



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE — Vol. 33, N°1

MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE DANS LA LUTTE CONTRE LES ITSS

HÉPATITE C : Dépister, détecter, et... traiter !

Mai 2024

MESSAGES-CLÉS AUX CLINICIENS

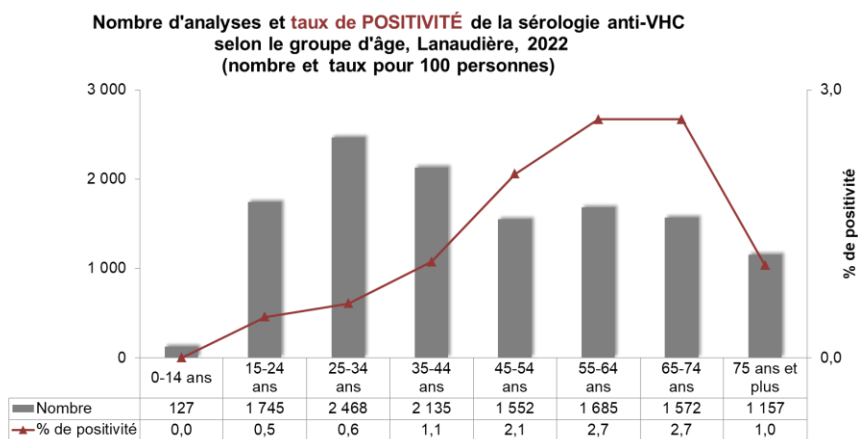
- **Traitez les personnes atteintes d'hépatite C (ou référez-les) :**
 - Le traitement de l'hépatite C chronique par **approche simplifiée** est **hautement efficace**
 - Il peut être prescrit par des cliniciens de première ligne (MDF et IPS) et est couvert par la RAMQ
- **Dépistez l'hépatite C** selon les facteurs de risque :
 - Encore trop de patients porteurs d'hépatite C ne connaissent pas leur statut
 - Il faut prescrire le dépistage de l'hépatite C en portant une attention particulière à une **histoire d'usage de drogue** par injection/inhalation (même une seule fois), aux **baby-boomers** avec facteur de risque ou un bilan hépatique perturbé, et aux **personnes originaires de pays endémiques**
- **Demandez l'ARN VHC chez tous vos patients dont la sérologie anti-VHC est positive :**
 - Pour confirmer l'infection chronique
 - Pour diagnostiquer une réinfection chez vos patients à risque continu
- **Déclarez vos cas à la DSPublique en précisant sur le formulaire s'il s'agit d'une :**
 - **Hépatite aiguë ou récente (< 12 mois)**
 - **Utilisation active ou récente de drogue par injection ou inhalation (UDI)**
 - **Grossesse**
 - **Réinfection**
 - **Réception ou don de sang/tissu/organe dans les derniers 6 mois**

L'HÉPATITE C : QU'EN EST-IL AU QUÉBEC ET DANS LANAUDIÈRE ?

En 2023, 1 190 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec, ce qui représente un taux d'incidence de 13,6 par 100 000 personnes et une augmentation par rapport à la moyenne des 5 dernières années. Dans Lanaudière, le taux d'incidence est de 5,6 en 2023 (pas de changement statistiquement significatif au cours des dernières années)¹.

¹ Source : Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 3 avril 2024.

Les taux d'incidence de cas déclarés ainsi que les taux de positivité des sérologies anti-VHC sont les plus élevés dans les tranches d'âge associées aux baby-boomers (DDN 1946-1965) et ceux-ci comptent pour plus de 50% des cas déclarés dans Lanaudière.



Source de données : collaboration Optilab LLL (HPLG-CHDL) et DSPublique du CISSS de Lanaudière.
Dernière extraction des données: février 2023.

Il apparaît donc indiqué pour les cliniciens de Lanaudière d'avoir un **indice de suspicion clinique élevé chez les baby-boomers**, surtout que plusieurs d'entre eux sont vraisemblablement infectés depuis de nombreuses années et qu'ils sont susceptibles de présenter des co-morbidités associées à un risque de progression plus rapide vers la cirrhose, tels qu'un diabète de type 2 ou une stéatose hépatique⁽¹⁾. De plus, selon les estimations canadiennes les plus récentes⁽²⁾, **environ le tiers des baby-boomers infectés ne connaissent pas leur statut anti-VHC positif.**

QUI TESTER POUR L'HÉPATITE C ?

1. **Dépistage selon les facteurs de risque d'infection par le VHC :**
 - Voir les principales indications mentionnées dans l'encadré 1 ou utiliser l'outil du MSSS prévu à cet effet « [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#) » tiré du Guide québécois de dépistage des ITSS⁽³⁾
 - Le Collège des médecins recommande d'évaluer les facteurs de risque d'ITSS sur une base annuelle⁽⁴⁾
2. **Québécois né entre 1946 et 1965 :** offrir le test au moindre facteur de risque (les rechercher !) ou à la moindre suspicion clinique (ex. : anomalie du bilan hépatique chez un baby-boomer au statut VHC inconnu)
3. **Élévation inexplicite des ALT ou AST**
4. **Maladie hépatique** (signes cliniques, biologiques ou radiologiques suggestifs)
5. **Manifestations extra-hépatiques évocatrices d'hépatite C :**
 - Cryoglobulinémie, arthralgies/myalgies, certaines maladies auto-immunes dont Sjogren/Sicca et purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI), lymphome B non hodgkinien, certaines conditions dermatologiques dont porphyrie cutanée tardive
6. En présence de **certaines co-morbidités** (ex. : VIH, VHB, dialyse rénale) ou avant d'entreprendre des **traitements immunosuppresseurs** pouvant être associés à une progression plus rapide ou à une réactivation de l'hépatite C (ex. : chimiothérapie, bilan pré-greffe)

Encadré 1

*** PRINCIPALES INDICATIONS POUR LE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE C SELON LES FACTEURS DE RISQUE*** :

Vous référer au Guide québécois de dépistage des ITSS⁽³⁾ pour de plus amples détails

- Personne ayant consommé des drogues par injection ou inhalation, **même une seule fois**
- Personne originaire d'une région où l'hépatite C est endémique⁽⁵⁾
- Personne infectée par le VIH, le VHB ou la LGV
- HARSAH vivant avec le VIH ou éligible à la prophylaxie pré-exposition au VIH (PPrE)
 - Par exemple, HARSAH qui a eu des relations anales non protégées avec > 1 partenaire au cours des 6 derniers mois
- Personne exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés
 - Tatouage ou perçage dans des conditions non stériles
 - Exposition accidentelle en milieu de travail ou dans un contexte non professionnel
 - Transfusion de sang (au Canada, avant avril 1992)
 - Procédure invasive (chirurgicale ou autre) dans les régions où la prévalence de l'hépatite C est élevée (> 2%)⁽⁵⁾
- « **Toute personne demandant un dépistage du VHC après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé** »

COMMENT DÉPISTER/DIAGNOSTIQUER L'HÉPATITE C CHRONIQUE ?

1. Sérologie anti-VHC

- Indiquée en première intention sauf si un résultat positif de sérologie anti-VHC a déjà été documenté au dossier (procéder alors d'emblée à l'ARN VHC) car le résultat demeure positif lors de guérison spontanée (~15-20% des cas) ou après un traitement antiviral
- Résultat peut être faussement négatif si le prélèvement a été effectué avant la fin de la période fenêtre (3 mois après l'exposition) ou chez les patients immunosupprimés

2. ARN VHC (qualitatif/quantitatif*)

**Peu importe le type d'ARN VHC demandé à HPLG ou au CHDL, le CHUM effectue depuis 2021 un ARN quantitatif qui confirme l'infection active si l'ARN est détecté, en plus d'informer le clinicien sur le degré de virémie, le cas échéant.*

- Indiqué en présence d'un résultat positif de sérologie anti-VHC **pour confirmer le diagnostic d'infection active**
- Peut être prescrit par les cliniciens de 1^{ère} ligne (incluant les infirmières œuvrant en ITSS dont la pratique est encadrée par le Guide québécois de dépistage des ITSS)

PRISE EN CHARGE INITIALE PAR LE CLINICIEN DE 1^{ÈRE} LIGNE

Le professionnel ayant demandé le test de l'ARN du VHC annonce le résultat au patient, lui offre des conseils et lui fournit de l'information (voir encadré 2). S'il s'agit d'une infirmière qui n'est pas IPS, elle veillera à référer le patient à son médecin de famille (ou à un autre médecin ou à une IPS, le cas échéant, selon ses corridors de service).

Le médecin de famille ou IPS qui voit en consultation un patient avec un nouveau diagnostic d'hépatite C devrait :

1. Effectuer le counseling approprié (voir encadré 2)
2. Effectuer une anamnèse, incluant les habitudes de vie et l'histoire médicamenteuse, ainsi qu'un examen clinique
3. Entreprendre la vaccination indiquée (VHA si non déjà vacciné, VHB si non immun, pneumocoque, influenza, mise à jour vaccins de base) ou référer le patient à cette fin, selon les modalités en vigueur : [Vaccination: CISSS de Lanaudière \(gouv.qc.ca\)](http://Vaccination: CISSS de Lanaudière (gouv.qc.ca))
4. Prescrire le bilan initial permettant de voir si le patient est éligible à l'approche simplifiée pour le traitement de son hépatite C (voir encadré 3) :
 - Une co-infection par le VHB ou le VIH sera recherchée dès le début
 - Le calcul des scores de fibrose nécessite d'inclure dans le bilan une FSC (plaquettes), les ALT et les AST (justification requise dans Softlab)
5. Déclarer la MADO, en précisant sur le formulaire si suspicion de :
 - Hépatite aiguë ou récente (< 12 mois)
 - Utilisation active ou récente de drogue (UDI)
 - Grossesse
 - Réinfection
 - Don ou réception de sang/tissu/organe dans les derniers 6 mois
6. Traiter le patient (peut être traité en première ligne si éligible à l'approche simplifiée) ou le référer

Encadré 2

*** PRINCIPAUX CONSEILS À DONNER AU PATIENT SUITE À L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DE L'HÉPATITE C *** :

Vous référer au Guide québécois de prise en charge et traitement des patients infectés par le VHC⁽¹⁾ pour de plus amples détails

- À chaque patient, pour réduire le risque de transmission
 - Ne pas donner de sang, d'organes, de tissus ni de sperme
 - Ne pas partager de drogues ni de matériel pour leur préparation, injection ou inhalation
 - Ne pas partager les articles d'hygiène personnelle (ex. : brosse à dent, rasoir, coupe-ongles,...)
 - Couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang
 - S'assurer de conditions stériles au moment du tatouage ou du piercing et ne pas prêter ni emprunter des bijoux de perçage
 - En présence de sang (menstruations OU pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé), utiliser un condom (ou autre barrière) avec tous ses partenaires sexuels et pour tout type de relations sexuelles
 - Pour un HARSAH, l'usage du condom est recommandé pour les relations anales, particulièrement si l'un des deux partenaires est séropositif pour le VIH
 - Se faire traiter ! (guérison possible dans la très grande majorité des cas)
- À chaque patient, vaccination
 - Recevoir les vaccins contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le virus de l'hépatite B (VHB) s'il est non immun ainsi que les vaccins contre le pneumocoque et l'influenza, en plus de compléter son immunisation de base⁽⁸⁾
- À la femme en âge de procréer
 - Aviser son MD traitant de toute grossesse (envisagée ou avérée)
N.B. : Le risque de transmission périnatale est aux environs de 4% (beaucoup plus si co-infection VIH)
- À chaque patient, pour limiter la progression de l'atteinte hépatique
 - Limiter au maximum la prise d'alcool
 - Discuter avec un membre de son équipe soignante avant de prendre tout nouveau médicament ou produit naturel
 - Avoir de saines habitudes de vie, incluant le maintien d'un poids santé
 - Avoir recours au traitement antiviral, sauf exception (encourager le patient !)

L'HÉPATITE C : LE TRAITEMENT PAR APPROCHE SIMPLIFIÉE, C'EST POUR QUI ? C'EST QUOI ?

L'arrivée d'antiviraux à action directe (AAD) « pangénotypiques », c'est à dire efficaces contre les différents génotypes du VHC, a permis d'élaborer une approche simplifiée dans la prise en charge et le traitement de la majorité des cas d'hépatite C⁽¹⁾. Cette approche simplifiée est applicable en première ligne, ce qui favorise l'accès au traitement. Les grandes lignes de cette approche sont résumées dans l'encadré 3.

Les taux de guérison de ce traitement entièrement oral de 8 à 12 semaines dépassent les 95%. Les AAD sont couverts par la RAMQ et, même s'ils sont encore classés dans les médicaments d'exception, **tous les patients atteints d'hépatite C chronique, peu importe la présence ou non de fibrose, peuvent y avoir accès.**

Le traitement par approche simplifiée s'adresse aux personnes avec hépatite C chronique qui n'ont jamais été traitées auparavant et qui n'ont pas de cirrhose. Cette approche peut aussi être utilisée chez des patients avec cirrhose compensée ou coinfectés par le VIH, mais une consultation en spécialité est alors à considérer.

Certaines personnes ne sont PAS éligibles à l'approche simplifiée :

- Grossesse
- Coinfection à VHB
- Cirrhose décompensée
- Carcinome hépatocellulaire
- Histoire de transplantation du foie

Encadré 3

***** L'APPROCHE SIMPLIFIÉE DE L'HÉPATITE C CHRONIQUE, EN BREF *** :**

Vous référer au Guide québécois de prise en charge et traitement des patients infectés par le VHC⁽¹⁾ pour de plus amples détails

**Preuve de virémie (ARN VHC+) chez une personne
JAMAIS traitée,
SANS contre-indication apparente à l'approche
simplifiée**

BILAN BIOLOGIQUE initial
(Éléments indispensables en gras)

FSC, ALT, Créatinine (DFGe)
AST (justification requise dans Softlab)
Bilan hépatique (INR, albumine, bilirubine, p. alcaline)
HBsAg, anti-HBc, anti-HBs (anti-VHA)
Sérologie VIH

ÉVALUATION NON INVASIVE DE LA FIBROSE
(Approche pragmatique, basée sur le bilan biologique)

[Calculer le score APRI](#)
[Calculer le score Fib-4](#)

Score APRI < 1
ET
Score Fib-4 < 1,45

Score APRI ≥ 1
OU
Score Fib-4 ≥ 1,45

**TRAITEMENT avec l'une des options
de l'approche simplifiée**

- Glécaprévir – Pibrentasvir (Marviret)
3 CO die x 8 semaines
OU
- Sofosbuvir – Velpatasvir (Eplusa)
1 CO die x 12 semaines

(Vérifier les interactions médicamenteuses et s'assurer de l'absence de grossesse)

*****Counseling pour prévenir les réinfections*****
(Réduction des méfaits)

Mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan
Consultation en spécialité suggérée

Absence de cirrhose

Cirrhose suspectée

- Une évaluation complémentaire (calcul du score de Child Pugh, échographie) est nécessaire avant d'envisager un traitement par approche simplifiée
- Consultation en gastroentérologie souhaitable

Dosage de l'ARN quantitatif
12 semaines post-Tx
Pour documenter la réponse virologique soutenue (RVS : guérison) qui survient chez >95% des patients

L'HÉPATITE C : QUAND ET COMMENT RÉFÉRER ?

Le traitement devrait être considéré chez tous les patients avec hépatite C chronique. Plusieurs médecins spécialistes dans Lanaudière offrent présentement des services de prise en charge et de traitement de l'hépatite C, de sorte que le clinicien qui n'est pas à l'aise avec le traitement, même par approche simplifiée, peut référer son patient pour obtenir le soutien désiré.

*** MODALITÉS DE RÉFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C DANS LANAUDIÈRE *** :

Clinique de gastroentérologie de Lanaudière (Joliette) par fax : 450 752-5507

Faxer la consultation en gastroentérologie pour hépatite C directement à la clinique (ou via CRDS LLL) Lyne Blais, infirmière spécialisée en hépatite virale. Tél. : 450 752-6667
Délai estimé 1-2 mois pour 1^{er} contact avec infirmière et 3-6 mois pour consultation avec le gastroentérologue
Service régional

CHDL : Consultation en microbiologie par la centrale de rendez-vous :

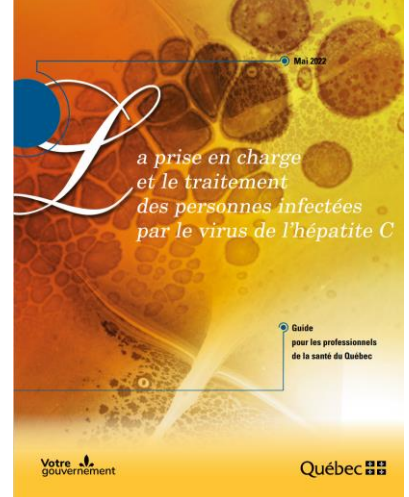
Procédure à suivre à l'adresse suivante [Prendre rendez-vous : CISSS de Lanaudière \(gouv.qc.ca\)](http://Prendre rendez-vous : CISSS de Lanaudière (gouv.qc.ca)) ou envoyer par courriel au centrale.chdl.rv.cisslan@ssss.gouv.qc.ca ou par le CRDS LLL
Spécifier « TRAITEMENT HÉPATITE C » sur la requête
Délai estimé 1-2 mois pour consultation avec le microbiologiste-infectiologue qui offre ce service

HPLG : Consultation en microbiologie par fax 450 654-4296 (spécifier « TRAITEMENT HÉPATITE C » sur la requête)

Délai estimé 1-2 mois pour consultation avec un des microbiologistes-infectiologues qui offrent ce service
Consultation en gastroentérologie (par le CRDS LLL, spécifier « TRAITEMENT HÉPATITE C » sur la requête)

POUR LES CLINIENS PARTICULIÈREMENT INTÉRESSÉS PAR LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C

PRINCIPAUX OUTILS ET RESSOURCES

	<p>LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C :</p> <p>GUIDE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DU QUÉBEC</p>	<p>Guide complet : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002023/</p> <p>Version résumée : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002024/</p> <p>Annexe spécifique à la thérapie antivirale : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002025/</p>
---	---	---

Service spécialisé de **consultation téléphonique** sur le VIH/SIDA, les hépatites B et C et les autres ITSS à l'intention des professionnels de la santé

1 800 363-4814



PNMVH

PROGRAMME NATIONAL
DE MENTORAT SUR LE VIH
ET LES HÉPATITES

www.pnmvh.org

- Précieuse ressource pour les médecins, infirmières et pharmaciens intéressés par le VIH et les hépatites virales
- Inscription gratuite
- Nombreux événements de formation continue :
 - Webinaires réguliers
 - Symposiums annuels
- Abonnez-vous à l'infolettre !



Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Hépatite C

[Programme ECHO® CHUM
hépatite C et problématiques
des troubles de l'usage -
RUISS de l'UdeM
\(umontreal.ca\)](#)

Projet ECHO a permis d'améliorer l'accès au traitement VHC dans plusieurs pays : le projet québécois a été initié en avril 2017 par des experts du CHUM et se poursuit avec succès. Il se résume ainsi :

- Télé-mentorat (PAS télémédecine) et activité de formation accréditée et gratuite : les professionnels participants (MD, IPS, infirmière, pharmacien, etc.) demeurent responsables de leurs patients
- Séances de téléclinique (Zoom) aux 2 semaines avec comité multidisciplinaire d'experts du CHUM (hépatologue, microbiologiste-infectiologue, pharmaciens, inf. cliniciennes, psychiatre, spécialiste en dépendances)
- Une séance de téléclinique contient : une discussion de cas réels anonymisés provenant des participants (véritable communauté de pratique), suivi d'une capsule pédagogique sur différents thèmes. Des recommandations sont élaborées durant la séance puis transmises au professionnel ayant présenté le cas
- Les discussions cliniques et recommandations sont suivies d'une capsule de formation de 20 min

RÉFÉRENCES

1. « [La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec](#) », MSSS, Mai 2022
2. « [Estimations de l'hépatite C au Canada, 2019, RMTC 48\(11/12\) - Canada.ca](#) », ASPC, Novembre 2022
3. « [Guide québécois de dépistage des ITSS](#) », MSSS, Juillet 2019
4. « [Fiche de prévention clinique](#) », CMQ, Mai 2023
 - Voir aussi la page web du MSSS sur les « [Bonnes pratiques cliniques préventives en ITSS](#) »
5. « [Appendix 6 : Prevalence of Hepatitis C Virus Worldwide](#) », tirée du Canadian Task Force, 2017
6. « [Protocole d'immunisation du Québec](#) », MSSS

DURANT LES HEURES OUVRABLES DE 8H À 16H30 :

- **Courriel :** maladies.infectieuses.cisslan@ssss.gouv.qc.ca
- **Télécopieur :** 450 759-3742
- **Téléphone :** 450 759-6660, poste 4513 ou
1 855 759-6660, poste 4513

EN DEHORS DES HEURES OUVRABLES :

- 450 759-8222, faites le 0 et demandez le professionnel de garde en santé publique

Publication

Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Responsable de la publication

D^{re} Joane Désilets, Médecin, adjointe médicale au programme prévention et contrôle des maladies infectieuses

Rédaction :

D^{re} Maryse Cayouette, Microbiologiste-infectiologue conseil

Avec la collaboration de :

D^r Marc-André Gagné, Gastroentérologue, CHDL
D^r Philippe Deschênes, Microbiologiste-infectiologue, CHDL
D^{re} Catherine Beaulieu, Microbiologiste-infectiologue, HPLG
D^{re} Marie Munoz-Bertrand, Médecin-conseil à la DSPublique de Lanaudière
Karine Chabot, Conseillère en soins infirmiers au programme prévention et contrôle des maladies infectieuses
Danika Sévigny, Chef d'administration des programmes prévention et contrôle des maladies infectieuses

Mise en page

Christina Augustin, agente administrative, programme prévention et contrôle des maladies infectieuses

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2024

Dépôt légal

Deuxième trimestre 2024
ISSN 1718-9497 (PDF)
1920-2555 (en ligne)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible à la section *Santé publique*, dans la rubrique *Documentation* sous l'onglet *Professionnels de la santé* du site du CISSS au :

www.santelanaudiere.qc.ca

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec 