



Prévention de l'hépatite C : examen de la preuve internationale actuelle

Résumé analytique

Préparé pour le :
Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C
Division de l'hépatite C
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Pour plus d'information, visitez
www.santecanada.ca/hepatitec

Informez-vous.



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

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus d'information sur cette publication ou des exemplaires, prière de communiquer avec :

Division de l'hépatite C
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
2^e étage, 400 Cooper Street
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél : (613) 941-7532
Télec : (613) 941-7563
Site Web : www.santecanada.ca/hepatitec

Also available in English under the title: *Hepatitis C Prevention:
An Examination of Current International Evidence*

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le
ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
N^o de cat. H39-606/2002-1F
ISBN 0-662-86839-0

Prévention de l'hépatite C : examen de la preuve internationale actuelle

Résumé analytique

préparé pour
le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C
Division de l'hépatite C
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

Rédaction
Dr J. Frankish, G. Moulton, B. Kwan, M. Doyle Waters, D. Milligan, Dr T. Buller-Taylor
par l'entremise de l'Institute of Health Promotion Research
Université de Colombie-Britannique

Document de travail
février 2002

Remerciements

Nous aimerions remercier de leur soutien et de leurs conseils le personnel du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C de Santé Canada, ainsi que nos collègues de l'Institute of Health Promotion Research. Nous souhaitons également souligner la participation des représentants des différents paliers de gouvernement, des organismes et des groupes communautaires : sans le matériel qu'ils nous ont fourni, nous n'aurions pu mener notre travail à bien.

Table des matières

Introduction	1
Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C	1
But de ce rapport	2
Méthodologie.	2
Présentation des résultats groupes cibles et stratégies de prévention	3
Survol des résultats	4
Constatations générales	4
L'hépatite C et la population en général	4
Voies de transmission du VHC	4
Le Canada et l'hépatite C	6
Utilisation des drogues injectables au Canada	6
Incidence de l'hépatite C au Canada	7
Aperçu de la réponse du Canada et d'autres pays à l'hépatite C	8
Surveillance.	9
Prévention et éducation	10
Dépistage	12
Traitement	13
L'hépatite C et l'utilisation des drogues injectables	15
L'utilisation des drogues injectables et les stratégies de prévention de l'hépatite C. . .	16
Stratégies d'information/d'éducation/de comportement	16
Stratégies de milieu.	18
Stratégies administratives/de structures	22
Stratégies politiques/législatives/de réglementation.	22
Résumé des stratégies de préventions appliquées dans différents pays	23
Suisse	23
Allemagne.	24
États-Unis	24
Portland, Oregon, États-Unis	24
Grande-Bretagne	25
Pays-Bas.	25
Danemark.	26
Pologne	26
Australie	26
Nouvelle-Zélande	27
Commentaires du Bureau de la stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada	27
Réduction des méfaits	28
Réduction des méfaits au Canada.	28
Est-ce que la réduction des méfaits fonctionne?.	28

Leçons tirées de l'étude des stratégies	30
Prévention de l'utilisation des drogues injectables.	30
UDI et voies de transmission du VHC.	30
Recherche.	30
PES et centres d'injection supervisés.	31
Traitements et services de soutien	31
Programmes de traitement par la méthadone (TM)	31
Réhabilitation et engagement des UDI.	32
Gouvernements et politiques	32
Enjeux juridiques et opinion publique	32
Directions stratégiques possibles pour la prévention de l'hépatite C	33
L'approche australienne	33
L'approche de Vancouver.	34
L'approche de l'Organisation mondiale de la santé	36
La prévention de l'hépatite au Canada	36
Résumé des directions stratégiques.	38
Directions générales et recherche.	38
Échange de seringues	39
Traitements.	39
Enjeux juridiques et milieu carcéral.	39
Stratégie globale de prévention de l'hépatite.	41
Groupes cibles des stratégies de prévention de l'hépatite C	42
Adolescents expérimentant les drogues et les comportements à risque	42
UDI actuels.	43
Détenus	44
Populations autochtones.	44
Travailleurs en contact avec les groupes à risque élevé	45
Engagement de groupes spécifiques/Méthodes	46
Organismes communautaires/d'orientation	46
Collectivité en général	46
Campagnes médiatiques	46
Conclusion	47
Cinq leçons essentielles que nous retenons de notre étude.	47
Premièrement : nous ne pouvons devancer le virus	47
Deuxièmement : le VHC est différent du VIH	47
Troisièmement : la réduction des méfaits ne suffit pas	47
Quatrièmement : les racines font l'arbre	48
Cinquièmement : les toxicomanes sont aussi des êtres humains	48
Résumé	50
Références	51

Introduction

« Le fait que la preuve scientifique soit incomplète ne nous donne pas le droit de faire fi de nos connaissances actuelles, ni de remettre à plus tard les gestes qui doivent être posés aujourd’hui. »

Tiré d’une allocution prononcée par Sir Austin Bradford Hill devant la Société royale de médecine (Londres, 1965).

Ce rapport étudie la preuve actuelle en matière de prévention de la transmission du virus de l’hépatite C (VHC).^a Nous examinons d’abord sous l’angle de la preuve internationale les stratégies des pays développés et les leçons en matière de prévention du VHC, afin d’en dégager l’utilité pour le contexte canadien. Nous étudions ensuite, d’après l’expérience internationale à court et à long terme, quelles sont les stratégies qui pourraient être mises en oeuvre au Canada. Nous faisons enfin la revue d’articles influents et définissons des enjeux essentiels, des lacunes et des possibilités, de même que des directions stratégiques qui pourraient s’inscrire dans un éventuel plan d’action de prévention de l’hépatite C.

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l’hépatite C

Le 18 septembre 1998, le ministre fédéral de la Santé lançait une stratégie pour répondre aux préoccupations des Canadiennes et des Canadiens face à l’hépatite C. Les objectifs de la stratégie étaient doubles : d’une part, améliorer la sûreté du système d’approvisionnement en sang et accroître les connaissances sur l’hépatite C; et d’autre part, faire en sorte que les Canadiennes et les Canadiens infectés par le VHC par le biais du

système d’approvisionnement en sang n’aient pas à assumer les frais de leurs traitements médicaux.

La Division de l’hépatite C de Santé Canada a été créée pour coordonner la réponse du gouvernement fédéral aux défis et aux besoins posés par l’hépatite C. La Division a pour mandat : de concerter une approche en santé de la population face à l’hépatite C; d’accroître les connaissances et la preuve en favorisant les initiatives de recherche; d’augmenter la sensibilisation et la capacité de la population; de mettre sur pied des stratégies de prévention et des initiatives de soutien; et de faire en sorte que les Canadiennes et les Canadiens infectés par le biais du système d’approvisionnement en sang n’aient pas à payer leurs traitements médicaux. Ce mandat est rempli par l’exercice du leadership, l’élaboration et la mise en œuvre de programmes et de politiques pancanadiennes pour lutter contre l’hépatite C, l’engagement actif des populations, une coordination stratégique précise, le renforcement des alliances existantes et la création de partenariats, le rendement et la responsabilisation.

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l’hépatite C est une composante de la Division de l’hépatite C, mis sur pied à la suite d’une consultation élargie. Entre novembre 1998 et janvier 1999, des données ont été recueillies sur les besoins, les priorités, les directions, les mesures et les approches qui pourraient le mieux servir le mandat de la Division. Les intervenants consultés comprenaient des représentants des principaux organismes de lutte contre l’hépatite C; des membres des populations atteintes et touchées; des spécialistes des domaines de la recherche, de la prévention, de la surveillance de la maladie, des traitements, des soins et du soutien communautaire entourant le VHC; des représentants des bureaux et ministères des

a Techniquement, l’expression « prévenir la transmission du virus de l’hépatite C » est juste, mais par mesure de concision, nous utiliserons également « prévention du VHC » et « prévention de l’hépatite C ».

gouvernements fédéral, provincial et territorial; ainsi que des représentants des principaux organismes autochtones nationaux.

But de ce rapport

Le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C entreprenait récemment une série d'initiatives visant à faire avancer la prévention et le traitement de l'hépatite C au Canada. Le principal objectif de ce rapport est donc d'établir un contexte canadien et international afin de présenter une synthèse des initiatives de prévention du VHC.

Nous étudions aussi sous l'angle international les constats que tirent les pays développés de leurs initiatives de prévention du VHC, afin d'en dégager l'utilité pour le contexte canadien. Nous croyons qu'étude et synthèse serviront à jeter les bases empiriques et les grandes lignes d'un cadre qui permettra de poursuivre la lutte contre l'hépatite C.

Méthodologie

Nous avons utilisé plusieurs sources pour notre cueillette de données. Notre stratégie de recherche reposait sur deux éléments : une revue de la littérature publiée à ce jour et une évaluation critique de documents de source gouvernementale et non-gouvernementale. Nous n'avons étudié que des documents et des articles en anglais.

Nous avons procédé à une recherche, en bibliothèque et sur ordinateur, de la littérature publiée à ce jour sur la prévention primaire et secondaire de l'hépatite C, en utilisant toutes les bases de données : MEDLINE, Psychological Abstracts, Nursing Abstracts, ERIC, CINAHL (Allied Health Disciplines), HEALTH (Health Policy), SOCIOFILE (Sociological Abstracts), SPORT, NIOSH (National Index of Occupational Safety and Health) et la Bibliography of Native Americans. Nous avons employé des termes précis et des critères d'inclusion/exclusion. Les critères d'inclusion mettaient l'accent sur une définition générale de la prévention et tentaient de saisir la diversité des cibles potentielles,

telles les populations autochtones, à faible revenu, et peu scolarisées. Les critères d'inclusion

présentaient des termes visant à saisir les populations reconnues pour être à risque, comme les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les détenus. Nous avons enfin dressé une liste des publications les plus importantes de certaines administrations gouvernementales et non-gouvernementales de la communauté internationale. Nous nous sommes concentrés sur les documents et les ressources provenant des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'ouest de l'Europe.

Nous avons fait grand usage d'Internet et du courriel (*listserv*) pour demander à plusieurs chercheurs, planificateurs de programmes, décideurs et autres intervenants intéressés par la prévention du VHC ou engagés dans la lutte contre la maladie, de nous indiquer des sources de renseignements possibles avec lesquelles nous avons ensuite communiqué. À notre demande, certaines d'entre elles ont fouillé leurs bases de données. Nous avons également effectué une recherche de matériel et de contacts dans Internet. Enfin, nous avons communiqué avec les représentants des ministères de la Santé ou du gouvernement des pays étudiés, par l'entremise de leur consulat. La qualité et la pertinence de l'information recueillie est donc tributaire de la bonne volonté et de la capacité de nos sources de nous fournir les renseignements qui importent.

Notre revue de la littérature n'inclut pas le traitement clinique de l'hépatite C. Nous nous sommes concentrés sur la prévention du VHC selon une approche en promotion de la santé, en santé de la population, en santé publique et en médecine préventive. Il est impossible que les considérations d'ordre clinique soient totalement exclues; nous comptons cependant que notre étude fournira de l'information pertinente aux planificateurs de politiques, aux décideurs, aux fournisseurs de services et aux professionnels des secteurs de la santé et extérieurs à la santé de l'appareil gouvernemental et de la société canadienne en général.

Présentation des résultats : groupes cibles et stratégies de prévention

Nous étudions ici la prévention de l'hépatite C dans la population en général, avec un accent particulier sur les personnes qui utilisent ou ont utilisé des drogues injectables. Étant donné le taux élevé d'infection par le VHC de ce groupe, il sera examiné en détail. Parmi les autres populations pouvant avoir été exposées au VHC, notons les détenus, les travailleurs en soins de santé, les personnes ayant reçu du sang et des produits sanguins, les personnes qui ont eu recours à des pratiques de perçage corporel ou sont susceptibles de le faire, les populations autochtones et les enfants nés de mère atteinte du VHC.

Survol des résultats

Dans cette section, nous brossons le portrait général de la situation avant de présenter les résultats de manière plus détaillée. Un premier volet traite des résultats généraux en matière de prévalence de l'hépatite C et des voies de transmission du virus. Un deuxième volet porte sur des constatations précises touchant l'utilisation des drogues injectables et l'hépatite C au Canada. Un troisième et dernier volet résume la réponse canadienne et celle de quelques autres nations à l'hépatite C, en matière de surveillance, de prévention et d'éducation, de dépistage et de traitement.

Constatations générales

L'hépatite C et la population en général

On estime que 170 millions de personnes, soit 3 pour cent de la population mondiale, sont infectées par le virus de l'hépatite C¹. Il y a donc 4,7 fois plus de personnes atteintes du VHC que du VIH (36,1 millions)².

Dans leur rapport à Santé Canada, Remis et al.³ estimaient qu'en 1998, environ 0,8 pour cent des Canadiens étaient atteints du VHC (anti-VHC positifs), soit 240 000 personnes⁴. Ils estimaient également qu'il y aurait environ 4 000 nouveaux cas chaque année.

Aux États-Unis, on croit que l'hépatite C est la plus commune des infections à diffusion hématogène; on estime qu'elle est prévalente chez 1,8 pour cent de la population (environ 3,9 millions de personnes). Dans la communauté européenne, la prévalence est estimée à 0,9 pour cent; en Grande-Bretagne, elle se situe entre 0,3 et 1,0 pour cent, alors qu'en Australie, elle est de 1,1 pour cent.

Voies de transmission du VHC

Les 170 millions de personnes atteintes du VHC¹ - 3 pour cent de la population mondiale - sont une voie de transmission facile^b. Avant l'identification du VHC, la majorité des cas d'hépatite non-A non-B étaient liés aux transfusions sanguines, à l'utilisation des drogues injectables, à un travail dans le milieu des soins de la santé, et à des contacts sexuels ou familiaux avec l'hépatite. La preuve actuelle suggère que dans les pays développés^{5,6}, la façon la plus sûre de transmettre le VHC est par exposition percutanée directe. Dans les pays en voie de développement, les transfusions de sang ou de produits sanguins provenant de donneurs n'ayant pas subi de test de dépistage sont toujours l'une des principales voies de transmission du VHC⁷.

Transfusion sanguine et produits sanguins

L'hémodialyse a déjà été un mode de transmission fréquent⁸, mais la transmission par le biais des produits sanguins a considérablement décliné au Canada et dans les autres pays développés. Il est rare que le VHC soit transmis par transfusion dans ces pays puisque les tests de dépistage excluent maintenant les donneurs infectés⁶. Par contre, ce risque est considéré comme l'une des principales sources d'infection par le VHC dans les pays en voie de développement⁷.

Utilisation des drogues injectables

Avant d'établir une stratégie de prévention canadienne, il est essentiel de savoir que les utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont rapidement atteints du VHC après avoir commencé à consommer des drogues de cette manière. Plus de la moitié (50-80 %) des personnes qui s'initient à la drogue par injection sont atteints du VHC six à douze mois après leur première expérience.

b Crofts (communication personnelle, 2001) présente une excellente comparaison transnationale de l'épidémiologie des génotypes du VHC. Ces données se retrouvent dans un ouvrage sur l'hépatite C qui sera bientôt publié.

L'utilisation des drogues injectables est vraisemblablement responsable de plus de la moitié des infections chroniques⁶.

Il existe une relation certaine entre le taux d'infection par le VHC et la durée d'utilisation des drogues injectables. C'est au début de l'habitude de consommation que le risque d'être contaminé par le virus est le plus élevé⁹. Ce risque est directement lié à la fréquence de partage du matériel d'injection¹⁰. En Australie, Crofts et al.¹¹ ont conclu que dans la plupart des études sur les facteurs de risque d'exposition au VHC chez les UDI, le lien le plus étroit s'établit à partir du temps écoulé depuis la toute première injection. Cela signifie que plus il y a longtemps qu'une personne s'est injectée depuis la première fois (ex. : deux mois par rapport à deux ans), plus il y a de chances qu'elle soit atteinte du VHC. Il existe également des différences significatives, en termes de risque, entre les personnes qui ont commencé à se droguer à l'héroïne et celles qui ont commencé avec les amphétamines. La prévalence du VHC est plus fortement associée à l'utilisation d'héroïne injectable qu'aux amphétamines : bien que cela n'ait pas encore été démontré, cette association suggère que le lien relève de la fréquence des injections.

Chaque injection présente en effet un risque d'exposition au virus : ainsi, au fil du temps, plus il y a d'injections, plus il y a de risque d'infection. Des preuves limitées suggèrent également que l'utilisation de drogues par voie nasale pourrait augmenter les risques d'infection par le VHC¹².

Exposition percutanée

On associe le tatouage et le perçage corporel aux infections cutanées et à la transmission d'infections comme les hépatite B et C. La transmission du VHC par le biais du tatouage a été documentée¹³. Il a aussi été suggéré que le VHC peut être transmis par le perçage corporel, lorsque celui-ci est pratiqué dans des conditions non hygiéniques. Le VHC peut être transmis lorsqu'une personne est exposée à du sang ou à des produits sanguins infectés; donc, « plus il y a de clients déjà atteints d'un pathogène à diffusion hématogène qui

recourent au perçage corporel, plus il y a de risques qu'une autre personne soit exposée au virus en se faisant tatouer, percer les oreilles ou le corps, épiler à l'électrolyse, *à moins que les aiguilles et les instruments ne soient stériles* »¹³.

Relations sexuelles

Les données portant sur la transmissibilité du virus par voie sexuelle sont contradictoires⁶. Certaines études portant sur la clientèle des cliniques de maladies transmises sexuellement (MTS) confirment que le VHC peut être transmis de cette manière, alors que d'autres affirment que c'est inhabituel¹⁴. Quoiqu'il en soit, même avec de nombreux partenaires sexuels, le risque d'infection par le VHC est faible comparé à celui relié à l'utilisation des drogues injectables. On note cependant que le risque d'infection par le VHC par voie sexuelle peut être plus grand quand il y a infection concomitante (VIH)^{15,16} ou une autre MTS⁶.

Travailleurs de la santé et blessures d'aiguille

Il existe des preuves de transmission du VHC en milieu nosocomial et professionnel⁶. Aux États-Unis, on estime que le taux d'infection par le VHC chez les travailleurs de la santé est environ 1,0 pour cent¹⁷, et inférieur dans la population en général¹⁸. Certaines personnes peuvent avoir été contaminées par des voies autres que professionnelles. Les blessures accidentelles avec des aiguilles et l'absence de pratiques hygiéniques universelles sont les facteurs les plus significatifs. Le risque d'infection par le VHC à la suite d'une blessure d'aiguille se situe entre 2,7 et 6 pour cent, supérieur au VIH (0,3 %), mais inférieur au VHB (19-30 %). La transmission du VHC de patient à patient dans les centres d'hémodialyse peut être attribuée à des pratiques inadéquates de contrôle des infections. Bien que l'on croit cette possibilité plutôt rare, la transmission du virus au patient par un travailleur de la santé a été documentée en Grande-Bretagne et en Espagne^{20,21}.

Transmission verticale

La compréhension de l'épidémiologie de la transmission verticale du VHC est fragmentaire. « Une transmission intra-utérine est possible à travers le placenta à n'importe quel moment durant la grossesse, l'accouchement ou au cours de la période postnatale; l'importance relative de chacune de ces voies de transmission est pour l'instant imprécise »²². Les études ne se sont pas penchées sur l'importance relative de la transmission en périodes intra-utérine et intrapartum²³. Des études internationales rapportent un taux de séroprévalence du VHC en cours de grossesse variant entre 0,4 et 13,7 pour cent. La transmission périnatale du VHC de la mère au nourrisson a été documentée par Boucher et Gruslin²⁴ qui ont résumé plusieurs études de transmission verticale. En utilisant les données de 43 études menées à travers le monde au cours des dix dernières années, Boucher et Gruslin ont calculé que le taux de transmission verticale est de 7,9 pour cent. Le risque peut augmenter lorsqu'il y a infection concomitante VHC/VIH. Les taux de transmission présentés dans les études varient considérablement; cela peut être dû aux différences méthodologiques, aux variations dans le nombre de mères atteintes du VHC, à la longueur de la période de suivi des nourrissons, et au degré de normalisation des différents tests d'ARN-VHC.

Il n'y pas de preuve irréfutable que l'allaitement soit une voie de transmission verticale, mais la controverse demeure, surtout à cause de la possibilité de transmission dans les cas où les mamelons sont gercés ou s'ils saignent.

Résumé

Dans les pays développés, c'est parmi les UDI que le risque de contracter le VHC est le plus grand. Au Canada, on estime que l'utilisation des drogues injectables est responsable « d'environ 70 pour cent de toutes les infections prévalentes »²⁵. La plupart des autres cas d'infection par le VHC peuvent être expliqués par « une transfusion reçue avant 1990, une exposition au sang en milieu

professionnel, l'hémodialyse, des activités sexuelles à risque (partenaires multiples, antécédents de MTS), et [...] l'inhalation de cocaïne »⁶. Dans les pays en voie de développement, les principales voies de transmission du VHC incluent « les transfusions de sang ou de produits sanguins; [...] l'exposition parentérale au sang par l'utilisation d'instruments ou d'aiguilles contaminés ou inadéquatement stérilisés à des fins médicales et dentaires; l'utilisation d'objets non-stériles pour les rituels (ex. : circoncision, scarification), la médecine traditionnelle (saignées) ou les autres activités où la peau est percée (ex. : tatouage, perçage des oreilles ou du corps) et l'utilisation des drogues injectables »⁷.

Le Canada et l'hépatite C

Il est difficile d'attribuer des facteurs de risque définitifs à l'infection par le VHC. On sait que la consommation de drogues injectables est un facteur important (40-70 %). Les risques liés à l'utilisation du sang ont été réduits de 3 pour cent par receveur, du début au milieu des années '80²⁶, à 1 pour cent à la fin de cette décennie²⁷, pour atteindre moins de 1 sur 500 000 en 1999²⁸.

Utilisation des drogues injectables au Canada

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) dressait récemment le profil sociodémographique des Canadiennes et des Canadiens qui consomment des drogues²⁹. Intitulée *Profil sociodémographique des consommateurs de drogues au Canada*, cette étude estime qu'entre 75 000 et 125 000 Canadiennes et Canadiens font usage de drogues injectables. L'étude du CCLAT conclut que ces utilisateurs partagent les caractéristiques suivantes :

- La plupart ne consomment pas fréquemment. Seuls 7,7 pour cent des répondants admettent avoir consommé des drogues illégales au cours de la dernière année. La consommation de drogues illégales semble être en croissance.

- L'utilisation des drogues injectables est un facteur de risque significatif pour les maladies infectieuses et les MTS.
- Chaque année, la consommation de drogues est responsable de près de 1 000 décès et de 7 000 hospitalisations; elle affecte le rendement professionnel et scolaire, est liée aux abus physiques et psychologiques ainsi qu'à la criminalité.
- On estime qu'à Vancouver, 88 pour cent des UDI sont atteints du VHC et que cette population présente une incidence annuelle du VHC de 26 pour cent.
- Le consommateur de drogues illégales est généralement jeune, sans attaches et sans grandes ressources. Parmi les répondants ayant admis avoir déjà consommé des drogues illégales, environ 25 pour cent étaient des femmes.
- La consommation de drogues est particulièrement fréquente chez les peuples autochtones, les jeunes de rue et les détenus. Les UDI sont plus nombreux dans les villes, mais chaque province compte plusieurs résidents autant ruraux qu'urbains qui consomment des drogues injectables.
- En général, les UDI ont peu d'éducation et de revenus. La plupart n'occupent pas un emploi à temps plein. Ces facteurs s'ajoutent à d'autres (ex. : être sans abri) et constituent des obstacles à la prévention et au traitement.
- La mise sur pied d'interventions efficaces est limitée par la marginalisation des UDI. Il y a augmentation des liens entre l'utilisation des drogues et les maladies infectieuses comme l'hépatite C.

Incidence de l'hépatite C au Canada

L'information qui suit s'appuie sur les données du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI, autrefois LLCMI) de Santé Canada. Le CPCMI a commencé à recueillir des données sur les cas rapportés d'infection par le VHC dès 1991^c.

C'est en 1998 que le nombre de cas rapportés au Canada a été le plus élevé (21 885); des données préliminaires démontrent qu'en 1999, le nombre de nouveaux cas rapportés a diminué (16 057). Les données préliminaires pour la première moitié de l'an 2000 indiquent que 7 338 nouveaux cas ont été rapportés; en doublant ce nombre pour établir le nombre approximatif de cas qui seront rapportés en l'an 2000 (14 676), nous arrivons à un total suggérant que le nombre de nouveaux cas sera à peu près le même en 2000 qu'en 1999, et peut-être même légèrement inférieur. Entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2000, 11 463 cas ont été rapportés. Les données préliminaires de 2001 affichent également une diminution du nombre de cas d'infection par le VHC : en effet, 7 738 cas ont été rapportés entre janvier et juillet 2001, alors que 10 104 cas l'étaient pour la même période en 2000³⁰.

Le nombre de cas rapportés semble se stabiliser, mais les chiffres sont loin d'être négligeables (14 000 cas ou plus pendant cinq années consécutives). Pour éviter qu'ils n'augmentent, il est essentiel de mettre l'accent sur la prévention. Il ne semble pas y avoir eu d'augmentation dans le nombre de cas rapportés après 1998 et ce, peu importe la province ou le territoire (ce qui reflète la tendance générale au Canada). Entre 1995 et 1998, les taux d'incidence par 100 000 habitants en Colombie-Britannique et au Yukon ont été beaucoup plus élevés que dans les autres provinces et territoire. Depuis 1998, c'est en Ontario, en Colombie-Britannique, au Québec et en Alberta que le nombre de cas rapportés est le plus élevé. C'est donc dire que les efforts doivent se concentrer sur l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec et l'Alberta.

c Avant 1999, les données du Nunavut étaient incluses dans celles des Territoires du Nord-Ouest. Les données du CPCMI ne comprennent pas les cas rapportés au Manitoba (où les données sont recueillies par le laboratoire provincial Cadham).

Aperçu de la réponse du Canada et d'autres pays à l'hépatite C

Santé Canada a publié *Prévention et contrôle de l'hépatite C : directives et recommandations*, et a ajouté aux versions du *Relevé des maladies transmissibles* de 1995 et 1999 le document *Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique*. En juin 1999, le gouvernement fédéral octroyait une enveloppe budgétaire de 50 millions sur cinq ans au Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C.

Le volet Prévention du Programme comprend des efforts ciblés pour prévenir la transmission du VHC chez les personnes qui ne sont pas encore infectées, en particulier celles à risque élevé comme les UDI. L'hépatite C étant un problème complexe et délicat, la sensibilisation du public et son éducation ne peuvent se faire qu'à travers une collaboration entre le Programme, les organismes, organisations, groupes communautaires et personnes engagés dans la lutte contre le VHC. Conscient de cette nécessité, le Programme encourage et finance l'élaboration d'outils et de matériel d'information qui complèteront les activités organisées au plan local et national³¹.

Depuis 1991, le travail de collecte de données inclut la surveillance nationale du VHC sous la supervision du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI, autrefois LLCMI), auquel participent depuis 1999 toutes les provinces et tous les territoires.

Les résultats de l'enquête menée en Europe démontrent que l'importance accordée à l'hépatite C varie considérablement selon le pays³². Dans la plupart d'entre eux, l'hépatite C n'est même pas considérée comme un problème de santé publique important; en effet, neuf des quinze pays membres de l'Union européenne disent ne lui accorder qu'une importance modérée. Alors qu'en Irlande et en Grande-Bretagne, elle ne représente qu'un problème mineur, la France, l'Italie, le Danemark et les Pays-Bas décrivent l'hépatite C comme un problème majeur.

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention sont à mettre au point des directives pour une politique nationale (*A Prevention and Control Plan for Hepatitis C Virus Infection*)³³. Les CDC ont établi une stratégie nationale de prévention de l'hépatite C dont les buts sont de « réduire l'incidence de l'hépatite C aiguë aux États-Unis et diminuer le fardeau sanitaire de l'infection chronique par le VHC »³³. Des efforts ont également été entrepris pour intégrer aux initiatives de prévention du VIH celles sur le VHC, étant donné que l'on estime que trois fois plus d'Américains sont atteints du VHC (2,7 millions de personnes) que du VIH. En dépit de cela, « en 1998, le budget total des CDC pour le contrôle de l'hépatite C se situait sous la barre des 5 millions de dollars, alors que celui qui était alloué au VIH s'élevait à environ 625 millions de dollars »³⁴. Au cours de l'exercice financier 2000-2001, les CDC ont accordé 15 subventions totalisant environ 1,7 millions de dollars pour « aider les états et les comtés à intégrer les initiatives de prévention de l'hépatite virale aux programmes sur le VIH et les MTS »³⁴.

En 1993, le gouvernement australien « a établi un groupe de travail conjoint : le National Health and Medical Research Council et l'Australian Health Ministers Advisory Council se sont alliés pour étudier l'hépatite C et rendre compte de leurs travaux »³⁵. L'année suivante, le gouvernement australien lançait son plan d'action national de lutte contre le VHC en réponse au rapport déposé. En accord avec la direction choisie, l'Australie allouait dès 1995 3,8 millions de dollars sur deux ans pour des activités de surveillance et d'éducation nationale. À partir de 1997, le financement était inclus dans le budget de santé publique du Department of Health and Family Services. Pendant deux ans, le gouvernement a continué à accorder la même enveloppe, y ajoutant 1,7 millions de dollars à partir de 1998 pour des programmes et de la recherche sur l'hépatite C³⁵. En 1999, le gouvernement établissait l'Australian National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases, accordant ainsi à l'hépatite C une place importante au plan de la consultation nationale.

Surveillance

La surveillance de la prévalence et de l'incidence de l'hépatite C dans la population mondiale présente nombre de difficultés, parmi lesquelles la plus importante est sans conteste le fait que la plupart du temps, l'infection par le VHC est peu rapportée dans les systèmes de notification obligatoire. Des approches à aspects multiples doivent être mises en œuvre pour détecter les cas d'infection et déterminer l'étendue de l'épidémie dans les populations.

En dépit de ces limites, les données de surveillance mondiale et les études portant sur des populations précises ont établi qu'un grand nombre de personnes à travers le monde souffrent d'infection chronique par le VHC et que la maladie continue d'être transmise. Les études portant sur les UDI démontrent invariablement des taux élevés d'infection et une incidence élevée chez les nouveaux utilisateurs. Afin d'obtenir des données encore plus précises sur l'épidémiologie de l'hépatite C, plusieurs pays travaillent maintenant à améliorer leurs efforts de surveillance en utilisant la déclaration systématique, le dépistage et la surveillance sentinelle chez les populations les plus à risque.

Au Canada, toutes les provinces et tous les territoires sont tenus de rapporter les cas d'infection par l'hépatite C, celle-ci étant une maladie à déclaration obligatoire depuis janvier 1999⁴. La surveillance vise à :

- suivre de près l'apparition, la présence et les tendances de l'hépatite C dans la population canadienne;
- examiner les facteurs qui influencent l'apparition, la progression ou l'intervention de l'hépatite C;
- évaluer les risques d'infection par le VHC pour la sûreté de l'approvisionnement en sang, produits sanguins, organes et tissus;
- recommander des mesures d'intervention pour la prévention et le contrôle de l'hépatite C au Canada;
- évaluer l'efficacité des mesures d'intervention contre l'hépatite C³⁷.

La surveillance est évidemment un élément important, mais les données sont limitées puisque la plupart des cas d'hépatite C sont asymptomatiques et évoluent lentement. De plus, les tests en laboratoire ne permettent pas de faire la différence entre les infections aiguës et les infections contractées par voie secondaire. Afin d'apporter une solution au problème, des activités de surveillance ciblées et accrues⁴ ont été organisées comme suit :

Surveillance générale et accrue

- analyse des rapports nationaux sur les maladies identifiables;
- analyse des données sur la mortalité, la morbidité et autres;
- surveillance accrue des hépatites B et C aiguës et des facteurs de risque essentiels;

Surveillance ciblée et études spéciales

- populations autochtones, travailleurs de la santé, patients atteints du VHC;
- populations à risque : UDI, jeunes de rue, détenus;
- surveillance des comportements à risque;
- transmission verticale et sexuelle de l'hépatite C³⁷.

Vingoe et al.³⁸ ont relevé des différences importantes dans les systèmes de surveillance des pays qu'ils ont évalués (c.-à-d. la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne) pour le compte de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. En Allemagne, la déclaration de tous les diagnostics d'hépatite C est obligatoire, mais comme le règlement n'est pas appliqué, on estime que les diagnostics ne sont pas rapportés dans près de 80 pour cent des cas. En France, un échantillon représentatif de médecins (1 %) s'implique dans le système de surveillance volontaire. En Irlande, il n'y a pas de surveillance nationale de l'hépatite C, bien que le ministère de la Santé compte établir un centre de surveillance des maladies transmissibles pour suivre de près l'hépatite C.

Aux Pays-Bas, la prévalence de l'hépatite C a été évaluée principalement à l'aide d'enquêtes auprès des UDI.

En Grande-Bretagne, la surveillance se fait par l'entremise des cliniciens; elle est basée sur la présence symptomatique de l'hépatite non-A non-B. Il y a également un système de déclaration indépendant de sérologie positive du VHC dans les laboratoires de santé publique d'Angleterre et du pays de Galles³⁸. Le Public Health Laboratory Network at the Communicable Disease Surveillance Centre a accru la surveillance et envisage de développer davantage le système de déclaration des laboratoires³⁹. Il a été démontré que les laboratoires de santé publique réclament des données sur les facteurs de risque, mais qu'ils ne participent pas tous au système de déclaration et que d'importantes variations existent quant à l'exhaustivité des données fournies.

Vingoe et al.³⁸ notent que les données sur les comportements à risque sont peu nombreuses. Dans la plupart des pays, les données sur la séroprévalence dans les populations à risque élevé ne sont pas systématiquement recueillies, et les comportements à risque sont difficilement reliés aux données de prévalence dans la population en général. La plupart des pays n'ont pu faire la différence entre les cas prévalents et les cas incidents; l'information sur les taux de transmission actuels n'est donc pas disponible.

Aux États-Unis, le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire des Centers for Disease Control and Prevention inclut l'hépatite C. Plusieurs méthodologies de surveillance sont utilisées pour évaluer la prévalence de la maladie. Une étude sur l'incidence de l'hépatite C, la *Sentinel Counties Study of Acute Viral Hepatitis*, observe depuis vingt ans les variations des courbes d'incidence aux États-Unis. Cette étude rapporte une diminution importante du nombre de cas d'infection par transfusion après l'introduction, au milieu des années '80, de mesures visant à exclure les donneurs potentiellement infectés. Parmi les principaux facteurs de risque

d'infection par le VHC, on retrouve l'utilisation des drogues injectables et les relations sexuelles.

L'étude rapporte une diminution de 80 pour cent dans l'incidence des infections depuis 1989. Face à une telle diminution, les Centers for Disease Control and Prevention ont déclaré que la capacité de l'étude à détecter les tendances d'incidence était donc réduite et ils recommandent qu'elle soit élargie afin de continuer à fournir de l'information fiable et précise³³. Des enquêtes sérologiques sont également menées périodiquement au plan local, national et étatique, afin de contrôler la prévalence de l'infection par le VHC au pays. La troisième enquête nationale du genre – la *National Health and Nutrition Examination Survey* – a été menée par les CDC entre 1988 et 1994. Elle a fourni des données fiables sur la prévalence de l'infection par le VHC aux États-Unis à partir d'un échantillon représentatif de la population.

Les données provenant de Nouvelle-Zélande (1999) suggèrent qu'une stratégie globale de surveillance doit inclure : la surveillance du progrès de l'incidence de l'infection par le VHC à l'aide de rapports de routine, de surveillance sentinelle et de dépistage périodique des populations; la surveillance de la prévalence de l'infection par le VHC chez les groupes à risque; et le contrôle des répercussions à long terme de l'infection par le VHC.

Prévention et éducation

Au Canada et aux États-Unis, on considère que l'identification et le diagnostic des personnes atteintes du VHC constituent le point de départ pour prévenir la transmission du virus et contrôler et traiter la maladie. À ce jour, le plus important facteur de risque d'infection par le VHC reste l'utilisation des drogues injectables. À lui seul, ce facteur compte pour 63,2 pour cent des cas d'hépatite aiguë rapportés au Canada en 1998-1999⁴⁰. On peut donc en conclure que la prévention de l'infection par le VHC doit passer par la réduction de l'utilisation des drogues injectables. Les programmes de réduction des

méfais visant à prévenir la transmission du VHC par l'utilisation des drogues injectables comprennent les programmes d'échange de seringues (PES), le traitement par la méthadone (TM), les programmes éducatifs et les services d'approche⁴⁰.

Les politiques européennes visant à prévenir la transmission du VIH et du VHC en éliminant le partage du matériel d'injection, sont considérées comme pertinentes pour la prévention de la transmission du VHC. En France, la Conférence de concertation sur l'hépatite C a recommandé que la prévention du VHC chez les UDI soit officiellement incluse dans les efforts de prévention du VIH, et qu'elle se traduise par la mise sur pied de centres de dépistage anonyme et l'application de mesures de réduction des méfaits comme les PES³⁸. Presque tous les pays de l'Union européenne ont maintenant des PES, et les seringues sont en vente libre dans tous les pays, sauf trois³².

Il est malheureusement difficile de mesurer l'efficacité des PES et des TM. Hagan et al.⁴¹ ont étudié des UDI participant au PES de Tacoma. Les résultats de leur étude suggèrent que la participation à ce programme a significativement réduit la transmission des hépatites B et C, et a même prévenu un pourcentage important d'infections par le VIH chez les UDI.

Toutefois, dans une étude plus récente menée à Seattle, Hagan et al.⁴² démontraient, après avoir contrôlé le moment de la première injection et la fréquence de partage des seringues, que les PES n'offraient aucune protection contre le VHC.

Par ailleurs, l'étude systématique, par Leonard et al., de plusieurs études pertinentes⁴⁰ a démontré que les PS et les TM sont les formes d'intervention les plus fréquemment mentionnées. Les résultats ont cependant aussi démontré que les taux de prévalence et d'incidence du VHC étaient élevés même là où la prestation de ces stratégies de prévention était largement répandue. Leonard et al. mentionnent néanmoins qu'aucune des études sélectionnées n'avait pour but premier

d'évaluer l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits dans la réduction de la propagation du VHC.

Il est impératif pour la santé publique de répondre à l'épidémie d'hépatite C, en dépit des incertitudes qui existent quant à l'efficacité des différentes approches en réduction des méfaits. En effet, pour chaque personne atteinte du VHC, le coût d'un cycle de traitement au rebetron peut s'élever à 30 000 \$⁴³. Par ailleurs, on estime que l'infection par le VHC est responsable de 217 des 338 transplantations du foie qui ont été faites en 1998 au Canada^{44,45}. Une transplantation pouvant aller jusqu'à 250 000 \$⁴⁶, les seuls coûts de transplantations dues à l'hépatite C pourraient donc se traduire par une facture de 54 millions de dollars par année. Une étude est actuellement en cours pour évaluer les coûts économiques de l'hépatite C pour la société canadienne⁴³.

Les données australiennes indiquent que l'hépatite C coûtera très cher à la santé. Brown et Crofts⁴⁷ ont établi les coûts en soins de santé (associés à des visites ambulatoires et à des admissions à l'hôpital) d'une épidémie ininterrompue d'hépatite C chez les UDI (la majorité des cas d'infection par le VHC étant associés à cette clientèle). Ils ont estimé que si 10 000 nouveaux cas d'infection par le VHC continuent d'être rapportés chaque année pendant les soixante prochaines années, le total des coûts directs en soins de santé s'élèvera à 4 milliards de dollars pour la période.

Ni Santé Canada ni les Centers for Disease Control and Prevention ne prennent en compte dans leurs politiques les approches nationales en réduction des méfaits, comme les PES. Il faut toutefois noter qu'en réponse à l'épidémie du VIH, des PES ont été mis en place au Canada^{48,49}.

La plupart des instances administratives américaines craignent que les mesures de réduction des méfaits n'encouragent l'utilisation des drogues injectables; c'est ce qui a empêché l'introduction de programmes d'échange de seringues⁵⁰. Les CDC américains ont identifié les groupes à risque de contracter le VHC et recommandent le counseling et les

programmes d'éducation sanitaire pour réduire les comportements à risque et fournir aux personnes atteintes l'information dont elles ont besoin pour éviter de transmettre la maladie.

En plus des UDI, les groupes reconnus à risque élevé de contracter le VHC comprennent les personnes qui ont reçu du sang ou des tissus avant juillet 1990^d, les personnes qui ont reçu des facteurs de coagulation avant 1987^e, les personnes qui ont déjà reçu une hémodialyse, les personnes qui rapportent avoir plusieurs partenaires sexuels, disent avoir ou avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire atteint du VHC, et les enfants nés d'une mère atteinte du VHC³³.

Dépistage

Au Canada, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada a reconnu que « bien qu'il n'y ait pas, du point de vue de la santé publique, de raison d'être pour des programmes de dépistage systématique et organisé du VHC [...], de tels programmes peuvent être mis en œuvre pour en faire bénéficier certaines personnes ou pour des raisons éthiques, par exemple, le dépistage des receveurs de sang avant 1992 »²⁵.

Dans son document *Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé public*²⁵, la DGSPSP suggère que, dans le contexte d'une évaluation complète des besoins en santé d'un individu (comme le dépistage d'autres infections, les soins et le counseling pour les dépendances, le choix d'un traitement et le suivi), le dépistage de routine devrait être offert par le fournisseur de soins primaires aux membres des groupes suivants :

- les personnes qui se sont déjà injecté des drogues non recommandées par le corps médical;
- les personnes qui reçoivent ou ont reçu des traitements d'hémodialyse pendant une longue période;

- les personnes qui présentent des taux anormaux persistants d'alanine aminotransférase;
- les personnes qui ont reçu du sang, des produits sanguins ou des organes avant 1992, et les personnes qui ont reçu du sang, des produits sanguins ou des organes de donneurs anti-VHC positifs;
- les personnes exposées de manière significative au sang de personnes atteintes du VHC ou à celui de personnes à risque élevé d'infection par le VHC;
- les personnes détenues en milieu carcéral;
- les bébés nés de mère anti-VHC positive, ou les enfants de ces mères dans le cas où il pourrait y avoir eu transmission verticale;
- le dépistage n'est pas recommandé chez les femmes enceintes, les travailleurs de la santé, les étudiants en professions de la santé, les autres groupes professionnels comme le personnel des services d'urgence, et les personnes qui ont des contacts personnels non-sexuels avec des personnes infectées, comme les membres de la famille²⁵.

L'identification et le diagnostic des personnes à risque d'être atteintes du VHC a été un important élément de la réponse américaine à la maladie. Dans *Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease*⁵¹, les CDC recommandent le dépistage des groupes identifiés à risque élevé ou des groupes qui ont été exposés à la maladie par des voies reconnues, semblables à celles qui viennent d'être énumérées pour le Canada.

Entre 1989 et 1993⁵², les pays membres de l'Union européenne ont commencé à procéder au dépistage des anticorps au VHC dans les dons de sang. Même s'il n'en est pas toujours fait mention dans les politiques officielles, on suppose que tous les pays procèdent au dépistage sur les organes de transplantation.

d Les donneurs ont subi un test de dépistage du VHC en 1990. À partir de 1992, le risque de contracter le VHC par le biais de transfusions/transplantations a beaucoup diminué grâce à l'utilisation de tests multiantigènes plus sensibles³³.

e Entre 1985 et 1987, des procédures ont été instituées pour inactiver les virus, y compris le VHC, dans les concentrés de facteurs de coagulation préparés à partir de réserves de plasma sanguin.

Certains pays exigent le dépistage dans les dons de sperme alors que d'autres n'ont pas de politique à ce sujet. La France recommande le dépistage du VHC chez les femmes enceintes, les familles où un membre est atteint du VHC, ou chez les personnes qui ont des antécédents de transfusions sanguines, d'utilisation de drogues injectables, de chirurgie agressive ou de procédures connexes, et pour les personnes dont les fonctions hépatiques sont anormales³⁸.

En Grande-Bretagne, un rapport publié en 1998 par la South and West National Health Service Region étudiait une proposition visant à offrir le dépistage et le traitement du VHC aux UDI et à la clientèle des cliniques de traitement des MTS. Le rapport n'était pas concluant, mais il recommandait d'autres études sur les coûts et les avantages d'un tel programme pour la santé.

Traitement

Au Canada, les personnes atteintes du VHC reçoivent aujourd'hui un traitement combiné d'interféron et de ribavirine. Auparavant, l'interféron était utilisé seul, mais les taux de succès étaient plus bas.

L'interféron est disponible sur le marché de tous les pays de l'Union européenne. Neuf des quinze pays commercialisent également la ribavirine. Des centres de référence désignés existent en France, en Irlande, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Tous les pays ont établi des critères – très divergents – pour l'admissibilité à un traitement à l'interféron.

En mars 1999, l'Association canadienne pour l'étude du foie (ACÉF) tenait une conférence pancanadienne de concertation sur la prise en charge de l'hépatite virale. Les recommandations quant au traitement et aux soins dans les cas d'hépatite C chronique (HCC) sont données ci-dessous⁵³.

Des essais cliniques avec de l'interféron pégylé (une forme inactivée d'interféron) ont eu lieu récemment. Les résultats du traitement combiné indiquent un taux négatif d'ARN-VHC dans environ 54 à 56 pour cent des cas d'hépatite C chronique^{54,55}.

Traitement de l'hépatite C chronique

La preuve a aujourd'hui été faite qu'il est plus efficace de traiter la maladie à ses débuts pour en ralentir la progression, même si les cas d'hépatite C aiguë ne deviennent pas tous des cas d'hépatite C chronique. Jaekel, Cornberg et al. ont étudié la preuve et constaté que dans 50 à 80 pour cent des cas, l'hépatite C progresse au stade d'hépatite chronique⁵⁶. Le but de leur étude était de déterminer si un traitement administré au cours de la phase aiguë pouvait arrêter la progression au stade d'hépatite C chronique. Après 24 semaines d'un traitement à l'interféron alpha-2b (sans ribavirine), 98 pour cent des patients « présentaient des taux indétectables d'ARN-VHC dans le sérum et des taux normaux d'alanine aminotransférase »⁵⁶.

Traitement de l'hépatite C chronique (HCC) : recommandations de l'ACÉF

Facteur de traitement	Recommandations
Quand traiter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans les cas d'HCC, la première indication de traitement est un taux d'alanine aminotransférase (ALT) plus de 1,5 fois supérieur à la normale en 3 occasions consécutives pendant plus de 3 mois. ■ La biopsie du foie est recommandée pour mesurer la progression de la maladie du foie. Pour traiter des patients immunodéprimés, ayant par exemple reçu un rein ou une greffe de moelle osseuse, la biopsie est obligatoire pour confirmer le diagnostic. ■ On recommande de définir la réponse au traitement en termes virologiques. ■ Plusieurs autres facteurs doivent être étudiés avant de décider de traiter un patient : le plus important consiste à tenter d'évaluer les risques qu'il développe une cirrhose du foie ou une défaillance hépatique, et les autres causes de mortalité concurrentes susceptibles de mener à son décès, en particulier s'il est âgé de plus de 50 ans.
Type de traitement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans les cas d'HCC, on recommande une bithérapie combinant interféron (IFN) alpha-2b et ribavirine, à raison de 3 000 000 U d'IFN trois fois par semaine et de 1 000 mg/jour de ribavirine pour les patients pesant moins de 75 kg et 1 200 mg/jour pour les patients pesant plus de 75 kg. ■ La monothérapie à l'interféron devrait être administrée uniquement aux patients qui ne tolèrent pas la ribavirine, par exemple ceux qui souffrent d'anémie.
Taux de réponse des patients à la bithérapie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans l'ensemble, environ 40 pour cent des patients traités à la bithérapie présentent une réponse prolongée. ■ Les patients porteurs des génotypes 2 ou 3 ont un taux de réponse de 65 pour cent. ■ Chez les porteurs du génotype 1, ce taux est de 30 pour cent.
Durée du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les patients atteints du VHC et porteurs du génotype 2 ou 3 peuvent être traités pendant 24 semaines; les porteurs des autres génotypes pendant 48 semaines. ■ Un test d'ARN du VHC positif après 24 semaines de traitement indique que celui-ci peut être arrêté. ■ La durée recommandée de la monothérapie à l'IFN est de 48 semaines. La réponse est mesurée après trois mois à l'aide d'un test de détection qualitative de l'ARN du VHC.
Définition de la réponse au traitement	<ul style="list-style-type: none"> ■ La réponse au traitement sera mesurée par le taux d'ALT et la concentration de l'ARN du VHC. Le taux d'ALT étant un critère de substitution imparfait pour la clairance virale, le test de l'ARN du VHC devra être administré à certains points précis du traitement (à la 12^e ou à la 24^e semaine et 24 semaines après la fin du traitement).

L'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables

Notre évaluation de la preuve tient compte de la réalité : une certaine proportion de jeunes Canadiennes et Canadiens utilisent des drogues et parmi ceux-ci, un sous-groupe extrêmement important passe à la consommation de drogues injectables. Bien que ce sous-groupe soit la principale cible de prévention de l'infection par le VHC, nous devons admettre, comme on le fait dans le domaine des dépendances, que la consommation de n'importe quelle drogue présente un risque plus important pouvant mener à l'utilisation des drogues injectables et à une infection par le VHC. C'est un aspect à ne pas négliger puisqu'il indique que ces deux populations devraient être la cible d'initiatives de prévention.

Les relations entre l'UDI et l'infection par le VHC peuvent s'énoncer comme suit :

- Dans la plupart des pays développés (et dans certains pays en voie de développement), les UDI sont, de tous les groupes, les plus à risque de contracter le VHC⁷.
- Il existe un lien indiscutable entre l'infection par le VHC et la durée de la période de consommation par injection^{57,58} : 92 pour cent des UDI qui consomment depuis plus de 5 ans sont atteints du VHC.
- Les possibilités d'être atteints du VHC augmentent avec la fréquence des injections^{57,59}.
- Le laps de temps écoulé entre la première injection et l'infection par le VHC est court⁶⁰; on estime que 20 à 40 pour cent des UDI sont atteints du VHC au cours de leur première année d'injection.
- Le risque d'être exposé au VHC et de le contracter dépend de la drogue injectée (c.-à-d. que la cocaïne présente un plus grand risque que les amphétamines)⁶¹.
- Les personnes qui consomment de la cocaïne peuvent adopter des comportements à risque autres que l'injection, comme partager une paille pour sniffer de la cocaïne, un comportement particulièrement dangereux s'il y a saignement de nez^{62,63}.
- La plupart des études ont démontré un lien positif entre l'infection par le VHC et le partage du matériel d'injection^{59,64}; en revanche, d'autres ne l'ont pas fait.
- Certains UDI sont anti-VHC positifs alors qu'ils affirment n'avoir jamais partagé de seringues^{5,64}.
- Certaines études commencent à mentionner une réduction des comportements à risque liés à l'utilisation des drogues injectables⁵⁷, mais il reste à établir si cette diminution est due à la réduction de la prévalence de l'infection par le VHC (à cause de la transmission rapide du virus).
- Le risque d'infection par le VHC est particulièrement élevé chez certaines populations, comme les détenus^{5,65}, les détenus autochtones⁴³ et les jeunes délinquants autochtones⁶⁶.
- Le VHC présente plusieurs génotypes et s'adapte rapidement. Ces caractéristiques s'ajoutent à un taux élevé de prévalence de l'infection par le VHC chez les UDI et à une grande transmissibilité du virus : nous devons donc admettre que les mesures de réduction des méfaits, aussi importantes soient-elles, ne suffiront pas à circonscrire l'épidémie^{5,11,67}.

L'utilisation des drogues injectables et les stratégies de prévention de l'hépatite C

Les efforts au cœur d'une stratégie globale de prévention de l'hépatite C chez les UDI doivent porter sur la réduction de l'incidence et de la prévalence des cas d'infection. Les UDI qui ne sont pas infectés du VHC représentent un faible pourcentage de cette population; cependant, du fait de leur dépendance, ils courent des risques extrêmement élevés de le devenir. Bien informés, les UDI peuvent avoir leur rôle à jouer : (a) en réduisant les risques d'infection personnels, (b) en aidant les autres UDI qui n'ont pas encore contracté le VHC à se protéger de l'infection, et (c) en aidant les UDI qui sont déjà atteints à changer leurs comportements à risque. Les personnes atteintes du VHC jouent un rôle similaire et tout aussi important dans la réduction de l'incidence et de la prévalence du VHC.

Lorsque les utilisateurs ont commencé à s'injecter des drogues, l'accent doit porter sur les activités de prévention : plutôt que de chercher à prévenir l'utilisation, on doit chercher à prévenir le partage de matériel à injection, comme les aiguilles et les seringues, les cuiseurs, l'eau et le coton hydrophile, et à prévenir les activités impliquant un mélange, comme le *backloading* ou le *frontloading*. Il a été démontré que les normes des pairs sont d'importants indices de réduction des activités à risque. Dans une étude comparant l'efficacité de la persuasion verbale à l'exemple, « il a été prouvé que les sujets qui rapportaient avoir observé des comportements liés à la prévention du VIH chez leurs pairs étaient plus susceptibles de rapporter qu'ils adoptaient moins souvent des comportements à risque d'infection par le VIH (partager des seringues) et plus souvent des comportements préventifs (toujours nettoyer les seringues) ». La verbalisation par les pairs de normes de comportement de réduction des risques n'a pas été associée à la réduction des comportements à risque d'infection par le VIH. Dans les rapports, « un encouragement par des pairs à nettoyer les seringues » était paradoxalement lié à une augmentation des risques qu'elles soient partagées. Les auteurs en ont conclu que c'est

le comportement des pairs, et non la persuasion verbale, qui influence les pratiques d'injection⁶⁸.

Nous avons classé les stratégies de prévention visant à réduire l'incidence et la prévalence des cas d'infection par le VHC chez les UDI en stratégies d'information, d'éducation ou de comportement; de milieu; administratives ou de structures; politiques, législatives ou de réglementation. Elles ciblent les facteurs énumérés plus haut : facteurs de risque ou prédisposants, et facteurs précis de comportement. Nous résumons ci-dessous la preuve disponible, l'illustrons à l'aide d'exemples appliqués dans différents pays et dégageons les leçons tirées des différentes approches.

Stratégies d'information, d'éducation et de comportement

L'éducation est un élément important dans un programme de réduction des méfaits. Parmi les UDI, plusieurs de ceux qui ont réduit leur partage d'aiguilles et seringues ne sont pas conscients des risques que comportent le *frontloading*, (c.-à-d. utiliser une seringue pour la préparation de drogue qui est ensuite répartie entre plusieurs seringues), le *backloading* et le partage du matériel d'injection (cuiseurs, eau, filtres et tampons d'ouate). La pratique de ces comportements demeure plus fréquente que le partage des aiguilles et des seringues⁶⁹⁻⁷¹. Stark et al.⁷² ont démontré que le *frontloading* est très pratiqué chez les UDI allemands (84 %). Le groupe qui a utilisé cette pratique plus de 100 fois (46 %) affiche une prévalence du VHC de 94 pour cent. L'étude établit donc que la pratique du *frontloading* reste un facteur de risque significatif pour l'infection par le VHC même dans les collectivités où du matériel d'injection stérile est facilement accessible.

Le matériel éducatif portant sur la réduction des méfaits liés aux drogues destiné aux populations à risque élevé est facile à obtenir dans certains pays, presque impossible à trouver ou extrêmement controversé dans d'autres⁷³. « Les initiatives visant à augmenter la sensibilisation aux façons de réduire les risques associés à l'utilisation des drogues

comprennent différents types de brochures, de dépliants, d'ateliers éducatifs et de services d'approche entre pairs; elles ciblent les utilisateurs actuels et potentiels (jeunes en général, jeunes de rue, consommateurs de drogues, détenus, prostitués) »⁷⁴. Ces outils éducatifs expliquent les risques entourant l'utilisation des drogues injectables, en particulier ceux qui sont associés à la transmission du VIH et du VHC. Dans plusieurs pays, les intervenants des services d'approche rencontrent les UDI et distribuent du matériel éducatif, des seringues, des condoms et des trousse de désinfection à l'eau de Javel. En Grande-Bretagne, ce sont les infirmières qui enseignent les pratiques d'injection sécuritaires dans les cliniques⁷³.

Dans leur rapport portant sur la prévention du VHC par l'éducation des UDI australiens, Dowsett et al.⁷⁵ mentionnent que seule une petite partie de la documentation traite des programmes éducatifs, que ce soit sous forme d'étude, de rapport ou d'évaluation. Ils donnent quatre exemples de programmes pertinents.

TRIBES

Le programme *TRIBES* consiste en une série d'activités éducatives de prévention du VHC destinées à un large éventail de groupes ou de « tribus » soigneusement ciblées et d'ordinaire difficiles à atteindre. Offert à un réseau social précis, chaque projet est coordonné par un pair éducateur. Du matériel éducatif de prévention est conçu de manière à traiter à la fois du comportement individuel et du contexte social dont les normes régissent le comportement. Les ressources élaborées constituent « une stratégie pour amorcer la discussion sur les normes sociales des individus et des groupes et les influencer ». Une évaluation du programme souligne qu'une des plus importantes raisons du succès de ces projets est que chacun emploie un membre de la « tribu » et qu'un représentant ou un pair siège au comité directeur. Le meilleur indice de succès se mesure dans les projets où un équilibre harmonieux a été établi entre la participation des membres de la « tribu » et les fournisseurs de services professionnels.

Le projet d'éducation entre pairs

Il a été prouvé que le fait d'employer des pairs dans les programmes de services d'approche, en particulier des « indigènes », « représentait une façon efficace de réduire les comportements à risque d'infection par le VIH et de promouvoir des actions préventives chez les UDI de différents milieux. Les intervenants 'indigènes' jouent un rôle important sur le terrain et dans les contacts personnels, puisqu'ils peuvent rejoindre les UDI qui ne reçoivent pas de traitement, les aider à changer leur vie de manière significative, et répondre à leurs besoins avec précision quand ils surgissent »⁷⁶.

L'éducation par le counseling

Choi et al.⁷⁷ ont mené une étude auprès de 24 335 personnes utilisant des opiacés et en traitement par la méthadone sous supervision clinique. Leurs résultats démontrent qu'après une session de counseling, la majorité des UDI partageant actuellement leurs seringues (58,3 % en 1990; 81,3 % en 1995) rapportaient avoir cessé de le faire deux semaines après la session. On prétend néanmoins que ce genre de données ne fournit pas de mesures précises de changement des comportements, parce qu'il ne cerne que les changements à court terme dans les connaissances, les croyances et les intentions. Pour leur part, Dowsett et al.⁷⁵ ont étudié un projet pilote de counseling et de dépistage du VHC entre pairs, où trois formules de counseling entre pairs seront utilisées et évaluées.

Éducation entre pairs et évaluation des risques d'infection par le VHC

Mis en oeuvre en Tasmanie, le Hepatitis C Risk Assessment and Peer Education Project organise des rencontres de discussion où les UDI échangent des renseignements entre pairs et reçoivent des ressources gratuites offrant de l'information et des directives sur les pratiques d'injection sécuritaires. L'évaluation a démontré qu'il y avait effectivement augmentation des connaissances chez les participants quant aux comportements à risque et aux pratiques préventives. L'éducation entre pairs a bel et bien contribué à augmenter les

connaissances, mais n'a pas conduit les participants à adopter des comportements plus sécuritaires. En fait, 79 des 80 participants ont ensuite eu des comportements à risque d'infection par le VHC.

Par ailleurs, Dowsett et al.⁷⁵ ont mentionné que l'éducation peut se faire près des endroits où il y a des PES, mais que plusieurs UDI ne se procurent pas leur matériel d'injection dans ces endroits et qu'il est nécessaire d'obtenir la collaboration des pharmacies et des cliniques médicales afin qu'elles deviennent des endroits de choix pour dispenser de l'éducation préventive.

Stratégies de milieu

Plusieurs pays ont mis en œuvre ce que nous avons appelé des stratégies de milieu. Afin de prévenir l'infection par le VHC, ces stratégies entendent « créer des milieux aidants » pour permettre et faciliter le changement des comportements. Des exemples pratiques comprennent les centres d'injection supervisés, les « cafés », les logements supervisés, une plus large distribution de seringues et de condoms, la création de centres primaires/secondaires (c.-à-d. mobiles), et des enveloppes de financement pour la distribution en pharmacie de trousse destinées aux UDI.

Une autre catégorie de stratégie de milieu demande la création de services sociaux parallèles portant sur l'accroissement des capacités ou l'augmentation des compétences, à l'aide d'outils de formation à l'emploi, d'intégration et de réhabilitation sociale. Les stratégies de soutien social modifient le milieu en offrant à ses habitants la possibilité d'être entendus, de se prendre en charge, de s'autonomiser et de participer à des groupes d'entraide et à des programmes de soutien entre pairs. Les stratégies de milieu se traduisent également par une disponibilité accrue des ressources de la médecine préventive et un accès facilité à celles-ci : initiatives d'approvisionnement en drogues légales (c.-à-d. l'héroïne et la méthadone), programmes de désintoxication, plus de traitements médicaux et de programmes de TM. Ces stratégies « médicales » sont

intégralement reliées à un ensemble de stratégies de santé publique/de soins infirmiers qui incluent les services d'approche, les soins infirmiers de rue, la surveillance et le contrôle, les bases de données, les lignes d'aide téléphonique pour le nettoyage des seringues et les patrouilles à pied.

Les stratégies de milieu présentées ci-dessous comprennent toutes la prestation de services, de produits et/ou d'opportunités aux personnes utilisant des drogues injectables. Il n'y a pas de stratégie ou d'ensemble de stratégies qui soit par nature plus utile ou plus efficace qu'une autre. Certaines stratégies ont été plus largement utilisées; certaines ont été plus soigneusement évaluées. Aucune ne pourra à elle seule vaincre l'épidémie d'hépatite C. On constate une diminution de l'UDI et du partage des seringues/aiguilles et, conséquemment, une réduction du taux d'infection par le VIH; néanmoins, à cause du taux élevé de prévalence de l'infection par le VHC chez les UDI, de l'extrême virulence et de la transmissibilité du virus, seules l'élimination complète du partage du matériel d'injection et l'absence de contact sanguin entre les UDI ou, mieux encore, l'élimination complète de la pratique de l'injection, pourront venir à bout de l'infection par le VHC.

L'approche en quatre piliers

Les Pays-Bas, la Suisse et l'Allemagne ont mis sur pied des stratégies novatrices et efficaces pour affronter les problèmes liés à la consommation des drogues. Un exemple typique de ces stratégies : la coordination des efforts entre les fournisseurs de soins de santé, les policiers et le système juridique. Il est en effet maintenant prouvé que des approches plus intégrées remportent un vif succès. Au cours des années '80, l'augmentation de la consommation des drogues illégales et la visibilité croissante des activités s'y rattachant ont incité la Suisse et l'Allemagne à mettre sur pied une approche dite « en quatre piliers » pour gérer les problèmes entraînés par la situation. Les quatre piliers sont la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et l'application de la loi. Cette approche réussit grâce à un très haut niveau de coordination des

quatre éléments. Les initiatives de prévention adoptent une approche éducative et de promotion de la santé; elles ciblent les personnes qui ne consomment pas de drogues (y compris les enfants) ou qui ne le font qu'à l'occasion. Les services d'approches en réduction des méfaits sont fournis aux personnes qui consomment toujours; des traitements axés sur l'abstinence et des programmes complémentaires sont offerts aux personnes qui veulent cesser de consommer⁷⁹. Les stratégies d'application de la loi ont été mises sur pied afin de soutenir les initiatives en santé et de s'attaquer au crime organisé. En général, les forces policières ont modifié leur tir : plutôt que d'arrêter les consommateurs, elles identifient et inculpent les personnes, comme les fournisseurs et les revendeurs non-utilisateurs, qui sont impliquées dans les opérations d'approvisionnement.

Un des éléments essentiels de l'approche en quatre piliers a été la création, sur le terrain, de nombreux services à seuil bas. Selon MacPherson⁷⁹ le terme « seuil » « se rapporte aux critères d'admissibilité aux programmes et à la bonne volonté d'un individu de participer et de répondre aux exigences des différents programmes ». Afin de mettre le plus grand nombre possible d'UDI en contact avec les services de santé, la Suisse a mis sur pied un éventail de services à seuil bas en réduction des méfaits. Les buts premiers sont d'améliorer la santé et l'ordre publics⁷⁹. Les programmes à seuil bas comprennent un accès facile à la méthadone, des refuges, des PES, des services d'approche et à l'emploi, et des traitements par la méthadone en milieu carcéral⁷⁹.

Programme de traitement par la méthadone

Riley et al.⁷³ notent que des programmes de TM ont été mis sur pied dans plusieurs pays à revenus élevés, la méthadone étant prescrite par les généralistes et les cliniques médicales. Dans certaines villes d'Europe, des autobus et des cliniques mobiles offrent leurs services aux UDI.

Les données disponibles suggèrent que les programmes réussis diminuent le nombre de cas de maladies et de décès, réduisent la criminalité, préviennent la transmission du VHC et du VIH, et permettent aux UDI d'améliorer leur sort. Dans une certaine mesure, les programmes de TM permettent la réintégration sociale des toxicomanes, ce qui peut faciliter le traitement et assurer le succès de leur réhabilitation. Dans leur revue, Riley et al.⁷³ concluent que les programmes de TM réussissent s'ils sont accessibles, souples, et s'ils assurent un suivi efficace par l'entremise de plusieurs avenues.

Programme d'échange de seringues

Les PES sont devenus des outils fondamentaux de l'approche en réduction des méfaits⁷³. Leur raison d'être découle de la réalité des faits, soit que plusieurs UDI ne veulent ou ne peuvent cesser de consommer. L'approvisionnement en aiguilles, seringues et matériel d'injection stérile constitue donc une manière simple et peu coûteuse de réduire les risques d'infection par le VHC et de propagation de la maladie chez les UDI. Plusieurs pays distribuent également des trousses de désinfection à l'eau de Javel afin de réduire les risques encore davantage^{49,80-85}.

Plusieurs études sur les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles démontrent qu'ils contribuent en partie à prévenir la transmission du VIH; une étude australienne, l'*Australian Needle Exchange Study*, suggère qu'ils « ont également un effet dans la prévention de la transmission du VHC »⁸⁶. Avec un programme d'échange, le partage des seringues et des aiguilles est réduit, on dispose du matériel souillé de façon sécuritaire et la consommation de drogues n'augmente pas. En fait, elle a même tendance à diminuer, en particulier quand les programmes comprennent aussi du counseling et que les participants sont orientés vers un traitement. « La preuve est maintenant faite que la participation aux PES et la plus grande disponibilité de ceux-ci sont associées à une réduction des risques (ex. : moins de partage) et à une réduction des méfaits (ex. : un taux plus bas d'infection par le VHC) »⁷³.

Les programmes d'échange d'aiguilles n'éliminent pas complètement le partage. L'une des raisons est que la plupart des programmes manquent de ressources; dans certains cas, ils n'ont pas suffisamment d'aiguilles et de seringues à distribuer. Ainsi, une étude montréalaise a démontré que moins de 5 pour cent des besoins en aiguilles stériles étaient comblés par les pharmacies et les PES de la ville³, ou que l'endroit où ils étaient situés et leurs heures d'ouverture ne réussissaient pas à faire en sorte que les UDI puissent toujours obtenir des aiguilles propres au besoin.

Une autre raison tient à la nature des relations sociales et de partage. La plupart des UDI ont été initiés par un ami ou un partenaire avec qui ils ont alors partagé une seringue. Lorsqu'une personne commence à s'injecter, elle ne s'identifie pas immédiatement à un UDI et ne voit donc pas l'utilité des PES. Certains programmes exigent des marques de piqûres avant de distribuer des seringues/aiguilles. Dans le contexte d'une relation amicale ou intime, le partage sous-entend la confiance et l'affection, alors qu'un refus peut faire naître des sentiments d'aliénation, de méfiance et de doute. Ces faits ont d'ailleurs été bien documentés dans les écrits portant sur les facteurs qui facilitent ou préviennent l'utilisation de condoms dans les situations sexuelles à risque. D'autres facteurs qui contribuent à entretenir le partage des aiguilles chez certains UDI relèvent de problèmes psychosociaux ou de santé mentale inavoués.

Les distributrices automatiques de seringues stériles sont maintenant en usage dans plusieurs villes d'Europe et d'Australie. Elles fournissent une seringue stérile lorsqu'on y en introduit une souillée. Accessibles 24 heures par jour, elles sont aussi relativement peu coûteuses. Par contre, elles diminuent la fréquence des contacts personnels si importants entre UDI et travailleurs de la santé⁷³.

Au fil du temps, les PES cesseront d'être préventifs s'ils ne réussissent pas à réduire suffisamment le temps de circulation des seringues^{49,85}. D'autres services connexes sont aussi requis : il faut éduquer les UDI sur les

pratiques sécuritaires de partage des drogues, de façon que le VIH et les autres virus ne soient pas transmis par les aiguilles et les seringues. « Les utilisateurs sont déjà conscients du danger qui existe à partager le matériel d'injection, mais tous ne savent pas qu'il y a aussi des risques à s'injecter des drogues déjà contaminées provenant de la seringue de quelqu'un d'autre »⁸².

Les résultats du rapport d'Alcades et al.⁸², sur les études pilotes réalisées en Pologne sur les PES, présentent une conclusion essentielle pour la prévention de la transmission du VHC : même les programmes intensifs échouent à réduire le temps de circulation des seringues. La majorité des aiguilles (étiquetées) étaient toujours en circulation un mois après avoir été distribuées. Alcades et al. concluent également qu'à un moment donné, l'échange de seringues cessera d'être préventif.

Centres d'injection supervisés et « zones de tolérance »

S'inspirant de la philosophie de réduction des méfaits, plusieurs villes d'Europe et d'Australie ont ouvert des centres d'injection supervisés. On appelle ces infrastructures « zones de tolérance », « centres d'injection », « salles de santé » ou « centres de contact »⁷³. Ils fournissent aux UDI du matériel d'injection stérile, des condoms, des conseils et des soins médicaux. Les pays européens comme les Pays-Bas les considèrent comme un élément stratégique pour éliminer la consommation des drogues dans les rues et la nuisance publique.

Plusieurs pays ont inclus des centres supervisés d'injection « sécuritaire » dans leurs programmes de réduction des méfaits, mais l'opinion publique de certains autres pays résiste beaucoup à la formule. La raison d'être des centres est d'accroître l'hygiène en interdisant le partage des drogues et en fournissant du matériel stérile, d'enseigner des pratiques sécuritaires au besoin, de répondre aux besoins médicaux immédiats et aux cas de surdose. Dans la plupart des « salles de santé » ou des « salles de consommateurs », le personnel médical et les intervenants sociaux offrent du counseling, des services

d'orientation et des soins médicaux tels ceux mentionnés plus haut. Les centres ont des règlements sévères pour les UDI et des protocoles de protection du personnel. Les recherches portant sur le contexte environnemental de l'utilisation des drogues a démontré qu'en matière de partage de seringues, les comportements les plus à risque sont « associés à la pratique rapportée de s'injecter dans des endroits publics (rues, toits, parcs, automobiles, toilettes publiques et édifices abandonnés) »⁸⁷.

Comparés aux PES et aux services d'approche, les infrastructures d'injection sécuritaire offrent un approche plus directe de prévention des problèmes connexes à la drogue et d'utilisation des traitements médicaux, pharmaceutiques, et des autres services sanitaires. Dans l'environnement sécuritaire des centres d'injection, le personnel peut interagir avec les UDI qui viennent de s'injecter. Selon Broadhead et al.⁸⁸, « c'est à ce moment que l'UDI est le plus susceptible de se sentir temporairement à l'aise et capable de réfléchir et d'interagir (...); le personnel est alors considéré comme mieux placé que celui des PES ou des services d'approche pour l'inciter à établir une relation d'aide et à discuter de ses problèmes de santé et, au besoin, pour lui fournir des soins immédiats, médicaux ou autres, ou l'orienter vers d'autres services ».

Traitement avec prescription d'héroïne

Dans plusieurs pays d'Europe (Danemark, Suède, Grande-Bretagne, Suisse, Pays-Bas, Allemagne), l'approche en réduction des méfaits inclut la prescription d'héroïne (ou d'autres drogues) par les médecins, les cliniques ou les équipes communautaires de lutte antidrogue⁷³. Les programmes vont de la désintoxication à court terme au traitement et à la réhabilitation à long terme.

Certaines données indiquent que ces programmes de prescription de drogues ont contribué à réduire les problèmes de santé liés à l'utilisation des drogues, à la criminalité et à

la nuisance publique. En effet, lorsqu'elle est utilisée dans des conditions hygiéniques et contrôlées, l'héroïne cause peu de problèmes⁷³.

Engagement des pharmaciens

Plusieurs pays ont activement engagé leurs pharmaciens dans la distribution de méthadone, de matériel stérile, et l'échange de seringues. Cette approche semble bien fonctionner dans certains pays et moins bien se dérouler dans d'autres. Ainsi, en Suisse, les pharmacies vendent des seringues et des trousse d'injection sécuritaire. On estime qu'entre 1993 et 1994, les pharmacies ont vendu 3 000 seringues par jour. En Grande-Bretagne, les pharmacies ont allégé les restrictions qu'elles s'étaient imposées sur la vente de matériel d'injection aux UDI⁸⁹. En Australie, la distribution de matériel d'injection stérile en pharmacie est une composante essentielle de l'accès accru à de l'équipement stérile⁸⁹.

Services d'approche communautaire

Plusieurs pays ont lancé des programmes de services d'approche communautaire à seuil bas qui ne sont pas axés sur l'abstinence. Sous forme de programmes de counseling sans rendez-vous, ils fournissent de l'information sur la réduction des risques et offrent aussi du soutien social et des outils de survie aux UDI. Des programmes de ce genre sont essentiels dans une stratégie globale de prévention de l'utilisation des drogues; ils créent un lien important entre les consommateurs de drogues qui ne sont pas en traitement et les approches de traitement plus exigeantes. À San Juan (Puerto Rico), l'évaluation d'un programme de services d'approche communautaire indique qu'au-delà des tendances populaires mesurées, le programme a contribué à la réduction des comportements à risque (c.-à-d. réduction du partage des cuiseurs et nettoyage plus fréquent des aiguilles avec de l'eau de Javel pour prévenir le VIH)⁹⁰.

Augmentation du nombre de lits ou d'infrastructures de traitement

La plupart des pays à l'avant-garde de la réponse à l'UDI (et au VHC) ont tous substantiellement augmenté le nombre de leurs infrastructures et des lits voués au traitement des dépendances et à la désintoxication.

Plusieurs ont aussi augmenté les services en santé mentale pour les personnes à risque de devenir UDI, telles les personnes qui ont été abusées sexuellement, qui sont déprimées ou alcooliques. Pour sa part, le Canada n'a pas augmenté ses services en ce sens.

Stratégies administratives/de structures

Les stratégies administratives et de structures employées en Europe et ailleurs pour contrôler le VHC et la consommation des drogues sont similaires mais hétérogènes. Une caractéristique les réunit pourtant toutes : le partage des responsabilités dans un effort coordonné des décideurs municipaux et fédéraux.

En Australie, l'information sur la prévention de l'hépatite C et certains services qui dépassent l'éducation préventive sont offerts par un large éventail d'administrations, des grands services de santé publique aux petits ONG, en passant par les services correctionnels. Il est entendu que « la diversité des administrations requiert une approche à plusieurs facettes pour toute politique ou initiative de programme élaborée afin de favoriser les efforts d'éducation préventive face à l'hépatite C et à l'utilisation des drogues injectables ». Les Australiens reconnaissent que les besoins fondamentaux en matière d'infrastructures doivent être étudiés afin d'assurer la capacité des administrations à améliorer les programmes actuels. Ils rapportent que les éducateurs font preuve de beaucoup de bonne volonté pour améliorer les programmes, mais que les contraintes en ressources et en infrastructures limitent leur capacité à effectuer des changements.

Un exemple d'intervention innovatrice de la part d'une instance administrative est le guide du détaillant du PES du New Zealand Trust. Le manuel fournit de l'information détaillée sur des questions d'ordre juridique et social, sur l'administration des programmes et les protocoles de réponse aux situations de risque.

La localisation des infrastructures de traitement et la responsabilité légale pour certains services précis se retrouvent sur la liste des questions essentielles auxquelles il faut trouver réponse⁹². Plusieurs pays (Suisse, Suède et Autriche) ont fait l'expérience d'une formule de traitement obligatoire jumelée à une relocalisation/régionalisation des services. Ces efforts n'ont remporté qu'un succès mitigé, à cause des ressources limitées et de la capacité des administrations locales et régionales à offrir une prestation de services efficace.

Stratégies politiques, législatives et de réglementation

Les politiques doivent être coordonnées, surtout entre les instances de santé, de services sociaux et d'application de la loi. Ces dernières doivent partager le même but et soutenir les mêmes stratégies. Ainsi, les Pays-Bas appliquent une politique réussie face à la drogue : le nombre de personnes qui utilisent des drogues dures est stable depuis l'introduction, il y a près de 30 ans, d'une politique de réduction des méfaits axée sur la santé et le bien-être des toxicomanes⁹³. L'ajustement et le nombre des différents éléments sont ajustés au besoin, mais la philosophie de base n'a pas changé depuis que la politique a été instaurée.

Une des stratégies législatives essentielles pour le contrôle du VHC consiste à décriminaliser/légaliser certains aspects de l'utilisation des drogues injectables. Plusieurs pays infligent maintenant des peines beaucoup moins sévères dans les cas de possession simple de petites quantités de stupéfiants. En Autriche, cette infraction est passible de probation et de traitement obligatoire. Les éléments de la stratégie néerlandaise comprennent des stratégies séparées pour les drogues dures et douces (ex. : rendre les drogues douces accessibles aux personnes qui les consomment

dans des milieux autres que ceux où se vendent les drogues dures, raffiner l'application de la loi pour éviter l'identification négative des consommateurs de drogues), et une augmentation importante des services aux utilisateurs de drogues dures, dont l'échange d'aiguilles et de seringues, les interventions à seuil bas (ex. : camionnette itinérante de distribution de méthadone sans exigence d'abstinence envers les utilisateurs), et à seuil haut (ex. : centres de désintoxication et établissements spécialisés), les services d'approche en milieu de rue, dans les hôpitaux et les centres de détention, où l'on trouve également de l'aide matérielle et des opportunités de réhabilitation sociale⁹³.

« Les spécialistes ont souvent répété qu'il n'existe pas de solution unique aux problèmes liés à l'utilisation des drogues injectables illégales. Une approche globale et équilibrée doit comporter des stratégies visant la santé et d'autres, l'application de la loi. En matière de drogues, des ressources considérables sont actuellement employées à l'application de la loi. Au Canada, elle compte pour 82 pour cent du total des coûts directs associés à la consommation de drogues illégales, alors que les soins de santé ne reçoivent que 16 pour cent des fonds disponibles, et la prévention et la recherche, un maigre 8 pour cent »^{94,95}.

Résumé des stratégies de prévention appliquées dans différents pays

Aux États-Unis, en Grande-Bretagne et dans le reste de l'Europe, MacPherson⁷⁹ constate que les villes ont répondu au problème grandissant de l'abus de substances illicites (et de l'infection au VHC) en adoptant un ensemble de programmes de traitement et de réduction des méfaits et des stratégies d'application de la loi. Dans tous les cas, une approche préconisant un continuum de soins a été utilisée et on s'est assuré de la coordination entre des initiatives musclées d'application de la loi et des stratégies de prévention et d'intervention. Plus important encore, le résultat a été une réduction marquée des décès et des méfaits associés aux drogues.

MacPherson note qu'il existe des différences entre les pays en matière de financement des soins de santé, de responsabilités municipales, d'application de la loi, d'approches en justice criminelle, mais que des caractéristiques similaires peuvent aussi être dégagées. La section suivante, rédigée d'après les rapports de Riley et al.⁷³ et de MacPherson⁷⁹, présente un aperçu des expériences en réduction des méfaits de différents pays.

Suisse

À la fin des années '80, la Suisse s'est trouvée aux prises avec une augmentation massive de la consommation publique de drogues, ce qui a eu pour conséquence néfaste la croissance des scènes de drogue dans les grandes villes du pays. Les programmes de traitement offerts étaient des services à seuil moyen à haut : thérapies conventionnelles d'abstinence, traitements en établissement spécialisé, maison de désintoxication, etc.; alors que les services à seuil moyen comprenaient des soins sociaux et médicaux à but thérapeutique défini : programmes de TM, counseling et autres formes d'aide qui exigent la participation à un programme structuré.

La Suisse a constaté qu'elle atteignait ainsi 20 pour cent des UDI. Avant une première intervention, ces personnes consommaient des drogues depuis déjà en moyenne six ans. Elles étaient marginalisées et avaient peu de contacts avec le système de santé. Le Canada fait également face à des tendances semblables.

La Suisse a mis sur pied et offre un programme fondé sur les quatre piliers de la prévention, du traitement, de la réduction des méfaits et de l'application de la loi. Ce programme équilibre santé publique et ordre public. Il souligne l'importance de fournir à la fois des programmes de réduction des méfaits pour les personnes qui continuent à consommer et des possibilités de traitement pour celles qui veulent cesser. La prévention et la promotion de la santé sont considérées comme les éléments fondamentaux de cette stratégie. Un des éléments essentiels a été la prestation de services à seuil bas immédiats et faciles d'accès. Le but est de créer un continuum de soins

aussitôt que possible. Les services à seuil bas incluent l'accès à de la méthadone; des centres de jour, des refuges, des échanges d'aiguilles, des programmes et des intervenants en services d'approche; des programmes d'emploi, des centres d'injection supervisés; et l'accès à de la méthadone dans les établissements carcéraux.

Allemagne (Francfort)

La plupart des grandes villes allemandes (ex. : Francfort, Hambourg) appliquent une approche en réduction des méfaits qui inclut l'application de la loi, les TM, les PES et les « salles d'injection supervisées ». Quelques-unes s'apprêtent à lancer des essais de prescription d'héroïne qui emportent l'adhésion de la majorité des chefs de police⁷³.

La « résolution de Francfort », abondamment citée, stipule que les poursuites criminelles devraient se concentrer sur le trafic des drogues illégales, et que des politiques de réduction des méfaits devraient être appliquées pour permettre aux toxicomanes de vivre leur vie dignement. À Hambourg, les autorités ont adopté une politique de décriminalisation dans les cas de possession de petites quantités de cocaïne et d'héroïne.

Francfort utilise une approche globale en réduction des méfaits dont le réseau de services accessibles aux UDI inclut des zones de repos de jour ou de nuit, des PES, des « salles d'injection supervisées » et des cliniques mobiles de méthadone. Des réunions hebdomadaires réunissent les policiers, les administrateurs et conseillers municipaux et les médecins dans un effort de collaboration. La ville applique également une nouvelle politique de tolérance dans une partie de l'un de ses parcs. L'approche de Francfort s'est traduite par une réduction significative du nombre d'UDI sans-abri, de la violence, des crimes et des décès liés aux drogues.

États-Unis

L'approche américaine est radicalement différente de celle préconisée par l'Australie et la plupart des pays européens. Les programmes de TM existent depuis les années '60, mais les politiques américaines continuent de mettre

l'accent sur la prohibition, l'abstinence et l'application de la loi. Au contraire de la Grande-Bretagne et des Pays-Bas, l'usage et la possession de drogues sont des délits passibles d'emprisonnement⁷³.

En dépit de l'appui que la communauté scientifique accorde aux PES, la plupart des états américains interdisent la vente, la distribution et la possession de matériel d'injection. Les fonds fédéraux ne peuvent être utilisés aux fins de ces programmes d'échange. Une enquête auprès de 87 de ces services a démontré que 53 pour cent étaient légaux, 23 pour cent étaient tolérés bien qu'illégaux, et 34 pour cent étaient à la fois illégaux et clandestins. L'approche actuelle n'a pas été efficace en termes de prévenir la transmission du VIH ou du VHC chez les UDI.

Portland, Oregon

La ville de Portland a mis sur pied un conseil, le Central City Concern (CCC), qui cible les personnes des quartiers défavorisés, sans abri, instables, souffrant de dépendances et les plus à risque de tomber gravement malades et de mourir. Ces individus marginalisés ont un impact particulièrement négatif sur les entreprises locales et sur la perception qu'a le public quant à sa sécurité.

Le CCC a mis sur pied un continuum de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies qui regroupe un ensemble de services comprenant la désintoxication et l'abstinence, l'hébergement temporaire et permanent, les traitements en clinique externe ou en établissement, l'hébergement dans des milieux sans drogues ni alcool, la formation à l'emploi, l'acupuncture, ainsi que des projets de réparation et de réhabilitation. Ce modèle résulte de plusieurs partenariats qui ont contribué à coordonner les services et l'aide aux personnes vivant avec une dépendance.

Un des éléments les plus importants consiste à fournir à la clientèle un logement stable et un traitement pour la dépendance à l'alcool et aux drogues. L'hébergement proposé comprend le centre de transition, le logement dans des milieux sans drogues ni alcool et pour personnes à faible revenu. Les résultats

démontrent que 30 pour cent des personnes qui passent par toutes les étapes du continuum réintègrent la collectivité et ne font pas de rechute. En alliant désintoxication, traitement et stabilité du logement, projets d'emploi et d'acquisition de compétences, le CCC a créé un modèle de continuum de soins qui a exercé une profonde influence et amélioré la qualité de vie de la collectivité.

Grande-Bretagne

La réduction des méfaits en Grande-Bretagne inclut les PES, la prescription de drogues comme les stimulants, la méthadone orale ou injectable, l'héroïne injectable, les services d'approche communautaire, et la collaboration entre les corps policiers et les fournisseurs de services de santé⁷³. Le modèle de Merseyside en est un exemple.

En Grande-Bretagne, la région de Merseyside vient en deuxième pour son nombre élevé de toxicomanes. Le modèle appliqué s'articule autour de la possibilité qu'ont les médecins de prescrire des drogues, de la mise sur pied précoce de PES, et de la coopération du corps policier local⁷³. La plupart des participants reçoivent de la méthadone orale. Certains reçoivent de la méthadone ou de l'héroïne injectable et quelques-uns ont des prescriptions pour de la cocaïne ou des amphétamines. La région est pragmatique dans sa réponse à l'infection par le VHC. Le modèle est conçu en fonction du fait que l'on considère la transmission du VIH (et du VHC) plus dangereuse pour la santé publique que l'abus des drogues.

Les services incluent des PES décentralisés, des intervenants sur le terrain, des cliniques où les UDI peuvent se procurer des prescriptions de méthadone et d'héroïne, du counseling et des centres de rencontre sans rendez-vous. Les interventions de la justice criminelle comprennent des scénarios d'orientation suite à une arrestation; du soutien pour la mise en liberté sous caution, ce qui permet à une personne accusée d'entrer en traitement; des injonctions de traitement ou de mises à l'épreuve, des initiatives de probation visant à

aider les contrevenants utilisateurs en leur offrant des programmes de traitement plutôt que de les condamner à une peine de prison.

L'une des principales raisons du succès de ce programme est que le corps policier a participé très tôt au processus de planification des services de santé. Des policiers siègent aux comités consultatifs et des travailleurs de la santé leur donnent une formation sur la problématique des drogues et de la santé. La police a également adopté la politique européenne de mise en liberté sous caution des contrevenants toxicomanes et de concentration des efforts sur l'application de la loi en matière de trafic. Elle a également accepté de ne pas surveiller les clients, de ne pas les accuser de possession de seringues et de soutenir publiquement les programmes d'échange⁷³.

Pays-Bas

C'est aux Pays-Bas que les premiers programmes de réduction des méfaits ont été mis sur pied. L'approche est pragmatique et sans jugement; elle comprend l'échange de seringues, l'information et l'éducation, une application sévère de la loi dans le cas des trafiquants et légère pour les consommateurs, la prescription de méthadone et certaines zones de tolérance⁷³.

Dès 1984, les PES étaient mis sur pied dès 1984; ils ont été largement adoptés depuis. À Amsterdam, ce sont les commissariats qui fournissent les seringues. Les programmes de prescription de méthadone font également partie des « programmes à seuil bas » conçus pour régler et stabiliser l'utilisation des drogues injectables. Riley et al.⁷³ font état d'une approche novatrice (un projet « d'autobus de méthadone » à Amsterdam) où des cliniques mobiles fournissent de la méthadone orale, des aiguilles stériles et des condoms. Un petit nombre d'UDI est enregistré à des programmes de méthadone ou de morphine injectable. À Amsterdam, le nombre de personnes ayant participé aux programmes de services sociaux et de traitements sans drogues a plus que doublé depuis le lancement du projet d'autobus et des PES. L'une des raisons de ce succès est qu'on ne demande pas aux

consommateurs de fournir des échantillons d'urine ou d'entrer en contact avec les conseillers⁷³.

Danemark

Au Danemark, la prévalence de l'infection par le VHC chez les UDI semble en diminution. Qui plus est, elle est faible puisqu'on l'estime à moins de 4 pour cent. Près de 90 pour cent des cas d'infection par le VHC peuvent être associés à l'UDI, et la plupart des personnes atteintes ont été contaminées pendant leurs premières années de dépendance aux drogues.

Un rapport national sur la situation (*National Report on the State of the Drugs Problem in Denmark*)⁹⁶ rapporte que la politique danoise en matière de drogues est fondée sur un contrôle efficace, des interventions ciblées et persistantes de prévention et la coordination de services multiples. La prévention constitue l'un des éléments importants visant à contrecarrer l'apparition de nouveaux toxicomanes; conséquemment, elle s'avère décisive dans une politique globale et cohérente dont le but est de réduire et de combattre les dépendances aux drogues.

Une initiative de prévention visant à réduire la propagation du VHC recommande que les UDI soient vaccinés contre l'hépatite B; néanmoins, la majorité des UDI est loin de suivre cette recommandation. Un autre service novateur est la vaccination gratuite. Les services correctionnels et de probation danois ont récemment lancé un programme qui permet à tout UDI de subir un test de dépistage de l'hépatite B.

De plus, afin de prévenir la transmission de la maladie, des condoms sont disponibles dans les établissements carcéraux.

Au Danemark, trois éléments sont traditionnellement inclus dans les efforts de prévention : les drogues doivent être difficiles à obtenir (prohibition); l'information doit être de grande qualité afin d'élever des barrières solides à la consommation des drogues; et les mesures de sécurité sociale doivent venir en aide aux toxicomanes.

Pologne

Dans leur rapport sur les études pilotes réalisées en Pologne sur les PES, Alcabes et al.⁸² ont fait une constatation cruciale pour la prévention de la transmission du VHC : même les programmes intensifs échouent à réduire le temps de circulation des seringues. La majorité des seringues (étiquetées) étaient toujours en circulation un mois après leur distribution.

Australie

Dans leur rapport, Riley et al.⁷³ mentionnent que jusqu'au milieu des années '80, les politiques et les programmes australiens en matière de drogues étaient semblables à ceux du Canada. Depuis, l'Australie a rapidement revu sa perspective afin de répondre à la menace des infections par le VIH et le VHC.

Une approche en réduction des méfaits a été adoptée en 1985 : elle comprend des échanges de seringues, des programmes d'information et d'éducation sur les drogues, et des programmes élargis de TM. Les programmes ont établi des critères d'admission souples à seuil bas. Plusieurs états souhaitent maintenant que des essais de traitement avec prescription d'héroïne soient tenus. La prévalence du VIH chez les UDI australiens est de moins de 5 pour cent. Toutefois, Riley et al.⁷³ suggèrent que les efforts déployés pour contrecarrer l'augmentation de la criminalité liée aux drogues et des décès par surdose n'ont pas été aussi réussis. Sydney envisage de faire l'essai de « centres d'injection supervisés ».

C'est en Australie que l'on retrouve la stratégie nationale globale la mieux conçue pour lutter contre l'hépatite C. Par rapport au reste du monde, l'Australie a vite répondu à l'épidémie en mettant immédiatement l'accent sur la prévention de l'hépatite C, l'éducation, le traitement, les soins et les infrastructures de surveillance.

Une étude de l'approche australienne a conclu que trois stratégies majeures peuvent conduire à ce que l'hépatite C soit considérée comme une priorité : la présentation de données irréfutables qui expliquent la prévalence et l'incidence de l'infection et les répercussions

sur les soins de santé et le bien-être de la société; l'éducation de la collectivité en général, en particulier sur la maladie et la discrimination; et le fait d'encourager le débat sur l'hépatite C d'une manière qui situe la maladie dans le contexte du débat actuel sur la réforme des lois sur les drogues et les options de traitement.

La principale recommandation de l'étude australienne était qu'il fallait mettre sur pied une stratégie nationale afin d'établir un plan d'action pour lutter contre l'hépatite C.

L'Australie était d'avis que cette stratégie devait servir trois fonctions principales : définir les directions et les priorités pour vaincre les défis; établir les bases pour mettre systématiquement en œuvre les éléments essentiels de la réponse nationale à l'hépatite C; et déterminer le cadre où seront appliquées les stratégies ainsi que les rôles et responsabilités de chaque membre du partenariat.

Nouvelle-Zélande

Il y a en Nouvelle-Zélande un important bassin d'UDI non-traités qui présentent un risque pour eux-mêmes et pour la collectivité. Les programmes de TM tendent à être plus spécialisés et centralisés qu'en Australie, au Danemark, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. La Nouvelle-Zélande⁹⁷ a adopté un « nouveau modèle » de services pour les UDI. Essentiellement, l'approche demande que les médecins jouent un rôle important; elle inclut une combinaison de stratégies de traitement, de sevrage et de désintoxication, la création de collectivités thérapeutiques et de cliniques spécialisées. Dans cette approche, le rôle et la disponibilité des médecins sont des éléments déterminants.

Commentaires du Bureau de la stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada

La version provisoire de l'étude menée par le Bureau de la stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada (*Aperçu des tendances internationales actuelles en réduction des méfaits chez*

les UDI)⁸⁹ fait mention des points suivants, pertinents quant à l'hépatite C et à sa prévention dans les villes et pays européens :

- En Suisse, les UDI et la collectivité ont grandement bénéficié de l'énorme augmentation des services (méthadone, etc.).
- Toujours en Suisse, les essais de traitement avec prescription d'héroïne ont fourni des preuves positives intéressantes, mais exigent des évaluations plus pointues et un suivi à plus long terme.
- L'approche « à seuil bas » des Pays-Bas offre de grands espoirs pour la réhabilitation des toxicomanes.
- Toujours aux Pays-Bas, les directions d'avenir semblent s'orienter vers un plus large éventail de soins intégrés et de soins en établissement spécialisé.
- En Grande-Bretagne, les « équipes communautaires de lutte antidrogue » ont pris de l'expansion et sont maintenant un élément majeur du monde de la réduction des méfaits.
- L'Australie a fait preuve de leadership dans son approche de collaboration, laquelle met l'accent sur les partenariats à plusieurs paliers (c.-à-d. local, national, étatique).
- Toujours en Australie, les groupes de pairs sont un aspect essentiel des efforts de réduction des méfaits.
- Les États-Unis expérimentent avec un large éventail de pharmacothérapies alternatives, mais la sévérité de leurs politiques en limite l'usage et la disponibilité.
- En Allemagne, certains aspects des traitements psychosociaux sont obligatoires.

On trouve également dans ce document le résumé d'une étude menée par l'Organisation mondiale de la santé (*Multi-City Study on Drug Injecting and HIV*)⁹⁸. Il est démontré que la méthadone constitue le traitement de choix pour les UDI et que son utilisation s'est beaucoup répandue au cours des dix dernières années. On constate également que divers programmes de traitement avec prescription de drogues ont été mis à l'essai dans plusieurs pays. Les données suggèrent toutefois qu'ils

demandent un important investissement en ressources, une forte volonté politique et publique, et supposent l'existence d'un système intégré de traitement et de réhabilitation.

L'abstinence continue d'être le but final pour tous les pays, mais la plupart d'entre eux reconnaissent la nécessité de services communautaires qui agissent sur les déterminants de la santé. Dans plusieurs pays, l'augmentation de la consommation de cocaïne présente également un nouveau défi, rendu encore plus difficile par le fait qu'il n'existe aucune approche pharmacothérapeutique pour cette forme de dépendance.

Réduction des méfaits

Réduction des méfaits au Canada

Riley et al.⁷³ fournissent un résumé fort utile des efforts de réduction des méfaits au Canada. Ils indiquent que le Canada adopte une approche d'application de la loi en matière d'utilisation des drogues. Ils mentionnent qu'en dépit des obligations canadiennes en rapport avec les traités internationaux sur les drogues, certaines villes et provinces (notamment la Colombie-Britannique et l'Ontario) ont instauré des programmes limités de réduction des méfaits. Ils se résument comme suit⁷³ :

- Le Canada compte plus de 100 PES^f. Les pharmaciens sont de plus en plus actifs. Plusieurs UDI n'accèdent pas assez facilement à du matériel d'injection stérile. Selon la loi actuelle, la possession de seringues propres ne constitue pas une infraction alors que la possession de seringues souillées mène à une inculpation.
- Dans plusieurs régions urbaines et rurales, des groupes communautaires, des cliniques, des infirmiers/infirmières en santé communautaire et des programmes de pairs offrent des services d'approche et de l'éducation sur l'échange de seringues. Cette couverture n'est cependant pas complète.

- Les programmes de TM ont triplé depuis le début des années '90, mais leur nombre est faible par rapport aux besoins.
- Une étude est en cours quant à la faisabilité d'un test de prescription d'héroïne en Amérique du Nord, entre autres à Montréal, Toronto et Vancouver.

En général, les services de traitement des dépendances ne sont pas assez nombreux et la plupart visent l'abstinence. Les programmes de traitement ne répondent pas aux besoins de certains groupes à risque. Ainsi, les femmes enceintes et les mères avec enfants à charge ont de la difficulté à trouver des infrastructures de traitement. Peu de programmes sont conçus pour venir en aide aux jeunes de rue.

Les mesures en réduction des méfaits ont reçu un appui considérable de la part des politiciens, des professionnels de la santé, du public et des médias; on procède actuellement à la mise sur pied du Réseau canadien de réduction des méfaits et la Colombie-Britannique travaille à faire adopter une approche en réduction des méfaits qui engagerait les gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral.

Est-ce que la réduction des méfaits fonctionne?

Au bout du compte, une seule question demande réponse : est-ce que la réduction des méfaits fonctionne, surtout pour prévenir l'hépatite C? Riley et al.⁷³ formulent les observations suivantes :

- Il a été démontré que l'échange de seringues aide à réduire la transmission du VIH et du VHC, diminuant les comportements à risque de plus de 70 pour cent.
- Les programmes de TM sont également efficaces dans la réduction des risques et des méfaits. Le TM est utilisé partout dans le monde et reste le traitement le plus efficace pour la dépendance à l'héroïne. Le succès de ce programme à réduire la criminalité, la maladie, les décès et l'utilisation des drogues est largement documenté. Le TM diminue, et même souvent élimine, la consommation

f Une étude plus récente indique qu'il y a maintenant plus de 200 PES au Canada⁴⁰.

d'héroïne chez les toxicomanes; il aide à prévenir la transmission des infections en réduisant le partage des seringues; il est rentable et fonctionne bien hors du cadre traditionnel des cliniques.

- Les mesures de réduction des méfaits n'encouragent pas les personnes à consommer davantage de drogues ou à commencer à s'injecter. Il n'y a pas eu d'augmentation dans la consommation des drogues dans les collectivités où sont implantés des PES et des services d'approche communautaire.
- Des programmes complets, souples et accessibles, comme ceux préconisés par l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse et la Grande-Bretagne – comprenant counseling, traitement, distribution de condoms et autres formes d'aide – ont contribué à réduire la transmission de l'hépatite C et le nombre de décès chez les UDI, tout en améliorant leur état de santé général. Ces programmes semblent contribuer à réduire les activités criminelles liées aux drogues. La Russie, la Thaïlande et le Brésil utilisent maintenant l'expérience acquise pour concevoir leurs politiques.
- Certaines approches moins globales (ex. : celle de l'Australie) ont réussi à réduire la transmission des infections, mais ont eu moins de succès pour contrer les autres problèmes sociaux et de santé associés à la consommation des drogues.

L'exposé le plus pertinent dans le cadre de ce rapport étudiait l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits en rapport avec l'utilisation des drogues injectables et l'hépatite C au Canada. Un recensement des écrits a conduit Leonard, Navarro et Pelude⁷⁸ à conclure ce qui suit :

- L'effet de protection contre le VHC déjà rapporté au sujet de la participation aux PES⁴¹ n'est pas invariablement soutenu⁴².
- La faible protection offerte par les TM dans le contrôle de l'hépatite C⁹⁹ n'est pas soutenue par les autres études^{64,100,101}. Fournir en méthadone des UDI qui sont à risque d'infection ou de transmission ne contribue

pas nécessairement à prévenir la propagation du VHC. Les résultats d'une étude de prévalence⁵⁹ et d'une analyse des facteurs de risque¹⁰² ne soutiennent pas la preuve à l'appui de l'effet protecteur des TM dans le contrôle de l'hépatite C. À la lumière de ces constatations, Leonard et al.⁷⁸ suggèrent que les efforts actuels pour prévenir la transmission des pathogènes à diffusion hématogène sont insuffisants pour endiguer l'infection par le VHC.

- Leonard, Navarro et Pelude⁷⁸ rapportent des taux d'incidence du VHC variant entre 4,2 par 100 personnes par année^{103,20,964} et 28,6⁹⁹ par 100 personnes par année. Dans les milieux où les mesures de prévention ont contribué à garder faible le taux d'incidence et de prévalence du VIH, le taux de transmission du VHC continue d'être extrêmement élevé, en particulier chez les jeunes UDI.

Leonard, Navarro et Pelude concluent donc que :

- En dépit de la mise en œuvre massive de stratégies de prévention qui semblent avoir réussi à maintenir ou à réduire à un taux assez bas la prévalence du VIH, un certain nombre d'études rapportent des taux élevés de prévalence et d'incidence du VHC.
- Les efforts de prévention ciblant la transmission du VIH chez les UDI ne sont que partiellement efficaces pour prévenir la propagation du VHC.
- Étant donné le haut taux de prévalence mondiale de l'hépatite C chez les UDI, la nature hautement infectieuse du virus et sa grande transmissibilité, il pourrait être indiqué d'éliminer tous les comportements liés à l'injection des drogues et les risques d'infection par le VHC qui en découlent.

Leonard, Navarro et Pelude⁷⁸ recommandent que des fonds de recherche soient alloués pour étudier la faisabilité et l'efficacité de mettre en œuvre des stratégies d'intervention visant à encourager la transition vers des modes de consommation autres que l'injection, soit en fumant, en sniffant ou en avalant les drogues. Par ailleurs, ils suggèrent qu'une recherche soit

entreprise sur les programmes de TM à haute dose qui mèneraient à l'arrêt complet des injections. Ils soulignent également la nécessité, pour la recherche, de documenter les conséquences sanitaires, sociales et économiques que constitue un grand nombre d'UDI actuellement atteints du VHC ou sur le point de l'être⁷⁸.

Leçons tirées de l'étude des stratégies

Voici les leçons que nous pouvons tirer de notre étude de la consommation des drogues injectables en rapport avec l'hépatite C.

Prévention de l'utilisation des drogues injectables

- L'incidence de l'infection par le VHC est très élevée chez les UDI. Conséquemment, les stratégies de réduction des méfaits n'exerceront pas un impact suffisant sur l'incidence et la prévalence de l'hépatite C. On doit s'attaquer au problème en réduisant significativement l'utilisation des drogues injectables.
- L'épidémie ne pourrait continuer si les rangs de la population des UDI ne s'enrichissaient de nouvelles recrues « à risque ». Plusieurs UDI et personnes à risque de consommer des drogues (ex. : jeunes, nouveaux détenus) auraient donc avantage à recevoir plus d'information sur les risques d'infection par le VHC et le partage de tout matériel d'injection.
- Il sera impossible de diminuer significativement l'UDI (ou l'infection par le VHC) si l'on ne s'attaque pas aux racines de cette consommation et aux défis criants associés aux déterminants de la santé chez les individus pauvres, marginalisés ou incarcérés et chez les peuples autochtones.
- Des stratégies alternatives de prévention doivent être étudiées, par exemple, encourager les utilisateurs à adopter des modes de consommation différents (non-parentéraux), comme fumer, sniffer ou avaler les drogues.

UDI et voies de transmission du VHC

- Des systèmes de surveillance doivent être mis en place afin de suivre de près l'incidence et la prévalence chez les UDI (consultez la section sur le VHC en Nouvelle-Zélande : future prévalence et impact)¹⁰⁴.
- Il y a un lien positif entre la probabilité d'infection par le VHC et l'intervalle qui s'est écoulé depuis la première injection, et un lien probable avec la fréquence d'injection.
- La plupart du temps, certains UDI ne partagent pas volontairement leur matériel d'injection. Néanmoins, la prévalence de l'infection par le VHC est tellement grande que le taux de transmission continuera d'être élevé même si le partage d'aiguilles et de seringues reste peu fréquent.
- Le VHC se transmet non seulement par les seringues et les aiguilles, mais aussi en partageant tout autre matériel d'injection, comme les cuillères, les filtres, l'eau et les garrots; il peut aussi être transmis par le biais des surfaces touchées au cours de la préparation de l'injection.
- Même s'ils rencontrent un vif succès, les programmes de prévention du VIH ne suffisent pas à juguler l'épidémie d'hépatite C.

Recherche

- Il faut donner une définition plus large aux « résultats d'intérêt », qui ira au-delà de la morbidité/mortalité et de l'utilisation des services de santé pour englober des indicateurs de santé psychosociaux et communautaires.
- La recherche doit cerner les comportements et les situations qui contribuent à la propagation du VHC chez les UDI, de manière à élaborer et à mettre en œuvre des programmes de prévention appropriés.
- La recherche doit se poursuivre sur la prévention de la transmission des pathogènes à diffusion hémotogène.

PES et centres d'injection supervisés

- Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ont réduit le taux de transmission du VIH et du VHB, mais pas celui du VHC. Sans ces programmes, le taux d'infection par le VHC serait probablement encore plus élevé.
- La distribution de seringues/aiguilles par les pharmacies ou les distributrices est une solution envisageable; les pharmaciens pourraient également offrir du counseling aux UDI. La distribution de matériel d'injection stérile et la collecte de matériel usé par les pharmacies facilitent l'accès au matériel d'injection.
- Dans les quartiers défavorisés, certains sous-groupes (p. ex. les jeunes de rue) seraient mieux servis par davantage de services d'approche et de PES qui distribuent des trousseaux comprenant le matériel d'injection nécessaire.
- Les « centres d'injection supervisés » représentent une nouvelle stratégie de réduction des méfaits : ils mettent les UDI directement en contact avec les intervenants médicaux et les travailleurs sociaux, et permettent non seulement de les informer, mais aussi de leur faire respecter des pratiques d'injection sécuritaires. Ils sont bien accueillis par beaucoup d'UDI qui apprécient le soutien médical et social offert. En plus de la prestation des services immédiats, les centres sont un endroit utile pour contacter, informer et soutenir les UDI qui envisagent un traitement et une réhabilitation.
- Les centres/cliniques d'injection supervisés avec intervenants médicaux et sociaux semblent prometteurs pour réduire la consommation des drogues injectables et l'infection par le VHC.

Traitements et services de soutien

- Les traitements doivent être offerts séparément des services de counseling de façon que les patients puissent obtenir les seconds sans avoir recours aux premiers.

- Il est urgent de mettre sur pied des services d'aide aux UDI et d'améliorer ceux qui existent, comme les traitements pour les dépendances et les refuges¹⁰⁵. Combattre l'épidémie d'hépatite C doit se traduire par une augmentation importante du nombre de lits et de services nécessaires aux traitements. Les besoins fondamentaux, comme la nourriture, l'hygiène et la sécurité, doivent également être pris en compte.
- Les professionnels en soins primaires, comme les généralistes, doivent s'impliquer plus activement auprès des consommateurs de drogues plus stables.
- Afin de réduire leur charge virale, les personnes atteintes du VHC devraient être vaccinées contre l'hépatite B. Dans leur rapport sur une étude italienne portant sur un vaccin contre le VHC, Abrignani et Rosa¹⁰⁶ ont conclu que le vaccin était possible, mais que la principale leçon à retenir est qu'un vaccin, quel qu'il soit, doit protéger à la fois contre les infections simples et contre les infections chroniques déclenchées par différents génotypes du VHC.

Programme de traitement par la méthadone (TM)

- Les pays les plus progressistes en matière de contrôle des infections associées à l'UDI et d'amélioration de la santé des UDI ont beaucoup augmenté les services offerts à cette population. Le but final est de promouvoir l'abstinence durable à l'aide de méthadone et d'éliminer complètement la consommation des drogues illégales.
- Les programmes de TM et les PES sont des éléments essentiels de la stratégie; ils doivent être offerts avec d'autres services et programmes de réhabilitation pour aider les UDI à cesser de consommer et à prendre une part active à la vie en société.
- On devrait envisager les programmes élargis de TM qui préconisent la souplesse (programmes sur mesure) et offrent un éventail de services. La prescription de méthadone et d'autres drogues de substitution devrait se faire à l'intérieur de programmes rigoureux et bien contrôlés.

- Dans certains cas, la distribution par les pharmaciens de méthadone et d'autres drogues de substitution peut s'avérer plus rentable et plus facile d'accès, alors que dans d'autres cas, elle peut ne pas fournir suffisamment de soutien ou permettre une surveillance satisfaisante.

Réhabilitation et engagement des UDI

- Jumelés à d'autres services nécessaires, les programmes de TM réussissent à réduire ou à arrêter la consommation chez un fort pourcentage d'héroïnomanes, en plus de les aider à adopter un style de vie plus normal. Néanmoins, pour que le toxicomane cesse de s'injecter, il faut que les doses de méthadone soient assez fortes. Les toxicomanes qui, en plus du programme de TM, suivent des programmes de traitement des pharmacodépendances et de réhabilitation, sont plus susceptibles de devenir totalement abstinents que ceux qui ne passent pas par cette étape intermédiaire. Il est plus commode, pour les fournisseurs de TM et les patients, que cette forme de traitement soit offerte à même les services médicaux courants.
- Certains services, comme l'hébergement, la préparation à l'emploi et la réhabilitation sociale, sont nécessaires et doivent être augmentés si l'on veut encourager les UDI à réintégrer la société et à vivre une vie productive.

Gouvernements et politiques

- Chaque palier de gouvernement (fédéral, régional, municipal) doit allouer des ressources et affecter du personnel à la prévention de l'hépatite C et de l'utilisation des drogues injectables.
- Les partenariats entre les groupes d'UDI, les gouvernements et les professionnels de la santé sont essentiels à la planification et à la prestation d'interventions de prévention.

Enjeux juridiques et opinion publique

- Les services de maintien de l'ordre, de traitement et de réhabilitation doivent être mieux intégrés en une formule de réponse rapide, de façon que les UDI qui ne sont pas revendeurs se voient orientés vers des services d'aide et de traitement au moment de leur arrestation.
- Un des aspects fondamentaux de la réduction des méfaits et de la lutte contre l'hépatite C est une application plus rigoureuse de la loi et des peines plus sévères en matière de production, d'importation et de trafic à grande échelle de drogues illégales. Cette politique est indispensable puisque beaucoup de gens craignent que la réduction des méfaits se traduise par une plus grande permissivité à l'égard des drogues. Ainsi, pour obtenir l'appui de l'opinion publique, les Pays-Bas (et d'autres) ont dû être parfaitement clairs sur le fait que la poursuite musclée des principaux revendeurs de drogues est l'un des fondements d'une stratégie efficace.
- On recommande d'assouplir l'application de la loi pour la consommation de petites quantités de drogues et d'augmenter les possibilités de traitement.
- La prescription d'héroïne ou d'autres drogues pharmaceutiques peut être utile dans le cas du petit nombre de toxicomanes qui ont échoué avec les autres possibilités de traitement. Ce n'est pas une option populaire auprès du public et elle ne semble pas être nécessaire pour la grande majorité des patients.
- Dans tous les cas, une stratégie de prévention réussit si l'on adopte une attitude neutre et sans jugement qui s'attache à aider et non à punir les utilisateurs de drogues^{107,108}, et si l'on s'efforce de combattre et de réduire les préjugés, la discrimination et le harcèlement dont les UDI sont victimes dans la société en général et dans les services offerts en particulier.

Directions stratégiques possibles de prévention de l'hépatite C

Dans la section qui suit, nous présentons trois perspectives qui pourraient être adoptées par le Canada comme stratégies de prévention de l'hépatite C : l'approche australienne, l'approche de Vancouver, et la vision du Comité sur l'hépatite virale de l'Organisation mondiale de la santé⁷. Ces stratégies s'accordent parfaitement avec celles du NIH américain et des administrations européennes, ainsi qu'avec les mesures préconisées dans les documents de stratégie canadienne.

L'approche australienne

Tel que mentionné, l'Australie a mis au point une excellente stratégie de lutte contre l'hépatite C. Dans un document intitulé *Hepatitis C: A Review of Australia's Response*³⁵, l'Australie présente sa réponse au VHC et les leçons qu'elle a tirées de sa mise en œuvre. Voici les principes directeurs qui ont été dégagés de l'expérience :

- Les stratégies de prévention doivent cibler les groupes chez qui le VHC est présentement transmis et les personnes qui sont le plus à risque de contracter la maladie.
- Seules les stratégies dont on juge d'après l'expérience et l'information actuelles qu'elles auront une chance d'être efficaces doivent être recommandées et adoptées.
- La prévention est une activité continue qui touche plusieurs aspects; elle ne peut être - et n'est pas - atteinte par des activités ponctuelles ou à court terme, ou par des stratégies qui ne compoent qu'une seule modalité.
- On peut facilement prévenir la propagation du VHC en modifiant les comportements individuels. Des programmes d'éducation et de prévention sont requis pour permettre aux personnes d'effectuer ces changements et pour les soutenir dans leur démarche.

- L'ensemble de la collectivité a le droit s'approprier la protection contre l'infection.
- Des mesures dans les systèmes juridique et carcéral devraient compléter celles appliquées en santé publique et contribuer à l'éducation.
- Il faut éliminer la discrimination à l'égard des personnes atteintes et à risque d'infection.
- Les objectifs en santé publique n'atteindront leur pleine efficacité qu'avec la participation active des personnes atteintes du VHC et de celles qui sont le plus à risque de le contracter. Ces objectifs sont beaucoup plus difficiles à atteindre avec la population hétérogène des UDI.
- Un consentement éclairé devrait toujours être obtenu avant tout test de dépistage du VHC. Les résultats devraient demeurer confidentiels et du counseling devrait être fourni avant et après le test.
- Les gouvernements et les employeurs ont la responsabilité d'offrir des conditions de travail et des programmes de formation qui minimisent les risques de transmission en milieu professionnel, là où cette responsabilité ne va pas à l'encontre des principes de confidentialité.
- Des recherches sur l'épidémie sont essentielles pour formuler des stratégies de prévention adaptées. Elles doivent s'appuyer sur les dernières découvertes en épidémiologie et en mécanismes de pathogénie, et les données les plus récentes sur les facteurs influençant les changements de comportement.

La stratégie nationale australienne définit un ensemble de défis et de cibles, et définit des stratégies excessivement pertinentes à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie canadienne efficace de prévention de l'hépatite C. Un rapport détaillé comptant plus de 150 recommandations sur la prévention de la transmission du VHC a également été publié

par le Standing Committee on Social Issues du Parlement de la Nouvelle-Galles du Sud. Parmi les recommandations, on retrouve :

- réduire le nombre de nouveaux cas d'infection par le VHC;
- réduire la prévalence de la pratique d'injections à risque;
- réduire la prévalence de la pratique de l'injection;
- favoriser l'éducation des UDI;
- abattre les obstacles juridiques à la prévention;
- utiliser les traitements et les soins comme outils de prévention secondaire;
- améliorer le contrôle de l'infection;
- déterminer des cibles d'éducation et de prévention qui peuvent être atteintes;
- mettre au point un vaccin efficace contre l'hépatite C;
- améliorer les traitements et les soins pour les personnes atteintes du VHC;
- poursuivre les bonnes recherches;
- augmenter les partenariats;
- clarifier les cadres, les rôles et les responsabilités.

L'approche de Vancouver

Notre étude penche fortement en faveur de l'adaptation de l'approche en quatre volets élaborée avec l'accord de Vancouver. En ce qui a trait à l'hépatite C, cette approche inclut la prévention du VHC, le traitement des personnes atteintes, le traitement des personnes qui sont malades à cause de leur consommation de drogues injectables, l'application des lois sur les drogues et la réduction des méfaits en général. Les études utilisées pour élaborer l'approche de Vancouver ont mis en lumière les leçons tirées par d'autres administrations. Parmi celles-ci :

- La coordination de la prévention doit être assurée entre les paliers municipal, provincial et fédéral.
- Tous les paliers ont leur rôle à jouer dans la coordination des interventions et dans la surveillance et l'évaluation de leur impact.
- Les initiatives de prévention primaire actuelles sont inadéquates parce qu'il n'y a pas suffisamment de ressources allouées dans des domaines comme les programmes de prévention dans les écoles, et parce que plusieurs efforts de prévention sont mal évalués, quand ils le sont.
- Il est clair qu'il faut établir un « continuum de soins », de l'intervention de crise à la réhabilitation psychosociale.
- L'expérience américaine (Portland) et européenne (Francfort) indique que dans la problématique du VHC (et des UDI), le lien important existe entre le traitement et le logement stable à prix modique.
- Dans plusieurs pays européens, des programmes novateurs de réorientation (ex. : les tribunaux de traitement de la toxicomanie) se sont révélés importants dans la composition d'une stratégie intégrée en santé publique; plusieurs exemples innovateurs (ex. : à Toronto) existant actuellement au Canada pourraient être élargis et mieux évalués.
- Les programmes de TM, les traitements aux opiacés de substitution et la prescription d'héroïne ont tous un rôle à jouer dans la prévention de l'utilisation des drogues injectables et de l'hépatite C. En Europe, les résultats sont prometteurs, mais ambigus quant aux essais avec l'héroïne. Des interventions pilotes mieux conçues et mieux évaluées doivent être mises en œuvre. De même, l'expérience acquise dans d'autres pays appuie l'utilisation des « centres d'injection supervisés ». Comme il n'existe aucune donnée canadienne à ce sujet, il faudra mener des tests rigoureux pour adapter le concept au contexte national.

- On peut tirer deux leçons de l'expérience européenne avec les centres d'injection supervisés. D'abord, l'engagement de la collectivité (par l'éducation et la consultation) est primordial pour établir des politiques réussies. Ensuite, il faut s'assurer que la conception, la localisation et les règlements des infrastructures conviennent à la population cible.
- Dans l'ensemble, la preuve suggère que les PES peuvent prévenir la transmission du VHC, aider l'ensemble du traitement, améliorer la santé et être la porte d'entrée qui permet de répondre à des besoins psychosociaux plus larges. La littérature présente bien quelques incohérences, mais la preuve tend à indiquer que les échanges de seringues peuvent être un élément important d'une stratégie intégrée de prévention de l'hépatite C.
- Les personnes à risque de contracter le VHC doivent pouvoir accéder facilement aux ressources et aux services offerts grâce à un réseau intégré de services « à seuil bas ».

Des directions stratégiques de lutte contre l'hépatite C peuvent également être définies d'après l'excellente étude menée dans le cadre de l'accord de Vancouver. Les actions possibles pour améliorer la prévention de l'hépatite C comprennent :

- mettre sur pied une commission indépendante sur l'hépatite C;
- améliorer l'éducation du public et des fournisseurs des services d'urgence sur la façon de se comporter face à l'hépatite C;
- fournir plus d'infrastructures de désintoxication, de traitement, de rétablissement et de services d'approche, dont les TM et les PES;
- ré-étudier la faisabilité d'un programme de traitement avec prescription d'héroïne, à la lumière de la stratégie de réduction des méfaits dans son ensemble;
- allouer des fonds plus substantiels aux programmes d'aide à la désintoxication;

- fournir une meilleure éducation aux professionnels de la santé et aux fournisseurs de services afin d'approfondir leur connaissance de l'hépatite C, des comportements à risque et des problèmes de santé connexes;
- mettre sur pied des programmes éducatifs sur les compétences parentales, les habiletés de fonctionnement et les stratégies de recherche d'emploi pour les bénéficiaires d'aide sociale;
- augmenter le nombre de solutions d'hébergement - maisons communautaires, appartements indépendants, refuges et maisons de transition pour ex-toxicomanes - et s'assurer qu'elles rencontrent les normes d'hébergement;
- établir des centres de traitement des dépendances dans les familles;
- fournir des garderies, du transport et de l'aide matérielle aux mères qui participent à des programmes de traitement;
- améliorer l'accès aux infrastructures de désintoxication pour les jeunes toxicomanes et mettre sur pied des programmes de suivi pour les parents et les jeunes;
- inciter les peuples autochtones à participer plus activement à la planification des services et des programmes régionaux et locaux de lutte contre l'hépatite C;
- faire en sorte que les personnes atteintes de maladie mentale reçoivent de l'aide à la survie et le soutien de la collectivité;
- créer des programmes de désintoxication de l'alcoolisme et des autres toxicomanies et des programmes éducatifs obligatoires pour les jeunes contrevenants;
- concevoir des modules éducatifs pertinents et adaptés au contexte local, portant sur les habiletés de vie, l'abus d'alcool et de drogues, les risques d'infection par l'hépatite C, l'adaptation quotidienne et l'art d'être parent, et les intégrer aux programmes d'études secondaires;

- étudier la faisabilité de décriminaliser la possession et la consommation de substances précises pour les toxicomanes.

Les plus récents éléments de l'approche de Vancouver ont été annoncés : il s'agit de projets pilotes de prévention dans les quartiers défavorisés, pour les enfants à risque de 8 à 13 ans; d'un centre de traitement pour jeunes toxicomanes avec un programme d'une durée possible de deux ans; d'un projet pilote visant à sortir les jeunes de l'industrie du sexe; d'un programme d'éducation publique pour les parents; de 2 000 nouvelles places pour le traitement par la méthadone; et du renouvellement des efforts pour nettoyer les endroits publics des seringues qu'on y trouve (*Vancouver Sun*, 20 avril 2001). Le 4 juillet 2001, le ministre de la Santé, Allan Rock, confirmait qu'au cours des deux prochaines années, plus de 3,2 millions de dollars seront versés à la Colombie-Britannique pour le traitement des toxicomanies et la réhabilitation¹⁰⁹.

L'approche de l'Organisation mondiale de la santé

Le Comité sur l'hépatite virale de l'OMS⁷ a établi les directions stratégiques suivantes pour la prévention de l'infection par le VHC à l'échelle mondiale :

- Prévenir la transmission du VHC par le biais du sang ou des produits sanguins reste nécessaire.
- Les professionnels de la santé et le public doivent recevoir la meilleure information possible sur les facteurs de risque et les voies de transmission du VHC.
- Les praticiens des médecines non-traditionnelles, comme les acupuncteurs, de même que les personnes qui offrent des services impliquant une pénétration de la peau (ex. : le tatouage) doivent également être informés des facteurs de risque et des voies de transmission du VHC.
- L'exposition au VHC en milieu professionnel devrait être minimisée grâce à l'éducation et à l'utilisation de procédures sécuritaires.

- Le fait que l'on peut contracter le VHC en utilisant des drogues injectables doit être souligné dans les programmes visant à prévenir ou à réduire la consommation des drogues; cette information devrait également être incluse les programmes de lutte contre le VIH.
- Les patients et le public en général devraient savoir que le risque de contracter le VHC par voie sexuelle ou par le biais d'articles ménagers est faible, mais qu'il reste présent.
- Une analyse économique des coûts, des avantages et de l'efficacité du dépistage du VHC doit être faite; le dépistage est recommandé pour les patients qui reçoivent des transfusions ou des transplantations, ceux qui reçoivent des produits de plasma sanguin, les UDI, les patients souffrant de déficience rénale chronique et les partenaires des personnes séropositives.
- Le dépistage de routine du VHC n'est pas recommandé pour les femmes enceintes, les travailleurs de la santé, ou pour le dépistage de routine dans les cliniques de sang dont les fonds sont limités.

La prévention de l'hépatite C au Canada

Santé Canada²⁵ a déposé les recommandations de six groupes de travail (surveillance; interventions en santé publique; laboratoires de santé publique; problématique des UDI; éducation; et approvisionnement en sang) mis sur pied lors de la Conférence nationale de concertation, en 1998. Les composantes recommandées pour la stratégie canadienne comprennent :

- La surveillance (identifier les nouvelles infections, documenter les facteurs de risque, appuyer l'évaluation des programmes de prévention, etc.).
- Le dépistage du VHC pour toutes les personnes présentant des facteurs de risque, comme face à des antécédents d'utilisation de drogues injectables chez un individu dans le contexte d'une évaluation complète de ses besoins en santé. Ces derniers peuvent inclure

le dépistage d'autres infections, comme le VIH, le traitement de la dépendance, du counseling, le choix d'un traitement contre le VHC, et du suivi.

- Les personnes qui ont de nombreux partenaires sexuels devraient avoir des pratiques sécuritaires en utilisant des méthodes dites « de barrière ». Dans l'ensemble, les partenaires de longue date n'ont pas besoin de changer leurs pratiques sexuelles si l'un des deux est atteint du VHC. Les partenaires devraient néanmoins savoir que même si le risque de transmission est faible, il demeure présent, et que des méthodes de barrière peuvent être utilisées.
- Il faut recueillir des données sur les facteurs de risque : la santé publique, en particulier, devrait faire un suivi auprès des médecins et des fournisseurs de soins primaires pour déterminer s'il y a antécédent de don ou de transfusion de sang; si c'est le cas, cette information devrait être transmise à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec (SCS et HQ). La santé publique, la SCS et HQ doivent partager l'information de leurs bases de données (ex. : le nom de toutes les personnes atteintes du VHC est vérifié pour déterminer si elles ont déjà donné du sang), mais il faut établir des fondements juridiques et éthiques pour ce faire.
- Il se passe peu de temps entre la première injection de drogue et l'infection par l'hépatite C : sans exclure d'autres groupes, les efforts de prévention devraient donc avant tout cibler les personnes qui commencent à s'injecter et celles qui envisagent de le faire. Les programmes de prévention de l'hépatite C devrait suivre le modèle de réduction de méfaits pour leur stratégie de promotion de la santé. Ils devraient inclure des centres d'injection spécialisés; des PES; l'accès à du matériel d'injection stérile; un accès plus facile à des services de désintoxication et de réhabilitation, en particulier pour les mineurs et les jeunes adultes; des services de soins de santé intégrés et bien coordonnés; des groupes de représentation pour les utilisateurs; et des traitements aux drogues de substitution à seuil bas.
- Un comité avisier fédéral/provincial pourrait être désigné pour mettre en œuvre le plan d'action national de lutte contre l'hépatite C et l'utilisation des drogues injectables; là où les problématiques se rejoignent de manière significative, les autres maladies infectieuses causées par des pathogènes à diffusion hématogène souvent rencontrées chez les UDI devraient être incluses dans les travaux du comité.
- Les toxicomanes eux-mêmes devraient participer à tous les niveaux de discussion et d'intervention. Il faudrait créer des groupes de soutien pour toxicomanes, les approvisionner en ressources et leur assurer l'appui des paliers local et fédéral/provincial/territorial.
- Du matériel éducatif devrait être conçu pour les groupes cibles; il pourrait être diffusé par les réseaux existants, comme les cliniques de méthadone et les PES. S'allier à des programmes sur le VIH/les MTS, eux-mêmes inadéquats, exigerait des ressources additionnelles.
- Il faut améliorer la perception et l'attitude du public face aux UDI et traiter la consommation des drogues comme un enjeu de santé et non comme une problématique criminelle; mettre sur pied un comité national pour étudier les lois actuelles en matière de drogues; et trouver réponse à l'isolement social et à l'exclusion puisqu'ils augmentent les risques d'infection par le VHC.
- Les services d'approche devraient cibler les personnes qui commencent à s'injecter des drogues, et offrir de l'éducation sur les alternatives à l'injection et les pratiques d'injection sécuritaires. Les interventions communautaires doivent renouveler leurs programmes destinés à la jeunesse d'éducation sur les drogues.
- Les mesures de prévention appliquées dans la collectivité devraient également l'être en milieu carcéral.
- L'élaboration d'une campagne de sensibilisation nationale parrainée par le gouvernement fédéral devrait être une priorité. Un centre national d'information

pourrait être établi où les fournisseurs de soins de santé, les patients et le public en général pourraient trouver de l'information sur l'hépatite C. Un numéro de téléphone sans frais devrait apparaître sur toute publication papier ou électronique portant sur l'hépatite C.

- Le public en général croit que la cause de l'infection par le VHC est la transfusion sanguine et non l'utilisation des drogues injectables. Les interventions éducatives doivent cibler les groupes les plus à risque, mais aussi les fournisseurs de soins de santé et le grand public. Les programmes éducatifs doivent être intensifs, soutenus et culturellement adaptés.
- À travers un processus de consultation avec les universités/écoles/ organismes professionnels, des formations personnalisées s'appuyant sur l'expérience devraient être conçues pour les fournisseurs de soins de santé; elles devraient prendre en compte leur connaissance de l'utilisation des drogues injectables, leur aisance à interagir avec les toxicomanes ou à intervenir dans des problématiques connexes. On devrait également élaborer des bulletins, des fiches techniques (à l'usage des fournisseurs de soins de santé pour le counseling) et des encarts pour les revues professionnelles.
- Il faut offrir du counseling sur le partage des produits d'hygiène personnelle.
- Il n'est pas recommandé de décourager la grossesse; bien qu'il y ait controverse au sujet de l'allaitement et de la transmission du VHC, l'allaitement est recommandé sauf quand les mamelons saignent ou qu'ils sont gercés.
- Une réglementation doit être mise en place pour assurer des services de perçage corporel sécuritaires.
- Des recherches doivent être entreprises pour déterminer les raisons qui incitent un individu à commencer à s'injecter des drogues; pour définir les déterminants qui le conduisent à réduire ou à cesser sa consommation; pour étudier le VHC et l'usage des stéroïdes à des fins non-médicales, la méthadone, etc.

- Il faut développer une approche en santé intégrée qui porte une attention particulière à l'utilisation des drogues injectables et aux comportements à risque associés pour le milieu scolaire et les services de prévention primaire et de réduction des méfaits.
- Il faut éduquer et soutenir les intervenants qui travaillent avec les groupes à risque élevé.

Résumé des directions stratégiques

Nous présentons ici une synthèse de nos observations sur les efforts de prévention du VHC dans les pays développés, enrichie d'un apport substantiel adapté de Crofts et Wodak⁵⁸. On y trouvera certaines directions stratégiques fondées sur l'expérience internationale, qui pourraient être utilisées par le Canada pour mettre sur pied des programmes et des politiques à court et à long terme.

Directions générales et recherche

- Un plan stratégique des meilleures pratiques éducatives de prévention de l'hépatite C doit être élaboré, avec définition des objectifs, des principes, des populations prioritaires, des méthodes de surveillance et d'évaluation.
- Les ministères de la Santé, les groupes d'UDI et les organismes de lutte contre l'hépatite C doivent adopter une approche commune.
- Les efforts visant à améliorer le suivi et la surveillance de l'hépatite C doivent être appuyés afin de suivre l'épidémie et d'informer les politiques et les programmes.
- Les administrations pourraient surveiller la prestation des stratégies aux groupes à risque élevé et évaluer les résultats obtenus par rapport aux cibles choisies.
- Les administrations doivent expliquer à la collectivité l'importance, pour la santé publique, de prendre des mesures pour contrôler l'hépatite C chez les UDI.

Échange de seringues

- Les groupes d'UDI, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les groupes communautaires de lutte contre l'hépatite C doivent recevoir plus de financement afin de pouvoir continuer leurs efforts de prévention du VHC.
- Les administrations doivent s'engager à maintenir une croissance annuelle de 10 pour cent pour les PES, en multipliant le financement, en améliorant l'efficacité de la vente de matériel d'injection et en la déréglementant.
- Les provinces et les territoires pourraient mettre sur pied un plan conjoint pour des programmes de ressources matérielles, de réduction des méfaits et de centres d'injection supervisés, qui pourraient être différemment évalués selon les endroits.
- Les administrations doivent considérer la possibilité de déréglementer en partie le matériel d'injection et étudier les coûts et les avantages de cette décision.

Traitements

- La capacité du système de traitements des toxicomanies doit être renforcée pour satisfaire les besoins qui n'ont pas été comblés; l'éventail de traitements doit être élargi et offert selon les besoins.
- Les TM doivent être augmentés de 10 pour cent chaque année; la qualité doit être contrôlée et on doit s'engager à expliquer les avantages de ces traitements au public.
- La recherche doit être appuyée pour améliorer l'efficacité des traitements et en évaluer d'autres.
- Les résultats de l'essai suisse de prescription d'héroïne doivent être étudiés en considérant la possibilité de mener un essai semblable.
- Le nombre de personnes inscrites à une pharmacothérapie élargie pourrait être augmenté de 10 à 15 pour cent chaque année, avec un contrôle adéquat de la qualité.
- Des interventions éducatives et cliniques pourraient être conçues pour faciliter la transition à un mode d'utilisation des drogues autre que l'injection chez les UDI qui ne peuvent ou ne veulent s'abstenir de s'injecter, et pour retarder l'adoption de la pratique chez les personnes qui commencent à utiliser des drogues ou pour en réduire le nombre.
- Des traitements antiviraux doivent être fournis à une échelle et de la manière qui conviendront pour contrôler l'hépatite C.

Enjeux juridiques et milieu carcéral

- Il serait judicieux d'intensifier la réorientation de contrevenants choisis vers des options qui ne comportent pas de peines de prison.
- Les services correctionnels des différents paliers doivent mettre sur pied des programmes éducatifs pour les détenus et les gardiens ou enrichir ceux qui existent, les programmes de distribution d'eau de Javel et de TM, et les essais de recherche pour évaluer les coûts et les avantages des PES et des centres d'injection supervisés en milieu carcéral.
- Les tests d'urine pour détecter la présence de cannabis doivent être interrompus. Les traitements de dépendance aux drogues doivent être de la même qualité que ceux offerts dans la collectivité.
- Un essai de recherche visant à évaluer un projet pilote d'échange de seringues et de centre d'injection supervisé pourrait être mené dans un centre de détention provisoire; des mesures pour réduire la transmission du VHC appliquées dans les centres de détention pour adultes doivent être considérées pour les établissements accueillant des jeunes contrevenants.
- Le tatouage en milieu carcéral doit être décriminalisé et réglementé; le coût du matériel de rasage et des brosses à dents doit être considérablement réduit afin de réduire le partage.

Finalement, une stratégie globale de prévention de l'hépatite C doit inclure des stratégies pour réduire l'utilisation des drogues en général et des drogues injectables en particulier, diminuer la transmission du virus et juguler l'épidémie, et répondre aux conséquences de la maladie sur la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes, qu'ils soient atteints ou non. Une stratégie globale de prévention de l'hépatite C doit aussi s'attaquer aux facteurs qui sont la cause de comportements à risque élevé : les déterminants de la santé.

Stratégie globale de prévention de l'hépatite C

Dans l'ensemble, la preuve suggère qu'au Canada, le contrôle de l'épidémie d'hépatite C dépendra de la mise en œuvre d'une stratégie semblable à celle proposée par Santé Canada dans le document de travail *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*⁴³. Le cœur de cette stratégie portera sur le traitement des dépendances et la réhabilitation, et s'attaquera aux causes sociales de l'utilisation des drogues.

Au Canada, les **services de traitement et de réhabilitation** ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies; il est nécessaire toutefois d'élargir le réseau existant et de rigoureusement évaluer certaines approches novatrices et peut-être même controversées.

Un de ses éléments essentiels d'une stratégie globale doit sans conteste être le **programme de traitement par la méthadone**. Plusieurs pays (Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suisse) ont élargi leurs programmes et les données tendent à indiquer qu'ils exercent un effet positif sur la lutte contre le VHC. Les provinces canadiennes en sont à différentes étapes du développement de ces programmes. La nécessité d'implanter plus de programmes en milieu carcéral est également criante.

Les États-Unis sont à l'avant-garde des **pharmacothérapies alternatives**, dont l'efficacité dans des conditions contrôlées a été démontrée grâce à plusieurs essais. Ces approches sont terriblement sous-utilisées au Canada.

La prescription d'héroïne est une stratégie de prévention du VHC extrêmement controversée. Plusieurs pays étudient son utilisation. Le moment serait opportun d'effectuer un essai pilote sous contrôle sévère au Canada.

Les **PES** sont bien établis en Europe et dans certaines régions du Canada. Il serait opportun de les améliorer, de les développer dans un plus grand nombre de collectivités (ex. : rurales) et de tester leur utilité en milieu carcéral. Les PES doivent faire partie d'un programme intégré d'éducation, de counseling, d'infrastructures de soutien et de modification des comportements.

Les **centres d'injection supervisés** continuent également d'être controversés. Bien qu'ils fonctionnent sans heurts dans plusieurs pays (ex. : Allemagne et Suisse), ils demeurent problématiques dans d'autres (ex. : Australie, Grande-Bretagne et Danemark). Les expériences menées récemment à Vancouver suggèrent que le moment serait bien choisi pour en faire l'expérience au Canada, sous contrôle rigoureux.

Plusieurs pays reconnaissent **l'importance des réseaux, des coalitions, des groupes d'entraide et d'autonomisation**. L'Australie et les Pays-Bas sont d'ailleurs des pionniers dans ce domaine. Le Canada peut se développer dans ce sens grâce à ses réseaux d'organismes nationaux et provinciaux et à ses groupes d'utilisateurs.

L'éducation sur les drogues est largement distribuée dans certains pays et très limitée dans d'autres. Les programmes scolaires implantés en Grande-Bretagne et en Australie sont prometteurs. Le Canada a la possibilité de développer ses programmes communautaires actuels pour mettre en œuvre un éventail plus large d'initiatives d'information et d'éducation. De telles activités doivent être considérées comme partie intégrante de la stratégie d'ensemble sur la prévention du VHC et être reliées aux ressources actuelles.

Dans plusieurs pays, les programmes de réorientation sont l'occasion d'améliorer les traitements et d'alléger la tâche des tribunaux et des établissements carcéraux. Des programmes pilotes ont été lancés au Canada (Toronto) et les résultats parlent en faveur du développement de tels programmes, en particulier pour les peuples autochtones du Canada.

Une stratégie globale de prévention de l'hépatite C doit avoir pour buts de réduire l'adoption de comportements à risque ou la participation à ces derniers; à court terme, de réduire et garder faible l'incidence chez les groupes à risque; et de réduire l'incidence et la prévalence de l'infection par le VHC dans la population en général. Les stratégies de base doivent inclure l'identification des groupes cibles pour les activités de prévention; l'identification des stratégies de prévention les plus susceptibles d'être efficaces, et l'établissement de liens avec d'autres intervenants de la collectivité pour mettre sur pied un programme de prévention.

La stratégie australienne démontre que les interventions qui réduisent la transmission du VIH ne peuvent pas être nécessairement appliquées au VHC, y compris dans les mêmes groupes à risque. Dans le cas du VIH, le but premier était et reste de réduire les comportements à risque des personnes séronégatives (la majorité des gens) de façon que les risques soient diminués et que l'épidémie ne se répande pas. Dans le cas du VHC, l'épidémie est établie et la prévalence est élevée dans certains sous-groupes de la population; les efforts doivent donc viser à empêcher les personnes atteintes du VHC d'en contaminer d'autres. Les programmes d'éducation sur le sida pourraient facilement être enrichis de messages sur le VHC.

Les stratégies visant à prévenir la transmission du VHC doivent cibler large, du fait que l'épidémie comporte plusieurs aspects et que plusieurs plans d'attaque peuvent être conçus pour la combattre. Elles doivent donner priorité à la meilleure façon de prévenir la propagation du VHC dans les milieux périphériques (ex. : travailleurs de la santé),

c'est-à-dire en diminuant la prévalence dans le groupe principal (UDI); leurs efforts doivent aussi être ciblés d'après l'épidémiologie du VHC. La section suivante énumère certaines directions stratégiques dérivées de données empiriques provenant de l'expérience australienne à Victoria. S'accordant avec les recommandations américaines et européennes, elles ciblent les sous-groupes de la population qui sont particulièrement à risque⁵¹.

Groupes cibles pour les stratégies de prévention de l'hépatite C

Adolescents expérimentant les drogues et les comportements à risque

Le dépistage du VHC dans la population a démontré que plusieurs patients anti-VHC positifs ont probablement été infectés en partageant aiguilles ou seringues en faisant l'expérience de la drogue. Pour réduire la prévalence de l'infection par le VHC dans la population, il faut radicalement réduire l'incidence des nouvelles infections chez les personnes qui commencent à s'injecter des drogues.

Les adolescents qui font l'expérience des drogues injectables peuvent ne pas connaître les PES ou ne pas y avoir accès. Au début de leur consommation, ils ne se considèrent pas comme toxicomanes et ne croient donc pas que ces programmes s'adressent à eux. C'est pour cette raison que le message fondamental qui doit être lancé aux adolescents pour prévenir l'infection par le VHC est : « aucune drogue injectable ». Ce message doit rejoindre l'ensemble des adolescents de la collectivité, principalement par l'entremise du réseau scolaire et des centres correctionnels pour jeunes contrevenants.

Le milieu de l'éducation est bien placé pour donner de l'information et développer les compétences qui aideront à réduire la prévalence de l'infection par le VHC chez les jeunes qui sont en âge d'essayer les drogues ou qui envisagent d'adopter d'autres comportements à risque. Dans ce milieu, la population ciblée est âgée de 12 à 18 ans; la

stratégie vise d'abord et avant tout à éviter que ces jeunes commencent à utiliser des drogues injectables. Des programmes éducatifs pourraient être conçus à l'intérieur d'une initiative d'ensemble. Ils pourraient viser à sensibiliser le groupe cible et à l'encourager à utiliser le matériel présentant de l'information sur la nature de l'hépatite C, y compris l'épidémiologie du virus, sa transmission et les comportements à risque d'infection; ils pourraient également inclure un ensemble de stratégies visant à aider les étudiants à adopter des options préventives ou à réduire les méfaits qui sont associés à certains comportements particuliers; donner la liste des facteurs de risque potentiels sur les plans comportemental, social et environnemental; et offrir des sources d'information, d'orientation et de soutien, dont de l'information sur les services de dépistage et de traitement.

Un programme de formation sur l'hépatite C pourrait être offert aux fournisseurs de services travaillant dans les domaines de la sexualité et des drogues, afin de les outiller en stratégies et en information juste et à jour. Là où c'est possible, ce programme de formation pourrait être ajouté aux programmes actuels sur les drogues, la sexualité ou le VIH/sida dispensés dans le milieu de l'éducation. Les parents et l'ensemble de la communauté scolaire devraient également recevoir de l'information de pointe sur les enjeux qui entourent la prévention de l'hépatite C par l'éducation. On s'assure ainsi que le message lancé à la jeunesse restera cohérent.

Les jeunes à risque extérieurs au système d'éducation devront être rejoints par l'entremise d'autres groupes cibles, comme les intervenants jeunesse, le personnel des PES et les tatoueurs. Comparés aux adolescents en général, les jeunes contrevenants peuvent être à risque de transmission d'une infection pathogène à diffusion hématogène à cause de la prévalence plus élevée de pratiques sexuelles à risque et d'utilisation des drogues injectables et d'instruments non-stériles pour le tatouage.

La preuve indique qu'il est nécessaire de développer des programmes d'éducation entre jeunes contrevenants pour répondre à la

demande autant en termes du nombre de participants que du nombre de pairs formés pour animer les programmes. Ceux-ci peuvent être complétés par la conception et la diffusion de matériel éducatif : vidéos, brochures et affiches. Afin que les stratégies d'intervention pratique soient mieux conçues, les recherches doivent se poursuivre dans le domaine de l'utilisation des drogues et de la première utilisation chez les jeunes contrevenants.

UDI actuels

Afin de prévenir la transmission des virus à diffusion hématogène dans ce groupe cible on devrait mettre sur pied des stratégies éducatives à volets multiples. Le message devrait être informatif et non moralisateur : il devrait renseigner sur les connaissances actuelles sur le VHC et les façons d'éviter la contamination, et fournir des options de prise en charge pour les personnes déjà atteintes.

Ces stratégies pourraient être associées aux programmes actuels et comporter de l'éducation entre pairs; de l'éducation ponctuelle dans les situations où les UDI sont en contact avec des professionnels ou d'autres membres du personnel, par exemple dans les services de traitement des dépendances, les milieux de soins de santé primaire (généralistes, urgences et accidents, services de santé communautaire), et les établissements carcéraux (ex. : prisons et centres de détention provisoire); de la publicité ciblée destinée à rejoindre les groupes « cachés » ou difficiles à identifier; et un service de counseling téléphonique sur les enjeux entourant la prévention et offrant des possibilités d'orientation pour la collectivité en général.

Les programmes fournissant du matériel d'injection stérile doivent être augmentés. Même si le réseau de PES est assez étendu au Canada, il pourrait être enrichi et offrir de meilleures possibilités d'approvisionnement après les heures d'ouverture habituelles et en distribuant plus de matériel stérile : de l'eau, des tampons d'alcool et des filtres de coton hydrophile.

Les stratégies en place pour diminuer le nombre d'UDI doivent être développées davantage, dont des traitements de substitution ou de désintoxication, comme celui par la méthadone; et des programmes pour les personnes qui se sont tout d'abord injecté de l'héroïne, alors qu'ils étaient moins susceptibles d'être infectés par le VHC.

Détenus

Les stratégies mises en place pour réduire le taux d'utilisation des drogues et la prévalence de l'hépatite C dans la population en général auront un impact sur les problèmes auxquels fait face cette population. Toutefois, le grand nombre d'UDI qui entrent dans le système pénal et la nature de la culture carcérale demandent que les stratégies de prévention répondent différemment à la problématique de ce groupe. Les programmes de prévention doivent également prendre en compte les risques inhérents aux transitions, en milieu carcéral et à l'extérieur, et aux transferts d'un établissement à un autre.

On doit envisager l'élaboration d'un modèle de programme éducatif de prévention de l'hépatite C dans les centres de détention canadiens, en s'appuyant sur les programmes éducatifs actuels. Ce modèle pourrait inclure des programmes d'orientation pour toute personne entrant dans le milieu carcéral, y compris du counseling quant à la propagation et à la prévention de la transmission des virus à diffusion hématogène. Dans ce contexte, chaque détenu pourrait obtenir un test de dépistage confidentiel pour ces virus; de l'éducation continue (structurée ou non) durant son séjour en prison, avec du matériel vidéo approprié et de l'éducation entre pairs; des affiches, des dépliants ou des brochures bien conçus et faciles d'accès.

Des gestes positifs doivent être posés pour que l'environnement carcéral encourage la réduction de la consommation. On pourrait envisager d'augmenter et de réviser les programmes de TM actuels. Les enjeux à considérer incluent : le rôle du traitement par la méthadone comme partie d'un programme de réhabilitation complet et non comme

traitement chimique isolé; les critères pour déterminer à qui sont offerts les traitements et à quelle étape de l'incarcération (ex. : entretien des personnes qui participaient déjà à ces programmes ou admission de certains détenus à ces programmes avant leur sortie); la sécurité et la protection des personnes participant au programme.

Les mêmes procédures de réduction des risques reliés aux injections offertes aux UDI dans la communauté en général devraient être offertes aux UDI en milieu carcéral. Ceci inclut la distribution de produits pour nettoyer le matériel d'injection, y compris l'approvisionnement anonyme en javellisant en poudre. On devrait également étudier la possibilité d'offrir des PES en milieu carcéral. Le tatouage se pratique souvent de façon non-stérile dans ce milieu. Il faut donc fournir de l'éducation sur les risques que comportent les tatouages amateurs et sur les méthodes de désinfection du matériel, avec distribution d'eau de Javel au besoin.

Les programmes de sortie pour les personnes en garde à vue doivent inclure la distribution d'information sur la prévention du VIH, du VHB et du VHC, dont des renseignements sur les PES locaux; un continuum de programmes de traitement du milieu carcéral au monde extérieur; et de l'information sur les programmes de traitement dans la collectivité.

Populations autochtones

Les populations autochtones du Canada ont subi le même sort que plusieurs autres peuples autochtones de la planète. La pauvreté, l'analphabétisme et la mauvaise santé sont malheureusement des facteurs qui semblent prévalents dans plusieurs collectivités autochtones : pour cette raison, ces populations sont plus à risque de contracter les pathogènes à diffusion hématogène. Ainsi, au Brésil, être noir, avoir peu d'éducation et de faibles revenus familiaux sont des facteurs déterminants pour l'infection par le VHC¹¹⁰.

En Australie, nombre d'études actuelles suggèrent que l'utilisation des drogues injectables est en augmentation dans les collectivités autochtones¹¹¹⁻¹¹³. Les UDI

autochtones n'ont pas reçu beaucoup d'information sur les drogues et les pratiques d'utilisation sécuritaires. Les publications auxquelles ils ont accès ne tiennent pas compte du fait que plusieurs d'entre eux sont peu scolarisés et n'ont que de faibles notions de lecture et de calcul¹¹⁴.

La prévention de l'hépatite C et les pratiques d'injection à risque dans les collectivités autochtones continuent d'être un sujet de recherche prioritaire. Au lieu de considérer ces peuples comme un groupe homogène, on devrait mettre l'accent sur leurs différences régionales¹¹⁵⁻¹¹⁶.

Il est difficile de trouver de la documentation sur les stratégies de prévention de l'hépatite C dans les collectivités autochtones, probablement parce que peu de programmes de prévention existent. On peut difficilement mettre sur pied des programmes de prévention quand l'absence de recherches ne permet pas de dresser un portrait juste de l'ampleur du problème dans certains groupes ciblés et dans la population autochtone en général. Des recherches doivent être entreprises pour développer des modèles de meilleure pratique¹¹⁷. Face à des besoins similaires, le Canada doit élaborer une réponse immédiate à la problématique.

Un certain nombre de stratégies de promotion de la santé qui ne portent pas nécessairement sur la prévention de l'infection par le VHC ont été conçues, en réponse aux problématiques de santé des populations autochtones. Ces programmes font la preuve de certaines leçons, lesquelles présentent des stratégies et des approches importantes qui permettront de promouvoir des programmes et des politiques de prévention du VHC réussis auprès des peuples autochtones. Ces leçons portent en particulier sur l'accès aux populations cibles, la création d'un climat de confiance dans les collectivités autochtones, la sensibilisation à une problématique de santé, l'éducation ou l'enseignement à l'aide de méthodes qui respectent la culture, favorisent l'autonomisation et encouragent la diffusion d'information sur la santé auprès d'autres populations autochtones de la collectivité.

À la lumière de ces leçons, une consultation à large échelle doit être entreprise auprès des collectivités autochtones, autant dans les milieux urbains que ruraux, afin de s'assurer qu'elles sont bien informées des enjeux et qu'elles sont capables de planifier des stratégies de prévention locales. Les organismes communautaires autochtones devraient pouvoir fournir de l'information sur la prévention, le dépistage et la prise en charge du VHC, en plus de réviser et d'adapter au besoin les modèles actuels de programmes de réduction des méfaits. Les organismes communautaires autochtones doivent également être consultés sur la mise en oeuvre de stratégies de prévention qui auront un impact sur les peuples autochtones, telles les stratégies mises sur pied en milieu carcéral.

Travailleurs en contact avec les groupes à risque élevé

Certains groupes, comme les fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de soins de santé alternative et les personnes pratiquant le tatouage ou le perçage corporel, courent eux-mêmes peu de risques d'infection par le VHC, mais doivent exercer un contrôle rigoureux sur leurs procédures de travail afin d'éviter la transmission de personne à personne. Par ailleurs, les personnes en contact professionnel avec le sang doivent être informées des procédures de base de contrôle des infections.

Une brochure comprenant de l'information précise pourrait être rédigée en collaboration avec les organismes professionnels de chaque groupe. Il faudrait consulter ces organismes pour élaborer un ensemble de directives sur le contrôle des infections, spécifiquement pour prévenir la transmission nosocomiale du VHC. Une formation pourrait être offerte au besoin, afin de s'assurer que les procédures de contrôle des infections sont comprises et appliquées. L'information sur la transmission du VHC pourrait aussi faire partie de la formation professionnelle.

Engagement de groupes spécifiques/Méthodes

Organismes communautaires/d'orientation

Lorsque l'occasion s'en présente, les intervenants des organismes communautaires et d'orientation qui travaillent avec les groupes à risque sont bien placés pour fournir de l'information pertinente et juste sur la prévention du VHC. Il est donc essentiel qu'ils soient bien informés et bien outillés pour répondre à la tâche.

Les organismes doivent également continuer de développer ce qui a déjà été mis en place. L'information actuelle sur l'hépatite C pourrait être incluse dans tout matériel portant sur le contrôle des infections par les pathogènes à diffusion hémotogène présentement utilisés dans les milieux communautaires et sportifs. Une formation de recyclage sur l'hépatite C pourrait faire partie des initiatives de développement professionnel continu offertes aux travailleurs de ces milieux. L'information sur l'hépatite C et sa prévention pourrait faire partie de tous les cours de formation à l'emploi reconnus dans le domaine.

On devrait envisager de mandater un organisme pour qu'il mette sur pied un programme de formation professionnelle qui permettrait aux intervenants d'acquérir des connaissances et des compétences précises pour offrir du counseling aux personnes atteintes du VHC. Un guide destiné à ces organismes pourrait être conçu; il pourrait comprendre, outre une liste complète et à jour des organismes de dépistage et de traitement, de l'information fondamentale sur le VHC, son épidémiologie, sa prévention, son dépistage, son traitement et la problématique de discrimination qui l'entoure. Au minimum, ce guide devrait être distribué à tous les organismes financés par Santé Canada et inclure une formation complémentaire.

Collectivité en général

Actuellement, l'épidémiologie de l'hépatite C au Canada indique que le risque est minimal, pour la population en général, d'être infectée par le VHC par voie sexuelle, par transmission verticale et par contact avec des objets ménagers. La meilleure façon de protéger le public est de réduire la prévalence de l'infection par le VHC dans les groupes les plus atteints. Il est important de mettre sur pied une stratégie qui ciblera le public en général, mais qui ne privera pas pour autant de ressources les groupes les plus à risque au profit de ceux qui le sont moins. Les interventions ciblant le public doivent s'attacher à créer un climat dans lequel les stratégies d'intervention peuvent être mises en œuvre; il pourrait être opportun de lancer une campagne contre la discrimination.

Campagnes médiatiques

Dans le cas où les médias sont utilisés pour une campagne éducative de prévention de l'hépatite C, on recommande de cibler des groupes précis plutôt que de créer une campagne pour la communauté en général. En effet, il peut s'avérer difficile de trouver un message qui soit suffisamment crédible pour toucher tous les segments de la société en même temps.

Conclusion

Cinq leçons que nous retenons de notre étude

Premièrement : nous ne pouvons devancer le virus

À l'instar d'autres microorganismes, le virus de l'hépatite C est capable de muter plus rapidement que nous ne pouvons mettre au point d'interventions réussies. Le VHC étant un virus complexe, il est extrêmement difficile de développer un vaccin efficace. Même si nous arrivons à en mettre un au point, il est plus que probable, et même inévitable, qu'un autre virus apparaîtra. C'est pourquoi nous devons faire disparaître les conditions qui facilitent la transmission du VHC et des autres pathogènes à diffusion hématogène. La disparition de ces conditions peut se faire à l'aide d'efforts de prévention à court terme, comme les échanges de seringues, ou à long terme, comme une réponse aux déterminants influençant les comportements à risque élevé qui conduisent à l'infection par le VHC.

Deuxièmement : le VHC est différent du VIH

Des recherches précises sur le VHC sont nécessaires pour éliminer les conditions qui favorisent sa transmission. Le rapport de Leonard, Navarro et Pelude⁷⁸, sans doute le plus important pour nous, étudiait l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits en relation avec l'UDI et l'hépatite C au Canada. Nous appuyons fortement la conclusion des auteurs à l'effet que les efforts actuels visant la prévention de la transmission des virus à diffusion hématogène sont inadéquats pour juguler l'infection par le VHC⁷⁸. Les taux de prévalence et d'incidence de l'infection par le VHC restent élevés en dépit de la mise en œuvre généralisée de stratégies de prévention qui semblent pourtant avoir contribué à maintenir à un taux assez bas ou à réduire

davantage la prévalence du VIH. La prévention visant précisément la transmission du VIH n'est pas entièrement efficace à prévenir l'infection par le VHC. On doit donc prendre en compte les conditions particulières qui favorisent la transmission du VHC.

Troisièmement : la réduction des méfaits ne suffit pas

Notre étude suggère que les stratégies de réduction des méfaits constituent une approche nécessaire, mais absolument insuffisante, de réponse aux conditions particulières qui entourent la transmission du VHC. Au mieux, l'examen de stratégies précises (ex. : TM, PES) donne des résultats ambigus quant à l'efficacité de ces stratégies à prévenir la transmission du VHC. Plusieurs pays travaillent à mettre au point leur stratégie de réponse à l'hépatite C. La plupart adaptent leurs programmes de prévention du VIH et de l'utilisation des drogues injectables à la problématique de l'hépatite C. Bien que ces mesures soient pragmatiques et intuitivement justes, il est peu probable qu'elles suffiront à contrecarrer l'épidémie. Il faut s'attendre à ce qu'il soit nécessaire de concevoir des stratégies novatrices et quelquefois controversées. Il est nécessaire d'étudier la faisabilité de stratégies visant à encourager la transition à des modes d'utilisation des drogues autres que l'injection, et les programmes de TM à haute dose avec cessation complète de l'injection⁷⁸. Étant donné la prévalence élevée de l'infection par le VHC chez les UDI partout dans le monde, la transmissibilité du VHC et le fait qu'il soit hautement infectieux, il pourrait être indiqué d'éliminer complètement tous les comportements d'injection associés aux risques d'infection par le VHC.

Quatrièmement : les racines font l'arbre

Le profil de l'hépatite C et des comportements à risque associés démontre clairement que l'infection par le VHC et sa transmission se confondent inextricablement avec les déterminants de la santé. Les racines du problème sont là et c'est sur les déterminants qu'il faut agir si l'on veut apporter une solution à long terme à l'épidémie d'hépatite C et aux problématiques de santé qui en découlent.

Force nous est de constater que les personnes pauvres, celles des collectivités autochtones et les populations des milieux carcéraux courent des risques extrêmement élevés de contracter l'hépatite C à cause de leurs conditions de vie. Ainsi, la pauvreté et l'emprisonnement sont associés à la participation à des activités à risque élevé qui augmentent les risques d'utilisation des drogues injectables et partant, ceux d'infection par le VHC. Par ailleurs, les facteurs qui peuvent inciter un individu à participer à des activités à risque élevé incluent un milieu communautaire ou familial néfaste, le fait d'appartenir à une minorité, la robustesse de la constitution, les problèmes de comportement dans l'enfance ou à l'adolescence, et d'autres expériences ou comportements négatifs.

Inversement, les facteurs de protection qui réduisent les risques de contracter le VHC comprennent des caractéristiques familiales et communautaires positives, une personnalité qui ne se laisse pas abattre et qui possède les ressources pour affronter les situations négatives et stressantes.

Prévenir la transmission du VHC exige de porter attention aux conditions de vie et aux opportunités offertes aux personnes qui sont le plus à risque. Au mieux, si nous ne ciblons pas les racines sociales de l'UDI (pauvreté, violence, chômage, dégradation de la culture, marginalisation sociale et économique), les stratégies de réduction des méfaits ciblant l'hépatite C ne seront efficaces qu'en surface. C'est uniquement en répondant à ces problématiques par des interventions à long

terme et une collaboration intersectorielle soutenue que la prévention du VHC et des autres pathogènes à diffusion hémotogène pourra être efficace.

Cinquièmement : les toxicomanes sont aussi des êtres humains

La première étape dans les efforts de prévention entrepris pour agir sur les déterminants qui ont un impact sur l'infection par le VHC est de s'attaquer aux attitudes sociales. L'utilisation des drogues injectables et l'hépatite C sont autant des problématiques philosophiques et sociales que médicales et juridiques. Au Canada, comme dans toute société, les systèmes médical et juridique sont des structures qui reflètent et modèlent les attitudes, les croyances et les valeurs sociales. Si l'on veut répondre adéquatement à l'hépatite C, il faut s'attaquer à l'attitude de la population canadienne face aux personnes pauvres, toxicomanes, et des populations autochtones. L'opinion publique influence les croyances en matière d'utilisation des drogues et d'activités criminelles connexes, ce qui détermine quelles politiques et quels programmes seront appuyés.

Dans les pays européens, la preuve suggère que tout succès à prévenir l'hépatite C et l'utilisation des drogues injectables sera fonction de la capacité à créer une conscience collective du problème, où l'hépatite C est perçue comme le problème de tous et où on favorise une réponse concertée du public, des fournisseurs de services de santé, des gouvernements, des systèmes juridique et d'application de la loi. Riley et al. ont cerné les dilemmes auxquels font face les gouvernements en matière de politique, et qui incluent la perception, par l'opinion publique, que la réduction des méfaits ne fonctionne pas ou, pis, qu'elle admet une activité illégale et immorale. Qui plus est, on ne peut fermer les yeux sur la réalité : les politiques canadiennes sont évidemment influencées par celles de nos voisins du Sud et par leur position dans la lutte antidrogue – une approche qui s'est avérée particulièrement peu efficace pour réduire l'hépatite C, l'utilisation des drogues injectables et leurs coûts juridiques et sociaux.

Par ailleurs, la preuve suggère que la lutte contre l'hépatite C réussira en partie si l'on aide le plus de gens possible à cesser de s'injecter des drogues et de se comporter de manière risquée (p. ex. en travaillant dans l'industrie du sexe). Le succès dépendra aussi de la réintégration de ces personnes dans une société qui leur fournira les préalables d'une vie productive : le logement, une nourriture saine, la sécurité, des relations sociales significatives et la viabilité économique.

Le succès que les pays européens ont remporté grâce à leur réponse à l'utilisation des drogues injectables est entièrement dû à l'augmentation spectaculaire des services de traitement et de soutien que plusieurs de ces pays ont instaurés au cours de la dernière décennie. Actuellement au Canada, les infrastructures de traitement et de réhabilitation sont insuffisantes pour faire face à l'épidémie d'hépatite C. On connaît également peu les répercussions sociales, économiques et sanitaires qu'auront à long terme un grand nombre d'UDI déjà atteints du VHC ou sur le point de l'être.

Résumé

Les deux principales avenues de prévention de l'hépatite C sont : (1) s'attaquer aux antécédents qui conduisent à l'utilisation des drogues, et (2) encourager les personnes qui consomment des drogues ou celles qui sont à risque de le faire à mener une vie saine et productive. Toutefois, quelle que soit l'avenue choisie, des facteurs complexes doivent être envisagés à long terme, lesquels représentent un défi en termes de logistique et de coûts sociaux, financiers et politiques.

Développer les mesures actuelles pourrait diminuer l'incidence et la prévalence de l'hépatite C. Dans certaines régions du Canada toutefois, la volonté politique et populaire semble incertaine, l'absence de financement se fait de plus en plus sentir et la tolérance des collectivités envers les UDI décroît. Les mesures pour augmenter les transitions à des modes d'utilisation des drogues autres que l'injection peuvent être bénéfiques, mais elles sont peu sûres. D'autres stratégies comme les programmes de réorientation et de prescription d'héroïne, les centres d'injection supervisés, les programmes de prévention en milieu carcéral (y compris pour les jeunes et les peuples autochtones), et l'amélioration des thérapies antivirales sont soit controversées, soit coûteuses, quand ce n'est pas les deux.

En fin de compte, aucune stratégie ne réussira à prévenir l'hépatite C à elle seule. Crofts et Wodak⁵⁸ font observer qu'un vaccin efficace et une stratégie permettant une inoculation efficace offrent à long terme la meilleure perspective de contrôle de l'infection. Sans vaccin, certaines lacunes doivent être pesées et certaines possibilités envisagées. Nous préconisons de porter attention à trois niveaux de prévention pour répondre aux lacunes et développer les possibilités à court, moyen et long terme.

La prévention à court terme

Il faut maintenir les efforts de réduction des méfaits actuels et les intensifier. De plus, il faut inclure les UDI dans les services de traitement et améliorer la qualité de ceux qui sont offerts aux personnes atteintes du VHC.

La prévention à moyen terme

Elle demande la mise en œuvre de programmes de réhabilitation efficaces, des emplois pour les individus marginalisés, des stratégies pour diminuer l'utilisation des drogues injectables, et l'établissement de partenariats intersectoriels pour travailler conjointement aux enjeux à long terme. Nous affirmons également qu'il est nécessaire d'éduquer les UDI sur les risques d'infection par le VHC, l'augmentation des mesures actuelles de prévention (ex. : les PES), l'instauration des nouvelles mesures (comme la prescription d'héroïne, les centres d'injection supervisés, la promotion de modes de consommation autres que l'injection), des traitements appropriés et efficaces pour l'infection chronique par le VHC pour les UDI, et une évaluation rigoureuse de stratégies novatrices.

La prévention à long terme

Elle demande une meilleure compréhension de la manière dont on peut s'attaquer aux problèmes de pauvreté et de violence, influencer les systèmes correctionnels et l'industrie du sexe. Cela signifie s'attaquer aux antécédents sociaux pour d'abord empêcher un individu de commencer à prendre des drogues et/ou à utiliser des drogues injectables. À moins de réduire le nombre d'UDI, les chances de contrôler l'infection par le VHC sont faibles. Des regroupements de spécialistes doivent mettre au point un plan pour atteindre cet objectif, en utilisant des stratégies fondées sur la preuve et la définition de buts et de cibles qui peuvent être atteints. « S'abstenir de consommer des drogues est sans conteste le meilleur résultat possible dans la liste de ceux qui entourent la prévention du VHC⁵⁸ ». Comme le déclare John Millar, autrefois ministre provincial de la Santé en Colombie-Britannique : « Quand on parle d'hépatite et d'UDI, vous pouvez payer maintenant... ou plus tard »¹¹⁸.

Références

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). Feuillet d'information, 2000. Type de référence : citation électronique.
2. UNAIDS & WHO. *Report on the global HIV/AIDS epidemic: AIDS epidemic update: December 2000*, 2000. www.who.int/emc-hiv/indix Type de référence : citation électronique.
3. REMIS, R., HOGG, R., KRAHN, M.-D., et al. *Estimation du nombre de transfusés infectés par le virus de l'hépatite C au Canada, 1960-1985 et 1990-1992*, rapport présenté à Santé Canada, juin 1998.
4. ZOU, S., TEPPER, M. & GIULIVI, A. « Situation actuelle de l'hépatite C au Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, S10-S16, 2000.
5. CROFTS, N., THOMPSON, S. & KALDOR, J. *Epidemiology of the Hepatitis C Virus*, rapport technique, série n° 3, Commonwealth of Australia, Canberra, mai 1999.
6. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). *Management of Hepatitis C. Consensus Statement*, vol. 15, n° 3, États-Unis, 1997.
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). « Global surveillance and control of hepatitis C: Report of a WHO Consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium », *Journal of Viral Hepatitis*, n° 6, 1999, p. 35-47.
8. HEINTGES, T. & WANDS, J.-R. « Hepatitis C virus: Epidemiology and transmission ». *Hepatology*, n° 26, 1999, p. 521-526.
9. CHANG, C.-J., LIN, C.-H., LEE, C.-T., CHANG, S.-J., KO, Y.-C. & LIU, H.-W. « Hepatitis C virus infection among short-term intravenous drug users in southern Taiwan ». *European Journal of Epidemiology*, n° 15, 1999, p. 597-601.
10. MATHER, D. & CROFTS, N. « A computer model of the spread of hepatitis C virus among injecting drug users », *European Journal of Epidemiology*, n° 15, 1999, p. 5-10.
11. CROFTS, N., JOLLEY, D., KALDOR, J., VAN, B.-I. & WODAK, A. « Epidemiology of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Australia », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 51, 1997, p. 692-697.
12. SEEF, L.-B. « Natural History of Hepatitis C ». *Hepatology*, n° 26, 1999, p. 21s-28s.
13. LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (LLCM). « Pratiques de prévention des infections dans les services personnels : tatouage, perçage des oreilles, perçage corporel et électrolyse », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Santé Canada, n° 25S3, 1999, p. 1-82.
14. OMS Europe. *Health in Prisons Project. Developments in England and Wales. July 1999*, OMS Europe, 15 mars 2001. Type de référence : citation électronique.

15. EYSTER, M.-E., ALTER, H.-J., ALEDORT, L.-M., QUAN, S., HATZAKIS, A. & GOEDERT, J.-J. « Heterosexual co-transmission of hepatitis C virus (HCV) and human immunodeficiency virus (HIV) », *Annals of Internal Medicine*, n° 115, 1991, p. 764-768.
16. THOMAS, D.-L., CANNON, R.-O., SHAPIRO, C.-N., HOOK, E.-W.3, ALTER, M.-J. & QUINN, T.-C. « Hepatitis C, hepatitis B, and human immunodeficiency virus infections among non-intravenous drug-using patients attending clinics for sexually transmitted diseases ». *Journal of Intellectual Disability Research*, n° 169, 1994, p. 990-995.
17. DAVIS, M.-S. « Occupational hazards of operating: opportunities for improvement ». [examen] [16 réf.], *Infection Control & Hospital Epidemiology*, n° 17, 1996, p. 691-693.
18. BENENSON, A.-S. *Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association*, American Public Health Association, Washington D. C., 16^e édition, 1995.
19. PATRICK, D.-M., BUXTON, J.-A., BIGHAM, M. & Mathias, R.-G. « L'hépatite C et la santé publique », *Revue canadienne de santé publique*, n° 91, S19-S23, 2000.
20. PHLS. « Hepatitis C virus transmission from HCW to patient », *CDR Review*, vol. 5, n° 26, 1995, R121.
21. ESTEBAN, J.-I., GÓMEZ, J., MARTELL, M., CABOT, B., QUER, J., CAMPS, J., GONZÁLEZ, A., OTERO, T., MOYA, A., ESTEBAN, R. & GUARDIA, J. « Transmission of hepatitis C virus by a cardiac surgeon ». *The New England Journal of Medicine* n° 334, 1996, p. 555-560.
22. ZANETTI, A.-R., TANZI, E. & NEWELL, M.-L. « Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus », *Journal of Hepatology*, n° 31, 1999, p. 96-100.
23. GIBB, D.-M., GOODALL, R.-L., DUNN, D.-T., HEALY, M., NEAVE, P., CAFFERKEY, M. & BUTLER, K. « Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: Evidence for preventable peripartum transmission », *The Lancet*, n° 356, 2000, p. 904-907.
24. BOUCHER, M. & GRUSLIN, A. « Directives cliniques de la SOGC : Sur les soins de santé en reproduction pour les femmes vivant avec l'hépatite C ». *Journal SOGC*, vol. 22 n° 10, p. 5-29.
25. LLCM. « Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Santé Canada, n° 25, S2, juin 1999.
26. HALL, W.-H., DESFORGES, J.-F., ATHARI, F., COOPER, S., JOHNSON, C.-S., LEMON, S.-M., LINDSAY, K.-L., MCCULLOUGH, J., MCINTOSH, K., ROSS, R.-K., WHITSETT, C.-F., WITTE, J., WRIGHT, T.-L., ALTER, H.-J., ALTER, M.-J., BLAJCHMAN, M.-A., BUSCH, M.-P., CABLE, R.-G. & DODD, R.-Y. « Infectious disease testing for blood transfusions », *The Journal of the American Medical Association*, n° 274, 1995 p. 1374-1379.
27. GULLY, P.-R. & TEPPER, M.-L. « Hepatitis C », *Canadian Medical Association Journal*, n° 156, 1997, p. 1427-1430.

28. CRANSTON, L. « Un meilleur système d'approvisionnement en sang pour les Canadiennes et les Canadiens ». *Revue canadienne de santé publique* n° 91, S43-S44, 2000.
29. SINGLE, E. *Profil sociodémographique des consommateurs de drogues au Canada*, Santé Canada, mars 2000.
30. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Santé Canada, 2001.
31. SANTÉ CANADA. « Programme de recherche, de prévention et de soutien pour l'hépatite C : Initiatives de Santé Canada pour l'hépatite C », *Revue canadienne de santé publique* n° 91, S29-S31, 2000.
32. NALPAS, B., DESENCLOS, J.-C., DELAROCQUE-ASTAGNEAU, E. & DRUCKER, J. « State of epidemiological knowledge and national management of hepatitis C virus infection in the European Community, 1996 », *European Journal of Public Health* n° 8, 1998, p. 305-312.
33. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *A Prevention and Control Plan for Hepatitis C Virus Infection*, Atlanta, Georgia, 1998.
34. HEPATITIS CONTROL REPORT. « Hepatitis C called “tipping point” in marriage of STD/HIV and viral hepatitis programs », *Hepatitis Control Report*, n° 5, 2001, p. 1-4.
35. LOWE, D. & COTTON, R. *Hepatitis C: A Review of Australia's Response*, Commonwealth Department of Australia, Canberra, janvier 1999.
36. COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGED CARE. *National Hepatitis C Strategy: 1999-2000 to 2003-2004*, Commonwealth Department of Australia, Canberra, juin 2000.
37. ZOU, S. *Surveillance and Risk Assessment for Hepatitis C at the Bloodborne Pathogens Division*, présentation, 18 juin 2001. Type de référence : diaporama.
38. VINGOE, L., FINCH, E. & GRIFFITHS, P. *Improving the quality of compatibility of data related to hepatitis B/C and delta virus infection in drug users*, NAC/OEDT, Lisbonne, Londres, 1997.
39. EVANS, B., DUGGAN, W., BAKER, J., RAMSAY, M. & ABITEBOUL, D. « Exposure of healthcare workers in England, Wales, and Northern Ireland to bloodborne viruses between July 1997 and June 2000: Analysis of surveillance data ». *British Medical Journal* n° 322, 2001, p. 397-398.
40. LEONARD, L., NAVARRO, C., PELUDE, L. & FORRESTER, L. « The Effectiveness of Harm Reduction Strategies in Modifying Hepatitis C Infection among Injection Drug Users in Canada. Viral Hepatitis and Emerging Bloodborne Pathogens in Canada », *CCDR*, vol. 2753, 2001, p. 52-55.

41. HAGAN, H., DES JARLAIS, D.-C., FRIEDMANN, S.-R., PURCHASE, D. & ALTER, M.-J. « Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma Syringe Exchange Program », *American Journal of Public Health*, n° 85, 1995 p. 1531-1537.
42. HAGAN, H., MCGOUGH, J.-P., THIEDE, H., WEISS, N.-S., HOPKINS, S. & ALEXANDER, E.-R. « Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses », *American Journal of Epidemiology* n° 149, 1999, p. 201-213.
43. COMITÉ CONSULTATIF FPT SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, COMITÉ FPT SUR L'ALCOOL ET LES AUTRES DROGUES, COMITÉ CONSULTATIF FPT SUR LE SIDA ET LE GROUPE DE TRAVAIL DES REPRÉSENTANTS DES SERVICES CORRECTIONNELS SUR LE VIH/SIDA, Pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Canada, septembre 2001.
44. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les receveurs d'organe vivent plus longtemps*, communiqué, 2000.
45. CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DU CANADA. *Identification of a Research Agenda for the Diagnosis, Care and Prevention of Hepatitis C in Canada*, juin 1999.
46. LARKE, B. Présentation au Groupe de travail des représentants des services correctionnels sur le sida, Moncton, Nouveau-Brunswick, 2000.
47. BROWN, K. & CROFTS, N. « Health care costs of a continuing epidemic of hepatitis C virus infection among injecting drug users », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, n° 22, 1998, p. 384-388.
48. GOLD, M., GARNI, A., NELLIGAN, P. & MILLSON, P. « Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience », *Canadian Medical Association Journal*, n° 157, 1998, p. 255-262.
49. STRATHDEE, S.-A., PATRICK, D.-M., CURRIE, S.-L., CORNELISSE, P.-G.-A., REKART, M.-L., MONTANER, J.-S.-G., SCHECHTER, M.-T. & O'SHAUGHNESSY, M.-V. « Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, n° 11, 1997p. F59-F65.
50. LURIE, P. & DRUCKER, E. « An opportunity lost: HIV infections associated with the lack of a national needle exchange programme in the US », *The Lancet* n° 349, 1997, p. 604-608.
51. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease », *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, vol. 47, n° RR-19, Atlanta, Georgie, 16 octobreS 1998.
52. NALPAS, B., DELAROCQUE-ASTAGNEAU, E., BIHAN, C.-L., DRUCKER, J. & DESENCLOS, J.-C. « Medical practices regarding hepatitis C virus infection in Europe », *Journal of Viral Hepatitis*, n° 5, 1998, p. 131-141.

53. ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'ÉTUDE DU FOIE. « Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2000, p. 5B-20B.
54. MANNS, M.-P., MCHUTCHISON, J.-G., GORDON, S.-C., RUSTGI, V.-K., SHIFFMAN, M., et al. « Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial », *Lancet*, n° 358, 2001, p. 958-965.
55. FRIED, M.-W., SHIFFMAN, M.-L., REDDY, R.-K., et al. « Pegylated (40 kDa) interferon alfa-2a (PEGASYS) in combination with ribavirin: efficacy and safety results from a phase III, randomized, actively-controlled, multicenter study » (résumé), *Gastroenterology*, n° 120, 2001.
56. JAECKEL, E., CORNBERG, M., WEDEMEYER, H., et al. « Treatment of Acute Hepatitis C with Interferon Alfa-2b », *The New England Journal of Medicine*, 15 novembre 2001.
57. MACDONALD, M.-A., WODAK, A.-D., DOLAN, K.-A., VAN BEEK, I., CUNNINGHAM, P.-H. & KALDOR, J.-M. « Hepatitis C virus antibody prevalence among injecting drug users at selected needle and syringe programs in Australia, 1995-1997 », *The Medical Journal of Australi*, n° 172, 2001, p. 57-61.
58. CROFTS, N. & WODAK, A. « Gaining Control of the Hepatitis C Virus Epidemic in Australia », *Hepatitis C: An Australian Perspective*, N. Crofts et al. éditeurs, Australie, 1999.
59. THOMAS, D.-L., VLAHOV, D., SOLOMON, L., COHN, S., TAYLOR, E., GARFEIN, R. & NELSON, K.-E. « Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users », *Medicine* n° 74, 1995, p. 212-220.
60. ALTER, M.-J. & MOYER, L.-A. « The importance of preventing hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States », *AIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n° 1, (supp. 18) S6-S10, 1998.
61. GARFEIN, R.-S., DOHERTY, M.-C., MONTERROSO, E.-R., THOMAS, D.-L., NELSON, K.-E. & VLAHOV, D. « Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, n° 19, (supp. 18)S11-S19, 1998.
62. HARSCH, H.-H., PANKIEWICZ, J., BLOOM, A.-S., RAINEY, C., CHO, J.-K., SPERRY, L. & STEIN, E.-A. « Hepatitis C virus infection in cocaine users - a silent epidemic ». *Community Mental Health Journal* n° 36 2000, p. 225-233.
63. KEUBLER, D., HAUSSER, D. & GERVASONI, J.-P. « The characteristics of “new users” of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: Results from the Swiss Hidden Population Study », *Addiction*, n° 95, 2000, p. 1561-1571.
64. VAN BEEK, I., DWYER, R., DORE, G.-J., LUO, K. & KALDOR, J.-M. « Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: Retrospective cohort study », *British Medical Journal*, n° 317, 1998, p. 433-437.

65. FORD, P.-M., PEARSON, M., SANKAR-MISTRY, P., STEVENSON, T., BELL, D. & AUSTIN, J. « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *QJM*, n° 93, 2000, p. 113-119.
66. ROTHON, D., STRATHDEE, A., COOK, D. & CORNELISSE, G.-A. « Determinants of HIV-Related High Risk Behaviours Among Young Offenders: A Window of Opportunity », *Canadian Journal of Public Health* n° 88, 1997, p. 14-17.
67. RABINDRA, R. K., TEPPER, M., EL, S.-S. & GULLY, P.-R. « Distribution of hepatitis C virus genotypes in Canada: Results from the LCDC sentinel health unit surveillance system », *Canadian Journal of Infectious Disease*. n° 10, 1999, p. 53-56.
68. HAWKINS, W.-E., LATKIN, C., MANDELL, W. & OZIEMKOWSKA, M. « Do actions speak louder than words? Perceived peer influences in needle sharing and cleaning in a sample of injection drug users », *AIDS Education and Prevention*, n° 11, 1999, p. 122-131.
69. KOESTER, S., BOOTH, R.-E. & ZHANG, Y. « The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviours among injection drug users » (résumé), *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n° 12, 1996, p. 202-207.
70. NEEDLE, R.-H., COYLE, S., CESARI, H., TROTTER, R., CLATTS, M., KOESTER, S., PRICE, L., MCLELLAN, E., FINLINSON, A., BLUTHENTHAL, R.-N., PERCE, T., JOHNSON, J., JONE, T.-S. & WILLIAMS, M. « HIV risk behaviors associated with the injection process: Multiperson use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks », *Public Health Reports*, n° 113, 1998 p. 4-18.
71. STEFFEN, T. & GUTZWILLER, F. « Hepatitis B and C in intravenous drug abusers in Switzerland » [allemand]. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, n° 88, 1999, p. 1937-1944.
72. STARK, K., MÜLLER, R., BIENZLE, U. & GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. « Frontloading: A risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin », *AIDS* n° 10, 1996, p. 311-317.
73. RILEY, D., SAWKA, E., CONLEY, P., HEWITT, D., MITIC, W., POULIN, C., ROOM, R., SINGLE, E. & TOPP, J. « Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper », *Substance Use & Misuse*, n° 34, 1999, p. 9-24.
74. OGBORNE, A.-C. & BIRCHMORE-TIMNEY, C. « A framework for the evaluation of activities and programs with harm-reduction objectives », *Substance Use & Misuse*, n° 34, 1999, p. 69-82.
75. DOWSETT, G.-W., TURNEY, L., WOOLCOCK, G., RANCE, A. & THOMSOM, N. *Hepatitis C Prevention Education for Injecting Drug Users in Australia*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Australie, juillet 1999.
76. RAHIMIAN, A. & PACH, A. « Stories of AIDS outreach and case management: Context and activities », *Substance Use & Misuse*, n° 34, 1999, p. 1991-2014.

77. CHOI, M.-Y., LEE, S.-S., MAK, Y.-W. & CHAN WAI MAN. « Low rates of needle-sharing in drug users attending the methadone clinics ». Onzième conférence internationale sur le sida, Vancouver, Colombie-Britannique, 1996. Type de référence : actes de colloque.
78. LEONARD, L., NAVARRO, C. & PELUDE, L. « Injection Drug Use and Hepatitis C in Canada: The Effectiveness of Harm Reduction Strategies: A Systematic Review of the Evidence 1990-2000 », Ottawa, Ontario, 2000.
79. MACPHERSON, D. *A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver* (ébauche de document de travail), Vancouver, Colombie-Britannique, 2000.
80. LURIE, P., FERNANDES, M.-E., HUGHES, V., AREVALO, E.-I., HUDES, E.-S., REINGOLD, A. & HEARST, N. « Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in San Paulo State, Brazil » (groupe d'étude de l'Instituto Adolfo Lutz), *AIDS*, n° 9, S31-S37, 1995.
81. DRUCKER, E., LURIE, P., WODAK, A. & ALCABES, P. « Measuring harm reduction: The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV », *AIDS*, n° 12, S217-S230, 1998.
82. ALCABES, P., BENIOWSKI, M. & GRUND, J.-C. « Needle and syringe exchange in Poland and the former Soviet Union: A new approach to community-impact studies », *Journal of Drug Issues*, vol. 29, n° 861, E1-E14, 1999.
83. HURLEY, S.-F., JOLLEY, D.-J. & KALDOR, J.-M. « Effectiveness of needle-exchange programmes for the prevention of HIV infection », *Lancet*, n° 349, 1997, p. 1979-1800.
84. DES JARLAIS, D.-C., FRIEDMANN, P., HAGAN, H. & FRIEDMAN, S.-R. « The protective effect of AIDS-related behavioral change among injection drug users: A cross-national study. WHO Multi-Centre Study of AIDS and Injecting Drug Use ». *American Journal of Public Health*, n° 86, 1996, p. 1780-1785.
85. BRUNEA, J., LAMOTHE, F., FRANCO, E., LACHANCE, N., DESY, M., SOTO, J. & VINCELETTE, J. « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study », *American Journal of Epidemiology*, n° 146, 1997, p. 994-1002.
86. STANDING COMMITTEE ON SOCIAL ISSUES, PARLIAMENT OF NEW SOUTH WALES, AUSTRALIA. *Hepatitis C: The Neglected Epidemic. Inquiry into Hepatitis C in New South Wales*. ISBN 0 9586019 17. Parlement de Nouvelles-Galles du Sud, Nouvelles-Galles du Sud, 11 1998.
87. LATKIN, C.-A., MANDELL, W., VLAHOV, D., OZIEMKOWSKA, M. & CELENTANO, D.-D. « The long-term outcome of a personal network-oriented HIV prevention intervention for injection drug users: The SAFE Study ». *American Journal of Community Psychology*, n°24, 1996, p. 341-364.

88. BROADHEAD, R.-S., VAN HULST, Y. & HECKATHORN, D.-D. « The impact of a needle exchange's closure », *Public Health Reports*, n° 114, 1999, p. 439-447.
89. BUREAU DE LA STRATÉGIE ANTIDROGUE DE SANTÉ CANADA. *Aperçu des tendances internationales actuelles en réduction des méfaits chez les UDI* (ébauche d'un document de travail), Ottawa, Ontario, avril 2000.
90. COLON, SAHAI, ROBLES & MATOS. « Effects of a community outreach program in HIV risk behaviors among injection drug users in San Juan, Puerto Rico: an analysis of trends ». *AIDS Education and Prevention*, n° 7, 1995, p. 195-209.
91. NEEDLE EXCHANGE NEW ZEALAND TRUST. *Needle Exchange Programme Retailer Manual*, Needle Exchange New Zealand Trust, version 4.2, Nouvelle-Zélande, 9 avril 2000.
92. HAAS, S., BUSCH, M., TÜRSCHERL, E. & GUZEI, K. *Report on the Drug Situation 2000*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies & ministère fédéral autrichien de la Sécurité sociale et des Générations, Vienne, Autriche, novembre 2000.
93. MARLATT, G.-A. « Harm reduction around the world: A brief history », *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviours*, G. A. Marlatt éditeurs, The Guilford Press, New York, 1998, p. 30-48.
94. FISCHER, B., REHM, J. & BLITZ-MILLER, T. « Injection drug use and preventive measures: A comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time », *Canadian Medical Association Journal*, n° 162, 2000, p. 1709-1713.
95. KERR, T. *Safe Injection Facilities: Proposal for a Vancouver Pilot Project*, Harm Reduction Action Society, Vancouver, Colombie-Britannique, 2000.
96. NATIONAL BOARD OF HEALTH. *National Report on the State of the Drugs Problem in Denmark*, Danemark, décembre 2000.
97. SELLMAN, J.-D., HANNIFIN, J., DEERING, D. & BORREN, P. *Delivery of Treatment for People with Opioid Dependence in New Zealand: Options and Recommendations - A Commissioned Paper for the Ministry of Health*, Ministry of Health, Nouvelle-Zélande, septembre 1996.
98. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ & PROGRAM ON SUBSTANCE ABUSE. *Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection: A report prepared on behalf of the WHO International Collaborative Group*, 1994.
99. REZZA, G., SAGLIOCCA, L., Zaccarelli, M., NESPOLI, M., SICONOLFI, M. & BALDASSARRE, C. « Incidence rate and risk factors for HCV seroconversion among injecting drug users in an area with low HIV seroprevalence ». *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, n° 28, 1996, p. 27-29.
100. CROFTS, N., NIGRO, L., OMAN, K., STEVENSON, E. & SHERMAN, J. « Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users », *Addiction*, n° 92, 1997, p. 999-1005.

101. HAGAN, H. & DES JARLAIS, D.-C. « HIV and HCV infection among injecting drug users ». *The Mount Sinai Journal of Medicine*, n° 67, 2000, p. 423-428.
102. GALEAZZI, B., TUFANO, A., BARBIERATO, E. & BORTOLOTTI, F. « Hepatitis C virus infection in Italian intravenous drug users: Epidemiological and clinical aspects », *Liver*, n° 15, 1995, p. 209-212.
103. BROERS, B., JUNET, C., BOURQUIN, M., DEGLON, J.-J., PERRIN, L. & HIRSCHL, B. « Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995 », *AIDS*, n° 12, 1998, p. 2059-2066.
104. NESDALE, A., BAKER, M., GANE, E., KEMP, R., BRUNTON, C., LAW, M. & GARRETT, N. *Hepatitis C Infection in New Zealand: Estimating the Current and Future Prevalence and Impact*, Institute of Environmental Science & Research Limited, Porirua, Nouvelle-Zélande, juillet 2000.
105. BÉLANGER, D., NOËL, L., ALARY, M., PARENT, R., POULIN, C. & CLAESSENS, C. « Drogues, pauvreté et VIH : données en provenance du programme d'échange de seringues Point de Repères, Québec ». *Revue canadienne de santé publique*, n° 91, 2000, p. 176-180.
106. ABRIGNANI, S. & ROSA, D. « Perspectives for a hepatitis C virus vaccine ». *Clinical and Diagnostic Virology*, n° 10, 1998, p. 181-185.
107. RILEY, D.-M. *The Harm Reduction Model: Pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect*, CCLAAT, Ottawa, 1994. Type de référence : actes de colloque.
108. DOHARTY, M.-C., JUNGE, B., RATHOUZ, P., GARFEIN, R.-S., RILEY, E. & VLAHOV, D. « The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: A 2-year follow-up », *American Journal of Public Health*, n° 90, 2000, p. 936-939.
109. SANTÉ CANADA. *Le ministre Rock accueille favorablement la stratégie antidrogue de Vancouver et annonce le financement des efforts de promotion de la santé à Vancouver et des mesures de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme en C.-B.* (communiqué 64-2001), Santé Canada, Canada, 2001.
110. LIMA, M.-P.-J.-S., PEDRO, R.-J. & ROCHA, M.-D.-C. « Prevalence and risk factors for hepatitis C virus (HCV) infection among pregnant Brazilian women », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n° 70, 2000, p. 319-326.
111. EDWARDS, G., FRANCES, R. & LEHMAN, T. *Injecting Drug Use Project*, Victorian Aboriginal Health Service Co-operative, Melbourne, Australie, 1999.
112. SHOOBRIDGE, J. *The Health and Psychological Consequences of Injecting Drug Use in an Aboriginal Community*, 1997 National Centre for Education and Training on Addiction Seminar, NCETA, Adélaïde, Australie, 1997. Type de référence : actes de colloque.
113. LARSON, A. & CURRIE, D. *Injecting Drug Use by Indigenous People in Brisbane: Perspectives of Service Providers and the Community*, Australian Centre for International and Tropical Health and Nutrition, Brisbane, Australie, 1995.

114. ELDRIGDE, C. *Improving Health Services for Indigenous Young People in Inala*, Australian Centre for International and Tropical Health and Nutrition, Brisbane, Australie, 1997.
115. FOX, W. *Tobacco, Alcohol and Illicit Drugs: Patterns of Use and Harms Within the Aboriginal and Torres Strait Islander Populations in Queensland*, Alcohol, Tobacco and Other Drug Services, Queensland Health, Brisbane, Australie, 1999.
116. PERKINS, J.-J. & SANSON-FISHER, R.-W. « The prevalence of drug use in urban Aboriginal communities », *Addiction*, n° 89, 1994, p. 1319-1331.
117. COTTON, R & LOWE, D. « HCV: A Review of Australia's Response », AGPS, Canberra, Australie, 1999.
118. MILLAR, J. *Hepatitis and Injection Drug Use in British Columbia - Pay Now or Pay Later*, Office of the Provincial Health Officer, Ministry of Health & Ministry Responsible for Seniors, Victoria, Colombie-Britannique, juin 1998.

