. **Tortu, S., McMahon, J., Pouget, E., Hamid, R.** Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance Use & Misuse* 2004; 39(2) :211-224.
5. **Hagan, H.** Hepatitis C virus transmission dynamics in injection drug users. *Substance Use & Misuse* 1998; 35(5) : 1197-1212.

6. **Patrick, D.M., Tyndall, M.W., Cornelisse, P.G.A., Li, K., Sherlock, C.H., Rekart, M.L. et coll.** Incidence of Hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2001; 165(7) :889-895.
7. **Lamothe, F., Vincelette, J., Bruneau, J., et coll.** Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc Cohort (résumé 221). 6^e conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/SIDA, mai 1997. *Journal canadien des maladies infectieuses* 1997; 8 (Suppl. A) :28A.
8. **Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N. et coll.** Illicit opioid use in Canada : Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (étude de l'OPICAN). *Journal of Urban Health*. Sous presse.
9. **Carlson, R., Wang, J., Siegal, H., Falck, R.** A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *AIDS Education and Prevention* 1998; 10(6) : 523-532.
10. **Jamner, M., Corby, N., Wolitski, R.** Bleaching injection equipment : influencing factors among IDUs who share. *Substance Use & Misuse* 1996; 31(14) : 1973-1993.
11. **Vlahov, D., Junge, B.** The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Reports* 1998; 113 (Supplément 1).
12. **Marsch, L.** The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998; 93(4): 515-532.
13. **Fischer, B., Remis, R., Haydon, E.** Hepatitis C, illegale Drogen und marginalisierte Populationen in Kanada: Ein kurzer Überblick zu Epidemiologie, Prävention und Behandlung. Dans : Stover Heal, (Ed.) Tagungsband zum 1. Internationalen Fachtag zu Hepatitis C. Berlin : 2004.
14. **Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., Robins, A.** Safer Injection Facilities (SIFs) for Injection Drug Users (IDUs) in Canada : A review and call for an evidence-focused pilot trial. *Revue canadienne de santé publique* 2002; 93(5) :336-338.
15. **Kapadia, R., Vlahov, D., Des Jarlais, D., Strathdee, S.A., Ouellet, L., Kerndt, P. et coll.** Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002; 13(6) :738-741.
16. **Lines, R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D., Nelles, J.** L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. 2004. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida.
17. **Fried, M.W., Shiffman, M.L., Reddy, R.K., Weinstein, J., Crippin, J., Garcia, G. et coll.** Pegylated (40kDa) interferon alfa-2a (Pegasys) in combination with ribavirin : efficacy and safety results from a phase III, randomized, actively controlled, multi-center study. *Gastroenterology* 2001; 5 (Suppl. 1) :55.
18. **Manns, M.P., McHutchison, J.G., Gordon, S.C., Rustgi, V.K., Shiffman, M., Reindollar, R. et coll.** Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C : a randomised trial. *Lancet* 2001; 358:958-965.
19. **Davis, G.L., Esteban-Mur, R., Rustgi, V.K., Hoefs, J., Gordon, S.C., Trepo, C. et coll.** Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin for the treatment of relapse of chronic hepatitis C. *New England Journal of Medicine* 1998; 339(21) :1493-1499.
20. **Sherman, M., Bain, V., Villeneuve, J-P., Myers, R., Cooper, C., Martin, S. et coll.** Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus. 2004. Toronto : Association canadienne pour l'étude du foie.
21. **Edlin, B.R., Seal, K.H., Lorvick, J., Kral, A.H., Ciccarone, D.H., Moore, L.D. et coll.** Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *New England Journal of Medicine* 2001; 345(3) :211-214.
22. **Fischer, B., Haydon, E., Rehm, J., Kraiden, M., Reimer, J.** Injection drug use and the hepatitis C virus : Considerations for a targeted treatment approach—The case study of Canada. *Journal of Urban Health* 2004; 81(3) :428-447.
23. **Backmund, M., Meyer, K., von Zielonka, M., Eichenlaub, D.** Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. *Hepatology* 2001; 34(1) :188-193.
24. **Sylvestre, D., Loftis, J., Hauser, P., Genser, S., Cesari, H., Borek, N. et coll.** Co-occurring hepatitis C, substance use, and psychiatric illness : Treatment issues and developing integrated models of care. *Journal of Urban Health* 2004; 81(4) :719-734.

Liens suggérés

- Services de santé de la C.-B. — Clinical Management Guidelines for Hep C : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/hepc/hepatitis_c.pdf
- Canadian Hepatitis Information Network : www.hepnet.com
- Association canadienne pour l'étude du foie (y compris un lien vers la Conférence canadienne de consensus 2004 sur les hépatites virales) : www.hepatology.ca
- The Canadian Harm Reduction Network : www.canadianharmreduction.com
- Fondation canadienne du foie : www.liver.ca
- The Hepatitis C Information Network : www.hepnet.com
- Site Web d'information sur le VIH et l'hépatite C : www.hivandhepatitis.com
- National Canadian Research Training Program in Hepatitis C : www.ncrtp-hepc.ca
- NIH Consensus Statement on Hep C (2002) : www.consensus.nih.gov/cons/116/116cdc_intro.htm
- http://www.harmreduction.org/pamphlets/html_presentation_folder/
- Agence de santé publique du Canada — Centre de documentation sur l'hépatite C : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/pdf/hepcInformation/

Cette fiche de renseignements a été publiée pour la première fois en mars 2005.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été établi en 1988 par une loi du Parlement. Le CCLAT a pour but de regrouper les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcool et des autres drogues sur la santé, la société et l'économie.

Pour de plus amples renseignements, n'hésitez pas à nous écrire :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75, rue Albert, Ottawa ON K1P 5E7
Tél. : (613) 235-4048; Téléc. : (613) 235-8101. Visitez notre site Web à www.ccsa.ca



ISBN 1-896323-52-9

Droit d'auteur © 2005—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Tous droits réservés

Préparé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies