

# RAPPORT SUR L'HÉPATITE B ET L'HÉPATITE C AU CANADA : 2017



PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:  
*Report on Hepatitis B and C in Canada: 2017*

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec :  
Agence de la santé publique du Canada  
Indice de l'adresse 0900C2  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Tél. : 613-957-2991  
Sans frais : 1-866-225-0709  
Télécopieur : 613-941-5366  
ATS : 1-800-465-7735  
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2019

Date de publication : Juillet 2019

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Citation proposée : Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017*. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2019.

Cat. : HP37-22F-PDF  
ISBN : 2369-3835  
Pub. : 190058

# **Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017**



# Table des matières

Avant-propos .....	6
Remerciements.....	7
Abréviations .....	8
Liste des figures et des tableaux.....	9
Résumé .....	1
1.0 Introduction .....	4
2.0 Méthodologie .....	6
2.1 Sources des données .....	6
2.2 Analyse des données.....	6
2.3 Limites des données .....	7
3.0 Hépatite B .....	8
3.1 Infection aiguë par le virus de l'hépatite B.....	8
3.1.1 Tendances au fil du temps.....	8
3.1.2 Taux d'infection aiguë par le VHB selon le groupe d'âge et le sexe en 2017 .....	10
3.1.3 Taux d'infection aiguë par le VHB par province et territoire en 2017 .....	11
3.2 Infection chronique par le virus de l'hépatite B .....	12
3.2.1 Tendances au fil du temps.....	12
3.2.2 Taux de VHB chronique par province et territoire en 2017.....	13
4.0 Hépatite C.....	15
4.1 Tendances temporelles.....	15
4.2 Taux d'infection par le VHC selon le groupe d'âge et le sexe.....	16
4.3 Taux d'infection par le VHC selon la province et le territoire .....	18
5.0 Discussion.....	21
Références .....	23
Annexe A. Taux de déclaration des infections aiguës et chroniques au VHB au Canada selon la province et le territoire, SCSDMO, 2008-2017 .....	25
Annexe B. Taux d'infections aiguës et chroniques par le VHB déclarées au Canada, dans l'ensemble et selon le sexe, SCSDMO, 2008-2017.....	26

Annexe C. Taux d'infections par le VHC déclarées au Canada selon le sexe,  
SCSDMO, 2008-2017 ..... 27

Annexe D. Taux d'infections par le VHC déclarées au Canada, par province et territoire,  
SCSDMO, 2008-2017 ..... 28



## Avant-propos

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada (ASPC), a le plaisir de vous présenter le *Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017*. Le présent rapport vise à fournir de l'information au secteur de la santé publique, aux décideurs et au grand public sur les tendances relatives aux cas et aux taux d'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et par le virus de l'hépatite C (VHC). Ce rapport fait suite à la publication, en avril 2019, d'un *Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2016*.

Les infections par le VHB et par le VHC sont des maladies à déclaration obligatoire au Canada. Le *Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017* s'appuie sur les données de surveillance soumise au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO) par les autorités sanitaires provinciales et territoriales.

Tous les commentaires et toutes les suggestions susceptibles d'améliorer les publications à venir sont appréciés. Nous vous invitons d'ailleurs à les adresser au personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca).

## Remerciements

La publication du présent rapport n'aurait été possible sans la collaboration des unités épidémiologiques de l'ensemble des provinces et des territoires. Nous leur sommes reconnaissants de leur contribution continue à la surveillance nationale des infections par le VHB et par le VHC.

Ce rapport a été préparé par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada.

## Abréviations

Alb.	Alberta
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
C.-B.	Colombie-Britannique
CDC	US Centres for Disease Control and Prevention
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
É.-U.	États-Unis
Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard
Man.	Manitoba
N.-B.	Nouveau-Brunswick
N.-É.	Nouvelle-Écosse
Nun.	Nunavut
OMS	Organisation mondiale de la Santé.
Ont.	Ontario
P/T	Province/territoire
Qc	Québec
Sask.	Saskatchewan
SCSMDO	Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire
T.-N.-L.	Terre-Neuve-et-Labrador
T.N.-O.	Territoires du Nord-Ouest
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
Yn	Yukon

## Liste des figures et des tableaux

<b>Figure 1.</b> Nombre de cas déclarés et taux d'infection aiguë par le VHB selon le sexe au Canada <sup>1</sup> , SCSMDO, de 2008 à 2017 .....	9
<b>Figure 2.</b> Taux des cas déclarés d'infection aiguë par le VHB, par groupe d'âge et par sexe au Canada <sup>1</sup> , SCSMDO, 2017 .....	10
<b>Tableau 1.</b> Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 habitants d'infection aiguë au VHB selon la province ou le territoire et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017 .....	11
<b>Figure 3.</b> Nombre de cas déclarés et taux d'infection chronique par le VHB selon le sexe au Canada <sup>1</sup> , SCSMDO, 2008-2017 .....	12
<b>Tableau 2.</b> Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 habitants d'infection chronique au VHB selon la province ou le territoire et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017 .....	13
<b>Figure 4.</b> Répartition géographique des taux d'infection chronique par le VHB dans l'ensemble des provinces et des territoires au Canada, SCSMDO, 2017 .....	14
<b>Figure 5.</b> Nombre de cas déclarés et taux d'infection par le VHC selon le sexe au Canada, SCSMDO, 2008-2017 .....	15
<b>Figure 6.</b> Taux de cas déclarés d'infection par le VHC selon le groupe d'âge au Canada, SCSMDO, 2008-2017 .....	16
<b>Figure 7.</b> Taux de cas déclarés d'infection par le VHC selon le groupe d'âge et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017 .....	17
<b>Tableau 3.</b> Taux déclarés pour 100 000 habitants et proportion de cas d'infection par le VHC selon le groupe d'âge et la province ou le territoire au Canada, SCSMDO, 2017 .....	18
<b>Tableau 4.</b> Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 habitants d'infection par le VHC selon la province ou le territoire et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017 .....	19
<b>Figure 8.</b> Répartition géographique des taux d'infection par le VHC entre les provinces et les territoires au Canada, SCSMDO, 2017 .....	20

## Résumé

Le présent rapport résume les données de surveillance sur les cas rapportés et les taux d'infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et par le virus de l'hépatite C (VHC) au Canada, de 2008 à 2017. Les cas sont déclarés au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO) par les autorités sanitaires provinciales et territoriales. Les données sur l'infection aiguë par le VHB donnent un aperçu utile des tendances et des profils actuels de transmission, tandis que les cas d'infection chronique par le VHB et les cas d'infection au VHC illustrent le fardeau possible de la maladie au Canada. Ces taux représentent les diagnostics pour une année donnée et ne devraient pas être interprétés comme des taux de prévalence ou d'incidence.

### Hépatite B

En 2017, 4 905 cas d'infection au VHB, au total, ont été signalés au Canada : 192 cas d'infection aiguë (correspondant à un taux de 0,5 pour 100 000 personnes), 4 086 cas d'infection chronique (soit pour un taux de 11,4 pour 100 000 personnes) et 627 cas au statut non spécifié. Le nombre total de cas pour 2017 (4 905) est semblable au nombre total de cas déclarés en 2016 (4 985).

#### Infections aiguës

Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection aiguë par le VHB a diminué, passant de 0,7 à 0,5 pour 100 000 personnes entre 2008 et 2017. Cependant, les taux se sont stabilisés au cours des cinq dernières années. Les hommes ont affiché des taux plus élevés d'infection aiguë que les femmes entre 2008 et 2017. On a observé les taux les plus élevés chez les hommes de 30 à 39 ans et chez les femmes de 25 à 29 ans. En 2017, des taux supérieurs à la moyenne nationale de cas d'infection aiguë au VHB de 0,5 pour 100 000 personnes ont été rapportés au Manitoba (1,6 pour 100 000 personnes), au Nouveau-Brunswick (1,0 pour 100 000 personnes), en Ontario (0,8 pour 100 000 personnes) et en Nouvelle-Écosse (0,6 pour 100 000 personnes).

#### Infections chroniques

Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection chronique par le VHB a légèrement diminué depuis 2011; il est passé de 13,9 à 11,4 pour 100 000 personnes en 2017. Le taux a décliné tant chez les hommes que chez les femmes. Entre 2008 et 2017, les taux de cas déclarés d'infection par le VHB étaient systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 2017, des taux d'infection chronique à VHB supérieurs à la moyenne nationale de 11,4 pour 100 000 personnes ont été déclarés en Colombie-Britannique (21,7 pour 100 000), en Alberta (12,6 pour 100 000), au Yukon (12,6 pour 100 000) et en Ontario (12,5 pour 100 000).

Il convient de noter que les taux nationaux d'infection par le VHB sont influencés par les variations des pratiques de déclaration d'ordre géographique et temporel et devraient donc être interprétés avec prudence. Les provinces et les territoires n'ont pas la même capacité à distinguer les infections par le VHB selon leur statut (aigu ou chronique), de telle sorte que la déclaration des infections par le VHB n'est pas uniforme dans l'ensemble du pays.

Divers facteurs peuvent expliquer les tendances décrites dans le présent rapport. Ainsi, le programme universel canadien de vaccination ciblant les enfants en bas âge et les enfants d'âge scolaire et, dans certaines provinces et certains territoires, les populations à risque élevé, a probablement contribué à la baisse des taux d'infection aiguë par le VHB. D'autres interventions de santé publique et de contrôle des infections visant à prévenir la transmission d'infections transmissibles sexuellement et par le sang peuvent aussi avoir eu une incidence sur les tendances observées. Toutefois, certains comportements comme le partage de matériel d'injection de drogue contaminé ou encore le partage de soins d'hygiène personnelle peuvent mettre à risque d'infection au VHB. Certaines populations demeurent également à risque élevé parce qu'elles n'ont pu bénéficier de programmes de vaccination à cause d'un manque d'accès au système de santé. C'est le cas des populations plus isolées et vulnérables, comme les jeunes qui vivent dans la rue. Des taux élevés chez les migrants en provenance de pays endémiques peuvent également contribuer au fardeau de l'infection chronique par le VHB.

## Hépatite C

La plupart des provinces et des territoires déclarent l'infection par le VHC sans distinction entre les stades aigus et chroniques. Par conséquent, aux fins du présent rapport, une telle distinction n'est pas mise en évidence, et tous les cas sont déclarés comme des infections par le VHC non spécifiées, ce qui comprend les cas aigus, chroniques et résolus. Les infections chroniques par le VHC constituent probablement la plupart des cas déclarés au SCSSMDO, car les infections aiguës sont habituellement asymptomatiques et moins susceptibles d'être diagnostiquées.

En 2017, un total de 11 592 cas d'infection par le VHC a été déclaré au Canada, ce qui correspond à un taux de 31,7 pour 100 000 personnes. Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection par le VHC a diminué de 11,1 % par rapport à la période s'étendant de 2008 à 2017. Les taux de VHC ont diminué régulièrement de 2008 à 2012 et semblent augmenter légèrement depuis 2013. De 2008 à 2017, les taux d'infection par le VHC déclarés étaient systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

En 2017, les taux les plus élevés d'infection par le VHC ont été déclarés dans le groupe d'âge de 25 à 29 ans pour les deux sexes (66,3 pour 100 000 hommes et 56,7 pour 100 000 femmes), ce qui est semblable à la situation observée en 2015 et en 2016. Les plus fortes hausses des taux de 2008 à 2017 ont été observées chez les femmes de 20 à 29 ans et chez les hommes de 60 ans et plus, ainsi que chez les 25 à 29 ans. Le profil d'âge des cas d'infection par le VHC diffère d'une province et d'un territoire à l'autre, la moitié d'entre eux (6 sur 13) ayant la majorité de leurs cas et les taux les plus élevés chez les personnes de 20 à 39 ans.

Les provinces et territoires affichant les taux globaux les plus élevés d'infection au VHC étaient la Saskatchewan (61,7 pour 100 000 personnes), la Colombie-Britannique (46,5 pour 100 000 personnes), le Manitoba (46,1 pour 100 000 personnes) et le Yukon (45,4 pour 100 000 personnes).

Les progrès réalisés dans le dépistage des dons de sang, les pratiques de contrôle des infections dans les milieux de soins de santé et les interventions médicales ont probablement contribué aux déclin globaux observés dans les taux de cas d'infection par le VHC déclarés au Canada au cours des dernières décennies. Il est également possible que les interventions en matière de santé publique visant à prévenir la transmission de l'infection chez les utilisateurs de drogues injectables aient eu une incidence sur ces tendances. Toutefois, la crise des opioïdes qui sévit actuellement au Canada ainsi que l'augmentation du nombre de dépistages et de tests pourraient avoir contribué à la hausse récente des diagnostics d'infection par le VHC observée dans nos données de surveillance.

Les chiffres présentés dans ce rapport représentent les tendances dans le diagnostic de l'infection au VHC pour une année donnée. En raison des difficultés liées à la détermination du stade d'infection par le VHC (aigu ou chronique), il est difficile de tirer des conclusions sur les tendances dans l'infection aiguë par le VHC ou sur le fardeau de l'infection chronique. Les données de statut aigu pourraient permettre d'évaluer l'ampleur des infections incidentes au Canada. De même, l'absence de données sur les facteurs de risque pour les infections par le VHC déclarées limite l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport.

## Conclusion

Les statistiques et les tendances nationales relatives aux infections par le VHB et le VHC servent au développement de programmes, de lignes directrices et de recommandations en matière de santé publique. D'après les données disponibles, les taux d'infections par le VHB et par le VHC observés de 2008 à 2017 et les tendances connexes confirment la nécessité de poursuivre les efforts de prévention et de contrôle au Canada.

## 1.0 Introduction

Le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC) sont, respectivement, les pathogènes responsables de l'hépatite B et de l'hépatite C. Les deux virus, bien que provenant de deux différentes familles de virus, infectent principalement les cellules hépatiques. Les symptômes des infections par le VHB et le VHC comprennent la jaunisse, la fatigue et les douleurs abdominales. L'hépatite B et l'hépatite C peuvent être aiguës ou chroniques, bien que le VHC soit plus susceptible que le VHB de causer une infection chronique (1). Environ 25% des infections au VHC seront auto-résolutives (2). Les infections au VHB contractées par transmission verticale de la mère à l'enfant sont plus susceptibles de se transformer en infections chroniques que les infections contractées à l'âge adulte. Les infections chroniques peuvent entraîner une cirrhose du foie, un carcinome hépatocellulaire, une hépatopathie décompensée et la mort prématurée (3). L'hépatite C chronique est la principale cause des transplantations hépatiques au Canada (4).

Le VHB se transmet principalement par les liquides corporels, pendant les rapports sexuels ou par tout autre contact étroit avec une personne infectée. D'autres modes de transmission incluent l'usage de matériel d'injection de drogue contaminé et la transmission de la mère à l'enfant, pour laquelle la probabilité de transmission est élevée (3).

La transmission du VHC s'effectue essentiellement par le biais du sang (5,6). Le VHC se transmet également sexuellement dans de rares cas, en particulier lors d'activités sexuelles traumatiques avec saignements.

Le partage de matériel d'injection de drogues contaminé, le fait d'avoir vécu dans un pays endémique ou d'avoir reçu des soins médicaux dans un pays où la prévention et le contrôle des infections dans les structures de santé sont sous-optimaux, peuvent rendre une personne à risque d'hépatite C; Par ailleurs, avoir des activités sexuelles sans condom susceptibles de causer des déchirures et d'exposer à du sang contaminé peut aussi accroître le risque d'hépatite C (7).

Un vaccin contre l'hépatite B est disponible depuis les années 1980 et l'ensemble des provinces et territoires du Canada offrent un programme de vaccination universelle contre le VHB pour les nouveau-nés et/ou les enfants depuis le début des années 1990. Un traitement – bien que non curatif – est également disponible pour l'hépatite B afin de contrôler la répllication virale.

Bien qu'il n'existe aucun vaccin pour prévenir l'hépatite C, de nouveaux traitements antiviraux à action directe (AAD) ont été approuvés par Santé Canada depuis 2014 et constituent une avancée majeure dans le domaine. Ces traitements très efficaces peuvent guérir les infections par le VHC et sont associés à moins d'effets secondaires (8,9). Le traitement est administré par voie orale pendant 8 à 12 semaines. Les AAD représentent une opportunité de prévention des complications liées au VHC et de progression vers l'élimination de cette infection.

Compte tenu du potentiel d'interventions préventives telles que les programmes d'échange de seringues et autres programmes de réduction des méfaits, et la disponibilité de traitements pour les hépatites virales et dans le but de réduire le fardeau qui leur est associé à l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2016 une *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021* (5). L'objectif général est d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique d'ici 2030, avec une cible de réduction de 90 % de l'incidence du VHB et du VHC et de 65 % de la mortalité associée.

Le Canada a souscrit à cette stratégie mondiale. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada a publié en 2018 son propre *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS*, qui a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé (10). Le cadre présente une vision et des objectifs stratégiques pour appuyer une action concertée visant à lutter contre les ITSS au Canada, dans tous les secteurs.

À la suite de la publication en mars 2019 du rapport détaillé intitulé *Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2016* (7), la présente mise à jour sur la surveillance de l'hépatite B et de l'hépatite C vise à fournir les données les plus récentes sur ces deux infections au Canada. Les taux et le nombre de cas d'infections aiguës et chroniques par le VHB ainsi que les taux globaux et le nombre de cas d'infection par le VHC sont décrits selon le sexe, l'âge et la province ou le territoire.

## 2.0 Méthodologie

### 2.1 Sources des données

Les autorités provinciales et territoriales de la santé fournissent des données non nominatives sur les cas confirmés en laboratoire à l'ASPC par l'entremise du Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO). L'infection par le VHB est à déclaration obligatoire au Canada depuis 1969, et la définition de cas appliquée actuellement au niveau national définit l'infection aiguë, chronique et non spécifiée (10). L'infection par le virus de l'hépatite C est à déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis 1991, et de nouvelles définitions de cas d'infection aiguë et d'infection non spécifiée (incluant les cas chroniques, résolus et indéterminés) ont été publiées en 2011 (11).

Les variables soumises avec le diagnostic comprennent l'âge au moment du diagnostic, le sexe, l'année du diagnostic et la P/T où le diagnostic a été posé. Les données reçues sont validées en collaboration avec la P/T concerné. Les données du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2017 ont été extraites du SCSMDO en avril 2019.

### 2.2 Analyse des données

En ce qui a trait au VHB, les P/T ont commencé à déclarer le stade de la maladie à différents moments. Seules les P/T qui ont déclaré des cas d'hépatite B aiguë ou chronique pour une année donnée ont été incluses dans les calculs annuels des taux d'infections aiguës et chroniques, respectivement, pour cette même année. Les estimés populationnels des provinces et territoires dont les cas ne sont pas inclus dans une analyse donnée (stade aigu ou chronique) ont été retirés du dénominateur utilisé pour calculer les taux nationaux. L'annexe A fournit des renseignements sur les années au cours desquelles les P/T ont commencé à déclarer des cas en faisant la distinction entre l'infection aiguë et chronique par le VHB.

Dans le cas du VHC, la plupart des P/T confirment les cas en utilisant le dépistage des anticorps, ce qui ne permet pas de faire la distinction entre une infection aiguë et chronique par le VHC, ou entre une infection courante et une infection résolue. Ces cas sont déclarés comme des infections non spécifiées par le VHC. Seules quatre P/T déclarent des cas en faisant la distinction entre les infections aiguës et chroniques par le VHC. Par conséquent, les données de ce rapport sur le VHC sont présentées comme des infections non spécifiées et comprennent les infections aiguës, chroniques, résolues et indéterminées par le VHC.

L'analyse descriptive a été effectuée à l'aide de Microsoft Excel. Les taux annuels nationaux de cas déclarés d'hépatite B aiguë, d'hépatite B chronique et d'hépatite C non spécifiée ont été compilés en utilisant le nombre de cas figurant au SCSMDO comme numérateur et les estimés populationnels annuels de juillet 2018 de Statistique Canada comme dénominateurs. Les taux spécifiques au groupe d'âge, au sexe et à la province ou au territoire ont aussi été calculés. Pour toutes les années, les taux sont indiqués pour 100 000 personnes. Les taux, les pourcentages et la variation en pourcentage des taux ont été calculés à partir de valeurs non arrondies. Par conséquent, les résultats peuvent différer de ceux de calculs basés sur des valeurs arrondies. L'analyse comparative ne fait appel à aucune méthode statistique.

Les taux globaux d'hépatite B et d'hépatite C (non stratifiés par stade) selon le groupe d'âge et le sexe au fil du temps peuvent être extraits du site Web Maladies à déclaration obligatoire en direct.

## 2.3 Limites des données

Comme les petits nombres de cas sont plus susceptibles de changer, les taux correspondants doivent être interprétés avec prudence. Les rapports antérieurs peuvent présenter des taux différents pour certaines années en raison de retards de déclaration, de changements dans les pratiques de déclaration, de mises à jour des données provenant des P/T ou d'améliorations dans le nettoyage et la validation des données. Contrairement à la déclaration des cas d'infection aiguë par le VHB, qui était plus uniforme au cours de la période de 2009 à 2016, la déclaration des infections chroniques par le VHB dans l'ensemble des P/T au cours de la même période était plus hétérogène. De plus, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Nunavut n'ont pas précisé l'état sérologique pour les cas déclarés d'infection par le VHB au SCSMDO et ont toujours déclaré des cas d'hépatite B comme étant non spécifiés.

Une fois que les données utilisées dans le cadre du présent rapport ont été soumises par les P/T, les modifications apportées aux données par les P/T par la suite ne sont pas prises en compte dans les données nationales de l'année en cours, mais seront mises à jour dans des rapports ultérieurs. Il pourrait donc y avoir de légers écarts entre les chiffres de l'ASPC et ceux des provinces ou territoires au moment de comparer ces bases de données dynamiques. Pour tout écart entre notre rapport et celui des P/T, le rapport des P/T devrait être considéré comme le plus exact. Des écarts plus importants peuvent être constatés lorsque les provinces et les territoires utilisent une stratégie analytique différente de celle utilisée dans le présent rapport. Ainsi, certaines administrations choisissent de déclarer les infections chroniques et non spécifiées par le VHB en les regroupant en une seule catégorie, alors que les infections non spécifiées sont exclues de l'analyse à l'échelle nationale.

Enfin, on pourrait améliorer les données de surveillance du VHB et du VHC en y incluant un plus grand nombre de variables (p. ex., les facteurs de risque), car ces renseignements permettraient une meilleure compréhension des tendances observées. Les taux d'infection par le VHB et par le VHC présentés dans ce rapport sont sans doute une sous-estimation du fardeau réel des infections au Canada, car certaines infections demeureront non dépistées, non diagnostiquées et non déclarées. Les taux présentés constituent un portrait actuel des diagnostics d'hépatite B et d'hépatite C au Canada pour une année donnée et ne devraient pas être interprétés comme des taux de prévalence ou d'incidence.

## 3.0 Hépatite B

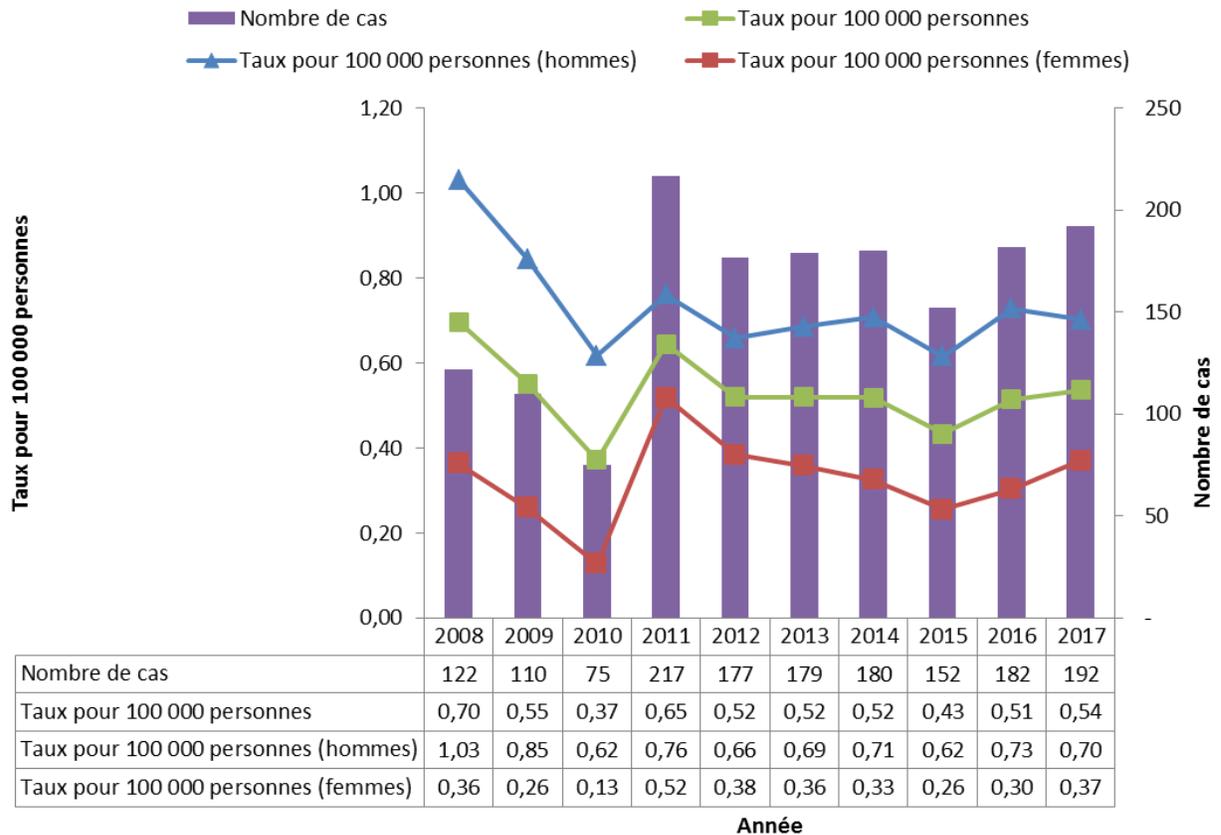
En 2017, 4 905 cas d'hépatite B, au total, ont été signalés au Canada : 192 cas d'infection aiguë (correspondant à un taux de 0,5 pour 100 000 personnes), 4 086 cas d'infection chronique (soit 11,4 pour 100 000 personnes) et 627 cas non spécifiés. Le nombre total de cas pour 2017 (4 905) est semblable au nombre total de cas déclarés en 2016 (4 985).

### 3.1 Infection aiguë par le virus de l'hépatite B

#### 3.1.1 Tendances au fil du temps

Le nombre de cas déclarés d'infection aiguë par le VHB est demeuré relativement stable depuis 2012 (Figure 1). En 2011, une augmentation des taux et du nombre de cas a été observée, car l'Ontario a commencé à déclarer les cas d'infection aiguë. En 2017, le taux global d'infection aiguë était de 0,54 pour 100 000 personnes, tandis que ce taux s'établissait à 0,51 pour 100 000 personnes en 2016. Bien que le taux d'infection aiguë par le VHB chez les hommes ait légèrement diminué entre 2016 et 2017 (de 0,73 à 0,70 pour 100 000 personnes; une baisse de 4 %), le taux d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B chez les femmes a augmenté pour une seconde année consécutive, passant de 0,30 en 2016 à 0,37 pour 100 000 personnes en 2017 (une hausse de 23 %). Les taux globaux nationaux d'infection aiguë par le VHB et les taux selon le sexe sont présentés à l'annexe C.

Figure 1. Nombre de cas déclarés et taux d'infection aiguë par le VHB selon le sexe au Canada<sup>1</sup>, SCSSMDO, de 2008 à 2017

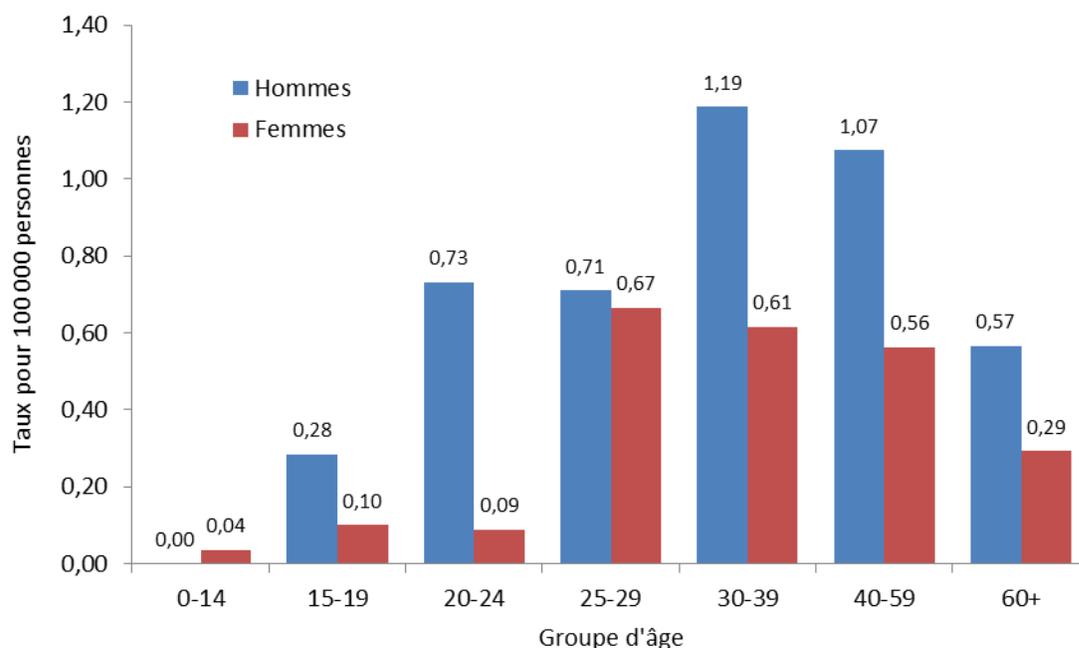


<sup>1</sup> Comprend : Pour l'Alb., la C.-B., le N.-B., le Qc, la Sask., le Yn : données de 2008 à 2017; pour le Man., le Nt et la N.-É. : données de 2009 à 2017; pour l'Ont. : données de 2011 à 2017.

### 3.1.2 Taux d'infection aiguë par le VHB selon le groupe d'âge et le sexe en 2017

En 2017, les taux d'hépatite B aiguë étaient les plus élevés chez les hommes de 30 à 39 ans (taux de 1,19 pour 100 000 hommes) et chez les femmes de 25 à 29 ans (taux de 0,67 pour 100 000 femmes). Les taux chez les hommes sont demeurés systématiquement plus élevés que chez les femmes pour tous les groupes d'âge, sauf chez les moins de 15 ans (Figure 2).

**Figure 2. Taux des cas déclarés d'infection aiguë par le VHB, par groupe d'âge et par sexe au Canada<sup>1</sup>, SCSMDO, 2017**



<sup>1</sup> Comprend les données de l'Alb., de la C.-B., du Man., du N.-B., de la N.-É., des T.N.-O., de l'Ont., du Qc, de la Sask. et du Yn.

### 3.1.3 Taux d'infection aiguë par le VHB par province et territoire en 2017

Le tableau 1 présente le nombre de cas déclarés et les taux d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B, par P/T et par sexe. Des taux supérieurs au taux national moyen d'hépatite B aiguë de 0,5 pour 100 000 personnes ont été déclarés au Manitoba (1,6 pour 100 000 personnes), au Nouveau-Brunswick (1,0 pour 100 000 personnes), en Ontario (0,8 pour 100 000 personnes) et en Nouvelle-Écosse (0,6 pour 100 000 personnes).

Les taux d'hépatite B aiguë par P/T de 2008 à 2017 sont présentés à l'annexe A.

**Tableau 1. Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 habitants d'infection aiguë au VHB selon la province ou le territoire et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017**

Juridiction	Hommes		Femmes		Total <sup>a</sup>	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Canada	125	0,7	67	0,4	192	0,5
C.-B.	6	0,2	4	0,2	10	0,2
Alb.	16	0,7	5	0,2	21	0,5
Sask.	1	0,2	1	0,2	2	0,2
Man.	15	2,2	6	0,9	21	1,6
Ont.	66	1,0	49	0,7	115	0,8
Qué.	8	0,2	1	0,0	9	0,1
N.-B.	8	2,1	0	0,0	8	1,0
N.-É.	5	1,1	1	0,2	6	0,6
Î.-P.-É.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
T.-N.-L.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Yukon	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T.N.-O.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ND : Non déclaré cette année-là

<sup>a</sup> : Le total inclut les cas au sexe non précisé.

## 3.2 Infection chronique par le virus de l'hépatite B

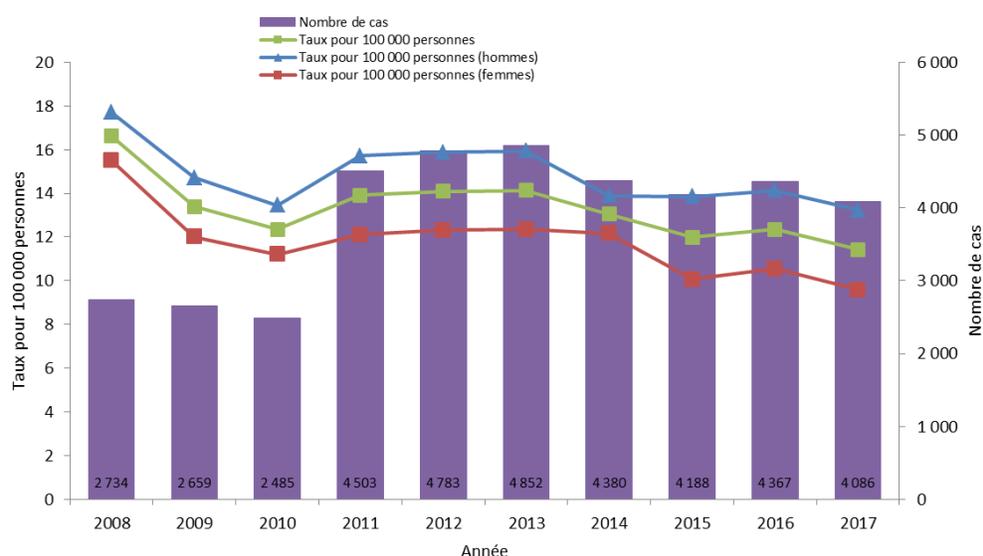
Les provinces et les territoires ont commencé à déclarer les cas chroniques d'infection par le VHB à différentes années (Annexe B). Les statistiques sur les infections chroniques par le VHB présentées dans le présent rapport ont été ajustées pour tenir compte des différences liées aux variations dans l'année de début de déclaration des statuts par chaque juridiction. Par conséquent, une interprétation prudente de ces statistiques est recommandée.

### 3.2.1 Tendances au fil du temps

Le taux de cas déclarés d'infection chronique au VHB a fluctué entre 2008 et 2017 (Figure 3). Comme indiqué précédemment, cette fluctuation peut être attribuable au fait que des P/T ayant différents taux se sont joints au système de surveillance au cours de différentes années. Par exemple, le nombre de cas d'infection chronique au VHB a augmenté considérablement en 2011 parce que c'est cette année-là que l'Ontario a commencé à déclarer ces cas. Toutefois, au cours de la période de 2008 à 2017, le taux global d'infection chronique au VHB a diminué, passant de 16,6 à 11,4 pour 100 000 habitants. Il est passé de 12,3 pour 100 000 habitants en 2016 à 11,4 pour 100 000 en 2017. La diminution a été observée tant chez les hommes que chez les femmes (de 14,1 à 13,2 pour 100 000 hommes et de 10,5 à 9,6 pour 100 000 femmes). Les hommes affichaient systématiquement des taux plus élevés que les femmes entre 2008 et 2017.

Les taux nationaux de VHB chronique globaux et selon le sexe de 2008 à 2017 sont présentés à l'annexe C.

**Figure 3. Nombre de cas déclarés et taux d'infection chronique par le VHB selon le sexe au Canada<sup>1</sup>, SCSMDO, 2008-2017**



<sup>1</sup> Comprend : pour l'Alb., la C.-B., le N.-B., le Qc: données de 2008 à 2017; pour la N.-É., données de 2009 à 2017; pour le Man. : données de 2009 à 2010 et de 2012 à 2017; pour la Sask. : données de 2009 à 2013 et de 2015 à 2017; pour le Yn : données de 2010 à 2017; Pour l'Ont., données de 2011 à 2017.

### 3.2.2 Taux de VHB chronique par province et territoire en 2017

Le tableau 2 présente le nombre de cas déclarés et les taux d'infection chronique par l'hépatite B selon la province, le territoire et le sexe.

Les taux d'hépatite B chronique par P/T de 2008 à 2017 sont présentés à l'annexe A.

**Tableau 2. Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 habitants d'infection chronique au VHB selon la province ou le territoire et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017**

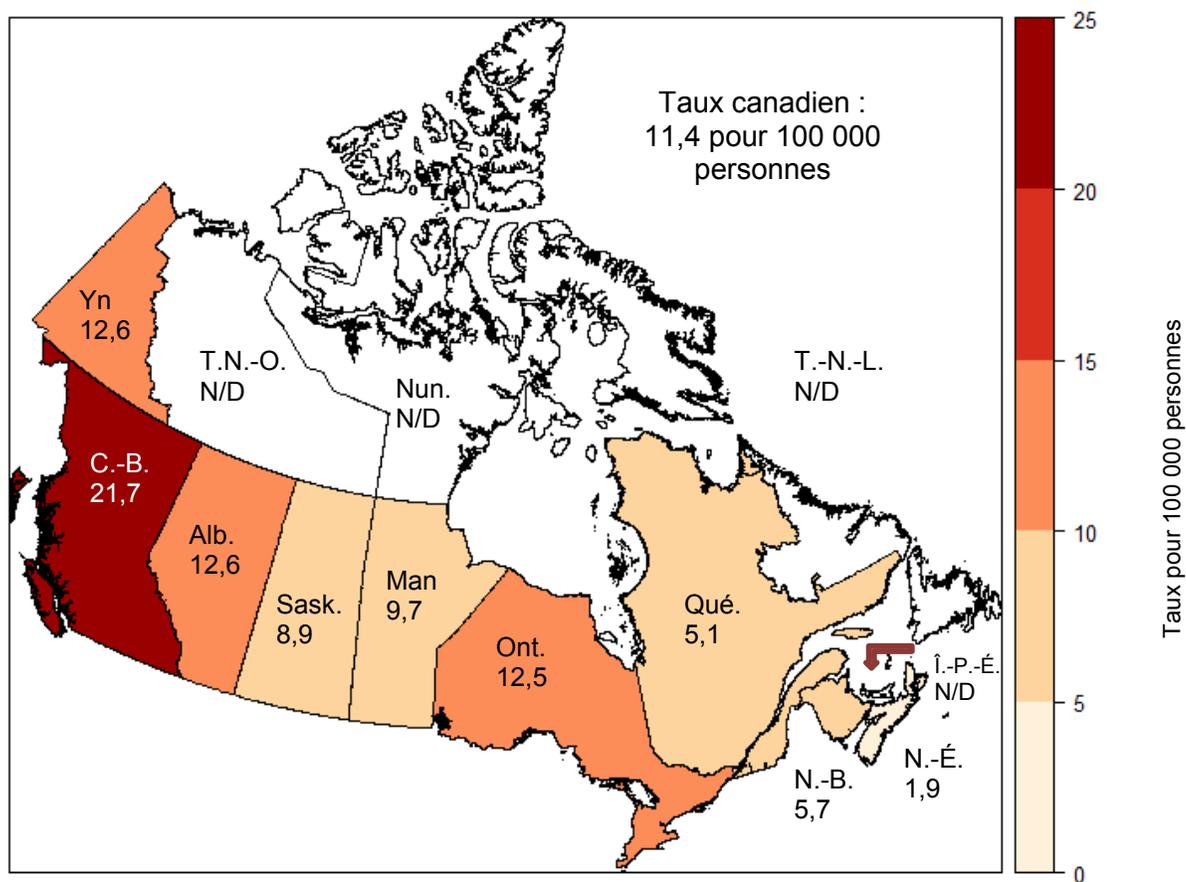
Juridiction	Hommes		Femmes		Total <sup>a</sup>	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Canada	2 348	13,2	1 728	9,6	4 086	11,4
C.-B.	568	23,3	502	20,2	1 070	21,7
Alb.	334	15,6	200	9,5	534	12,6
Sask.	58	10,0	44	7,7	102	8,9
Man.	84	12,6	45	6,7	129	9,7
Ont.	998	14,4	756	10,6	1 763	12,5
Qué.	269	6,5	151	3,6	421	5,1
N.-B.	28	7,4	16	4,1	44	5,7
N.-É.	7	1,5	11	2,3	18	1,9
Î.-P.-É.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
T.-N.-L.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Yukon	2	9,9	3	15,4	5	12,6
T.N.-O.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ND : Non déclaré cette année-là

<sup>a</sup> : Le total inclue les cas au sexe non précisé.

Des taux d'hépatite B chronique supérieurs à la moyenne nationale de 11,4 pour 100 000 personnes ont été signalés en Colombie-Britannique (21,7 pour 100 000), en Alberta (12,6 pour 100 000), au Yukon (12,6 pour 100 000) et en Ontario (12,5 pour 100 000) (figure 4).

**Figure 4. Répartition géographique des taux d'infection chronique par le VHB dans l'ensemble des provinces et des territoires au Canada, SCSMDO, 2017**



N/D : non disponible

## 4.0 Hépatite C

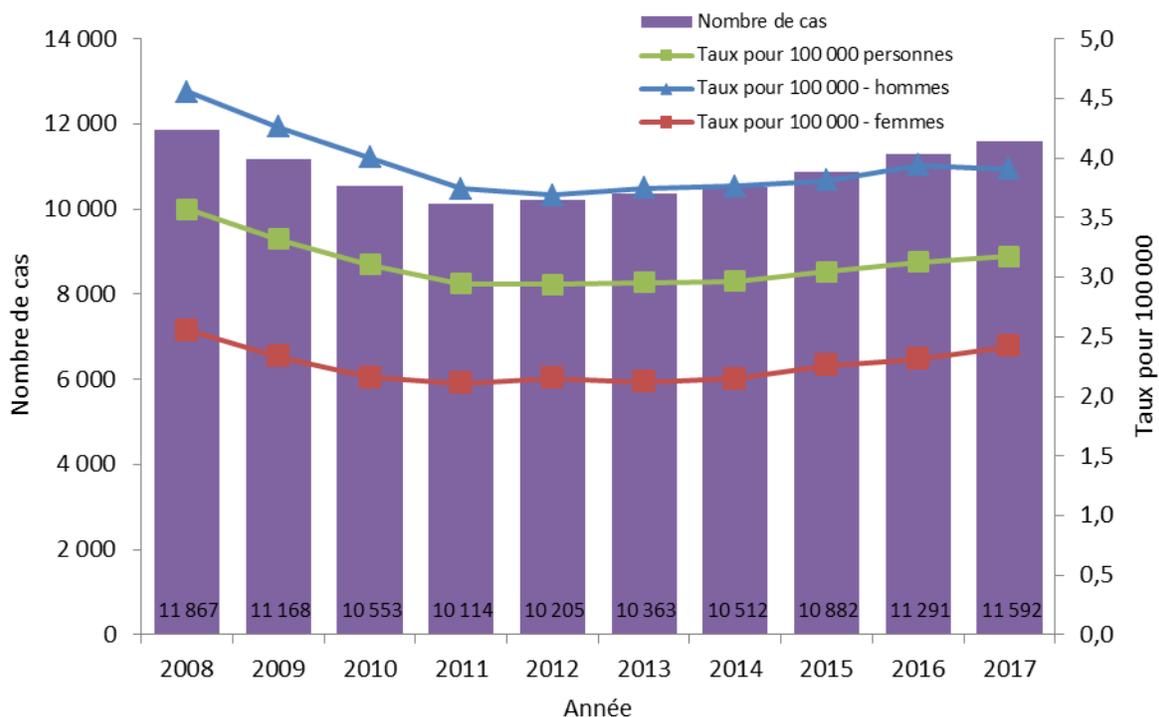
### 4.1 Tendances temporelles

En 2017, un total de 11 592 cas d'hépatite C ont été déclarés au Canada, ce qui correspond à un taux de 31,7 pour 100 000 habitants. Il s'agit d'une augmentation de 301 cas par rapport à 2016, année où 11 291 cas ont été déclarés, avec un taux correspondant de 31,3 cas pour 100 000 habitants. En 2017, la plupart des cas ont été signalés chez des hommes (7 086, 61 %), tandis que 4 451 cas ont été signalés chez des femmes.

Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection par le VHC a diminué de 11,1 % au cours de la période de 2008 à 2017. Toutefois, les taux de VHC ont augmenté légèrement depuis 2013 (Figure 5).

Le nombre de cas et les taux d'infection par le VHC, dans l'ensemble et selon le sexe, sont présentés à l'annexe C.

**Figure 5. Nombre de cas déclarés et taux d'infection par le VHC selon le sexe au Canada, SCSMDO, 2008-2017**

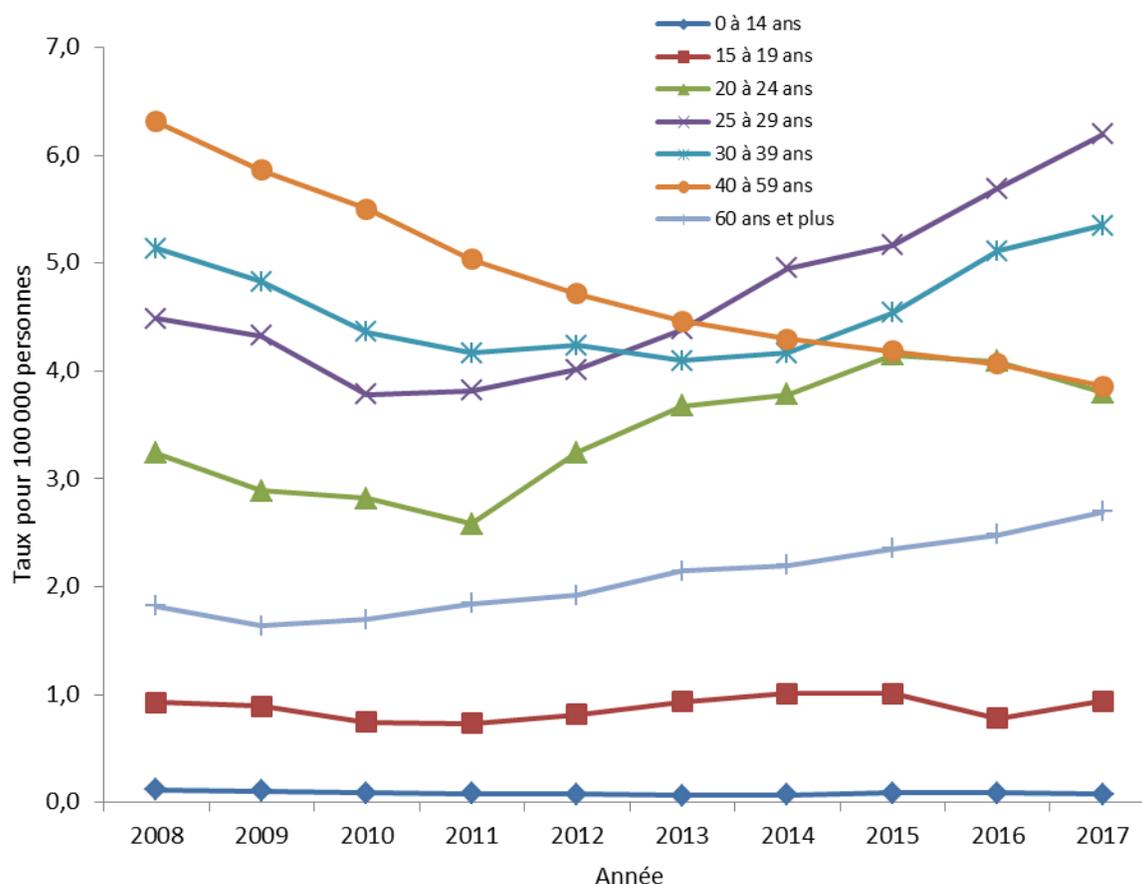


## 4.2 Taux d'infection par le VHC selon le groupe d'âge et le sexe

De 2008 à 2017, certains groupes d'âge ont connu une augmentation des taux, tandis qu'une diminution a été observée dans d'autres groupes d'âge. Les deux groupes d'âge qui ont connu une diminution des taux de VHC étaient le groupe des personnes de 40 à 59 ans (diminution de 39 %) et le groupe des personnes de 0 à 14 ans (diminution de 37 %) (Figure 6).

Le groupe des personnes de 60 ans ou plus a connu la plus forte augmentation des taux de VHC (augmentation de 47 %), suivi du groupe des personnes de 25 à 29 ans (augmentation de 38 %) et du groupe des personnes de 20 à 24 ans (augmentation de 17 %). Le groupe des personnes de 30 à 39 ans et le groupe des personnes de 15 à 19 ans ont connu une augmentation modérée des taux (4 % et 1 % respectivement).

**Figure 6. Taux de cas déclarés d'infection par le VHC selon le groupe d'âge au Canada, SCSMDO, 2008-2017**

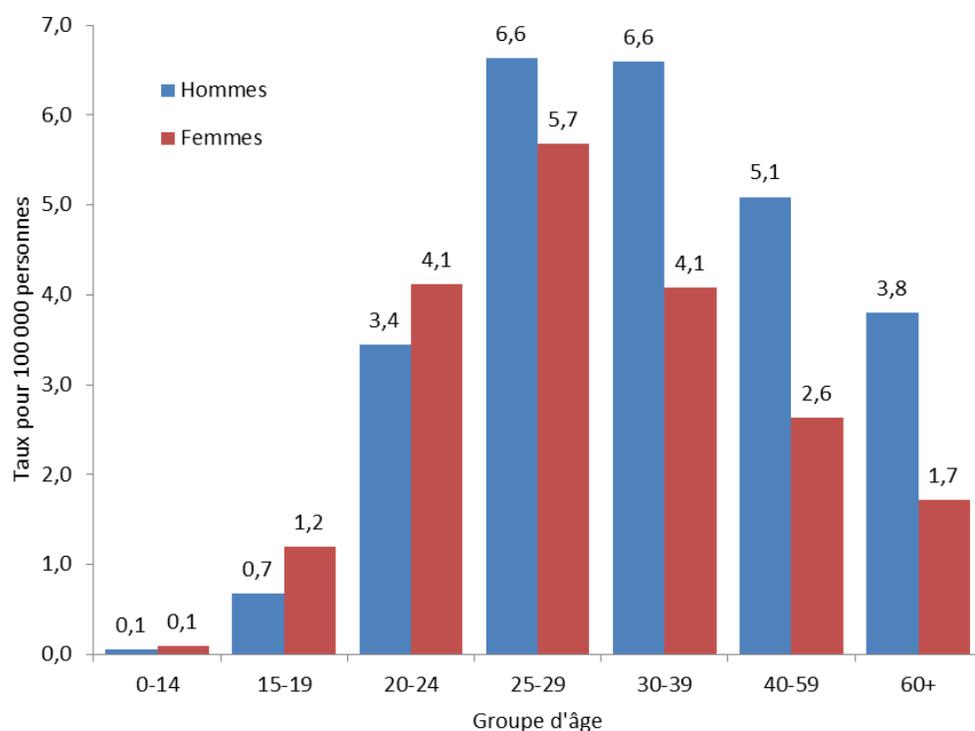


Parmi les hommes, les groupes d'âge affichant la plus forte augmentation des taux entre 2008 et 2017 étaient ceux des hommes de 60 ans ou plus (augmentation de 70 %) et des hommes 25 à 29 ans (augmentation de 30 %). Une diminution des taux a été observée chez les jeunes hommes de 14 ans et moins (diminution de 46 %) et chez les hommes de 40 à 59 ans (diminution de 42 %).

Chez les femmes, les groupes d'âge affichant la plus forte augmentation des taux entre 2008 et 2017 étaient ceux des femmes de 25 à 29 ans (augmentation de 50 %) et des femmes de 20 à 24 ans (augmentation de 22 %). Une diminution des taux a été observée chez les filles de 14 ans et moins (baisse de 27 %) et chez les femmes de 40 à 59 ans (baisse de 30 %).

En 2017, les taux les plus élevés d'infection par le VHC ont été déclarés parmi le groupe des personnes des 25 à 29 ans pour les deux sexes (66,3 pour 100 000 hommes et 56,7 pour 100 000 femmes) (Figure 7). Les hommes affichaient constamment des taux de VHC plus élevés que les femmes dans tous les groupes d'âge, à l'exception des personnes de moins de 25 ans.

**Figure 7. Taux de cas déclarés d'infection par le VHC selon le groupe d'âge et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017**



En 2017 la plus forte proportion de cas de VHC au Canada était retrouvée chez les personnes de 20 à 39 ans, avec 44,3 % du nombre total de cas, ce qui correspond à un taux de 51,9 pour 100 000 pour ce groupe d'âge. Le groupe des personnes des 20 à 39 ans ne représentait que 27 % de la population totale du Canada en 2017. Il y avait donc une surreprésentation de ce groupe d'âge parmi les cas d'hépatite C.

### 4.3 Taux d'infection par le VHC selon la province et le territoire

Lorsqu'on examine la proportion de cas par groupe d'âge et les taux par groupe d'âge dans chaque P/T, il apparaît que le profil des épidémies de VHC varie grandement d'une province et d'un territoire à l'autre (Tableau 3). Dans toutes les provinces de l'Atlantique et les provinces des Prairies (N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L., Man. et Sask.), la majorité des cas (>50 %) et les taux de VHC étaient plus élevés parmi le groupe des personnes de 20 à 39 ans. L'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario affichaient également la plus forte proportion de cas (bien qu'inférieure à 50 %) parmi le groupe des personnes de 20 à 39 ans et une proportion élevée de cas chez les personnes de 40 à 59 ans également. Au Québec et aux T.N.-O., la proportion de cas et les taux étaient plus élevés chez les personnes âgées de 40 à 59 ans. Au Yukon, le nombre de cas était plus élevé parmi le groupe des 40 à 59 ans, mais les taux les plus élevés ont été observés chez les personnes de 60 ans ou plus.

**Tableau 3. Taux déclarés pour 100 000 habitants et proportion de cas d'infection par le VHC selon le groupe d'âge et la province ou le territoire au Canada, SCSMDO, 2017**

Juridiction	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60 ans ou +	
	Proportion du nombre total de cas	Taux	Proportion du nombre total de cas	Taux	Proportion du nombre total de cas	Taux	Proportion du nombre total de cas	Taux
Canada	2,1 %	3,0	44,3 %	51,9	33,8 %	38,6	19,8 %	26,9
C.-B.	1,3 %	3,0	40,8 %	70,0	32,6 %	53,9	25,4 %	47,7
Alb.	2,0 %	2,9	39,2 %	44,8	37,3 %	48,5	21,5 %	41,6
Sask.	3,1 %	7,5	60,1 %	131,9	30,3 %	74,8	6,5 %	18,8
Man.	2,8 %	5,0	59,3 %	98,0	28,6 %	51,5	9,4 %	20,6
Ont.	2,2 %	3,3	44,1 %	54,4	33,3 %	39,7	20,4 %	29,7
Qué.	1,4 %	0,8	29,0 %	13,5	44,3 %	19,3	25,3 %	12,0
N.-B.	1,6 %	2,6	56,3 %	79,4	32,8 %	36,0	9,3 %	10,7
N.-É.	3,1 %	4,8	58,5 %	74,6	27,2 %	29,4	11,2 %	12,6
Î.-P.-É.	2,7 %	3,1	59,5 %	61,3	18,9 %	16,6	18,9 %	17,5
T.-N.-L.	6,2 %	10,8	68,9 %	101,0	19,8 %	22,0	5,1 %	6,1
Yukon	0,0 %	0,0	16,7 %	25,9	44,4 %	66,9	38,9 %	95,7
T.N.-O.	0,0 %	0,0	16,7 %	7,0	66,7 %	30,9	16,7 %	17,6
Nun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ND : Non déclaré cette année-là

En 2017, la répartition des cas d'hépatite C selon le sexe était plus égale à travers les différentes provinces et les territoires. En fait, dans l'ensemble des P/T (sauf pour les T.N.-O. qui n'ont déclaré que 6 cas en 2017), le nombre de cas chez les hommes et les taux chez les hommes étaient plus élevés que chez les femmes (Tableau 4).

Les taux d'infections déclarées au VHC par P/T de 2008 à 2017 sont présentés à l'annexe D.

**Tableau 4. Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 habitants d'infection par le VHC selon la province ou le territoire et le sexe au Canada, SCSMDO, 2017**

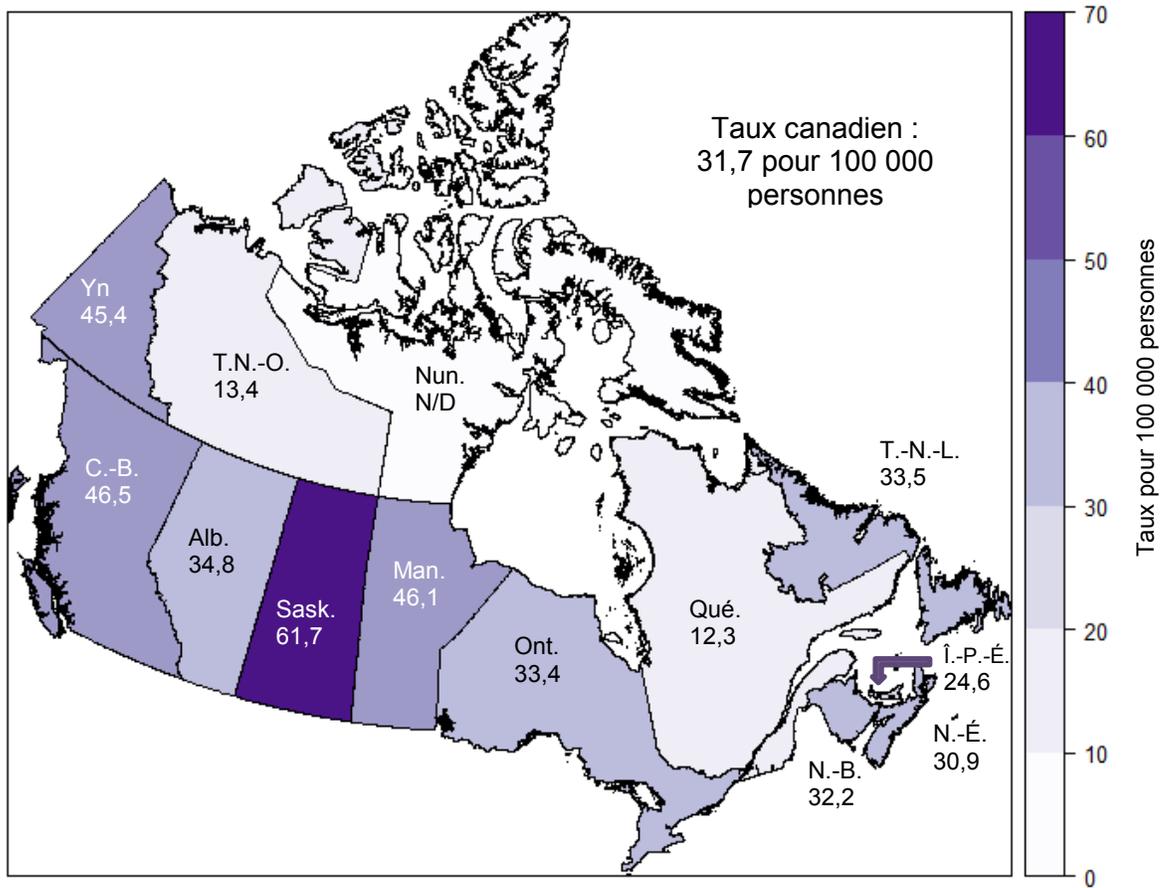
Juridiction	Hommes		Femmes		Total <sup>a</sup>	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Canada	7 086	39,1	4 451	24,2	11 592	31,7
C.-B.	1 467	60,2	822	33,1	2 291	46,5
Alb.	916	42,8	561	26,6	1 478	34,8
Sask.	421	72,6	289	50,6	710	61,7
Man.	341	51,1	269	40,2	616	46,1
Ont.	2 803	40,4	1 867	26,2	4 697	33,4
Qué.	659	15,9	343	8,2	1 021	12,3
N.-B.	157	41,4	90	23,2	247	32,2
N.-É.	180	38,7	114	23,5	294	30,9
Î.-P.-É.	21	28,5	16	20,8	37	24,6
T.-N.-L.	106	40,5	71	26,6	177	33,5
Yukon	12	59,5	6	30,8	18	45,4
T.N.-O.	3	13,0	3	13,7	6	13,4
Nun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ND : Non déclaré cette année-là

<sup>a</sup> : Le total inclue les cas au sexe non précisé.

Les P/T affichant les taux globaux de VHC les plus élevés étaient la Saskatchewan (61,7 pour 100 000 personnes), la Colombie-Britannique (46,5 pour 100 000), le Manitoba (46,1 pour 100 000) et le Yukon (45,4 pour 100 000) (Figure 8).

**Figure 8. Répartition géographique des taux d'infection par le VHC entre les provinces et les territoires au Canada, SCSMDO, 2017**



N/D: Non disponible

## 5.0 Discussion

L'hépatite B et l'hépatite C sont des causes importantes de maladies du foie, de morbidité et de décès; les activités de surveillance sont importantes pour suivre les tendances liées à ces infections, contribuer au développement de politiques publiques et de recommandations sur le dépistage et le traitement fondées sur des données probantes, et à l'évaluation des interventions de santé publique comme la vaccination contre l'hépatite B.

Les cas aigus de VHB offrent un aperçu important des tendances actuelles en matière de transmission, puisque les cas diagnostiqués et déclarés comme des infections aiguës se rapprochent des cas incidents (c.-à-d. ceux qui ont été récemment acquis). La diminution des taux de cas aigus de VHB au Canada qui a été observée dans les années 1990 et 2000 peut être attribuable à la mise en place de programmes d'immunisation de routine dans l'ensemble des provinces et des territoires, dès le début des années 1990, et à l'amélioration des tests de dépistage sanguin et des pratiques de prévention et de contrôle dans les milieux de soins (7).

Toutefois, depuis 2011, les taux de cas aigus de VHB ont été stables. Une tendance semblable est observée aux États-Unis, avec des taux d'infection aiguë au VHB stables ou à la hausse, possiblement en raison de l'augmentation de la consommation de drogues injectables (13). Au Canada, même si les taux de cas aigus de VHB étaient constamment plus élevés chez les hommes que chez les femmes de 2008 à 2017, une augmentation plus élevée de ces taux a été observée chez les femmes en 2017 pour une deuxième année consécutive.

En 2017, les taux d'infection aiguë au VHB les plus élevés étaient ceux déclarés parmi les hommes de 30 à 59 ans et les femmes de 25 à 39 ans. Les populations non vaccinées, isolées ou vulnérables ainsi que les migrants en provenance de pays endémiques peuvent également contribuer au fardeau du VHB au Canada (14, 15).

Il est important de comprendre l'ampleur des infections chroniques au VHB au Canada, car elle représente le fardeau de la maladie au Canada et le potentiel de transmission, puisque la période de contagiosité des infections chroniques est plus longue que celle des infections aiguës. Le taux d'infection chronique par le VHB semble avoir légèrement diminué au Canada depuis 2011.

Par comparaison, de 2008 à 2017, il y a eu une baisse globale des taux de VHC de 11,1 %. Toutefois, les taux ont augmenté légèrement depuis 2013, après avoir diminué pendant un certain nombre d'années. De même, une situation semblable a été observée aux États-Unis. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont signalé une augmentation des cas aigus d'hépatite C depuis 2010, tant chez les hommes que chez les femmes, avec une augmentation globale de 3,5 fois de 2010 à 2016, après une diminution de 48,2 % entre 2001 et 2010 (16). Parmi ceux pour lesquels des facteurs de risque étaient connus, la consommation de drogues injectables était le facteur le plus fréquemment rapporté. La hausse des taux serait, semble-t-il, attribuable à une augmentation de la consommation de drogues injectables et, dans une moindre mesure, à une amélioration de la détection des cas. La crise actuelle de santé publique causée par les surdoses d'opioïdes pourrait alourdir le fardeau dans des populations comme les personnes qui utilisent des drogues par injection qui sont touchés simultanément par l'épidémie d'opioïdes et l'hépatite C. Une approche globale et intégrée à l'égard des ITSS est nécessaire, en particulier chez les populations clés qui vivent des syndémies, comme le souligne le *Cadre d'action pancanadien pour les ITSS* (10).

Au Canada, les taux d'hépatite C chez les hommes étaient plus élevés que chez les femmes durant la période de 2008 à 2017. En 2017, les taux les plus élevés de VHC étaient ceux déclarés parmi les personnes de 25 à 29 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Bien que ce soit le cas pour les femmes depuis 2009, le fait que les taux les plus élevés soient observés chez les hommes de 25 à 29 ans constitue une tendance plus récente, puisque les populations masculines plus âgées affichaient les taux les plus élevés dans le passé. Cela souligne la nécessité d'accroître la prévention et le traitement dans ce groupe d'âge.

Les nouveaux traitements d'antiviraux à action directe (AAD) très efficaces changent la donne pour ce qui est de l'épidémie de VHC; ils donnent la possibilité d'élargir l'offre de traitements, car ces traitements peuvent maintenant être plus acceptables pour les populations à risque élevé, comme les personnes qui utilisent des drogues injectables, étant donné la courte durée du traitement et l'absence d'effets secondaires (17,18). L'un des défis soulevés par le traitement de l'hépatite C est la possibilité d'un risque plus élevé de réinfection si les comportements à risque se poursuivent (19-21). Des stratégies simultanées de prévention, de dépistage, d'initiation du traitement et des soins, et un support et des soins continus sont nécessaires pour réduire le risque de réinfection (10).

En plus des initiatives locales, provinciales et territoriales visant à lutter contre l'épidémie de VHC au Canada, le gouvernement fédéral a publié *un Cadre d'action pancanadien sur les ITSS* en juillet 2018 (10). Le cadre présente une vision et des objectifs stratégiques pour appuyer une action cohérente visant à lutter contre les ITSS au Canada. Les objectifs stratégiques du cadre comprennent la réduction de l'incidence des ITSS au Canada, l'amélioration de l'accès au dépistage, au traitement et aux soins et au soutien continu, ainsi que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination qui créent des vulnérabilités aux ITSS. De plus, le plan d'action du gouvernement du Canada sur les ITSS sera publié cet été. Il mettra en lumière les mesures que les ministères et organismes fédéraux prendront au cours des cinq prochaines années pour contribuer à l'atteinte des objectifs du Cadre d'action.

## Conclusion

Les taux déclarés d'infections aiguës au VHB semblent se stabiliser tandis que le taux d'infection au VHC augmente sensiblement au Canada. Compte tenu de la possibilité que ces infections progressent vers des pathologies plus graves et du fardeau potentiel qui en découlerait pour le système de santé du Canada, un suivi continu est essentiel.

Afin d'améliorer la capacité des données de surveillance à permettre le suivi des progrès du Canada en matière de prévention et de contrôle de l'infection par le VHC, des efforts supplémentaires sont déployés pour harmoniser la déclaration des cas d'hépatite C selon le stade de l'infection dans le cadre de la surveillance de routine. La surveillance, soutenue par la recherche examinant les facteurs influant sur les tendances observées, peut contribuer à l'élaboration d'interventions adaptées pour lutter contre les infections par le VHC au Canada.

## Références

- (1) Rehermann B, Nascimbeni M. Immunology of hepatitis B virus and hepatitis C virus infection. *Nat Rev Immunol* 2005 Mar;5(3):215-229.
- (2) Grebely J, Prins M, Hellard M, Cox AL, Osburn WO, Lauer G, et al. Hepatitis C virus clearance, reinfection, and persistence, with insights from studies of injecting drug users: towards a vaccine. *Lancet Infect Dis* 2012 May;12(5):408-414.
- (3) Heymann D editor. Control of communicable diseases manual. 19th ed. United States of America: American Public Health Association 2008.
- (4) Canadian Liver Foundation. Liver disease in Canada: A Crisis In The Making. 2013;2018(March 26).
- (5) Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021. 2016;2018(26 mars).
- (6) Organisation mondiale de la Santé. Hépatite B. 2017; Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Consulté le 5 juillet 2019.
- (7) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada: 2016. 2019. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/rapport-hepatite-b-et-hepatite-c-canada-2016.html>
- (8) Pawlotsky JM. New hepatitis C therapies: the toolbox, strategies, and challenges. *Gastroenterology* 2014 May;146(5):1176-1192.
- (9) Falade-Nwulia O, Suarez-Cuervo C, Nelson DR, Fried MW, Segal JB, Sulkowski MS. Oral Direct-Acting Agent Therapy for Hepatitis C Virus Infection: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2017 May 2;166(9):637-648.
- (10) Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030: un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. Juin 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
- (11) Agence de la santé publique du Canada. Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale – 2009. 2009. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2009-35/definitions-nosologiques-maladies-transmissibles-surveillance-nationale.html>

- (12) Agence de la santé publique du Canada. Définition nationale de cas: Hépatite C. 2011; Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hepatite-c/pour-professionnels-sante-hepatite-c/definition-nationale-cas.html>
- (13) Harris AM, Iqbal K, Schillie S, Britton J, Kainer MA, Tressler S, et al. Increases in Acute Hepatitis B Virus Infections – Kentucky, Tennessee, and West Virginia, 2006-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016 Jan 29;65(3):47-50.
- (14) Greenaway C, Narasiah L, Plourde P, Ueffing E, Pottie K, Deschenes M, et al. Appendix 5: Hepatitis B: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal, CMAJ* 2011;183(12).
- (15) Organisation mondiale de la Santé. Hepatitis B vaccines. *Weekly Epidemiological Record* 2009;84(40):405-420.
- (16) Centers for Disease Control and Prevention. *Viral Hepatitis Surveillance –United States, 2016.*
- (17) Roy E, Nonn E, Haley N, Cox J. Hepatitis C meanings and preventive strategies among street-involved young injection drug users in Montreal. *Int J Drug Policy* 2007 Oct;18(5):397-405.
- (18) Harris M, Rhodes T. Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors. *Harm Reduct J* 2013 May 7;10:7-7517-10-7.
- (19) Simmons B, Saleem J, Hill A, Riley RD, Cooke GS. Risk of Late Relapse or Reinfection With Hepatitis C Virus After Achieving a Sustained Virological Response: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2016 Mar 15;62(6):683-694.
- (20) Ingiliz P, Martin TC, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *J Hepatol* 2017 Feb;66(2):282-287.
- (21) Hajarizadeh B, Grebely J, Martinello M, Matthews GV, Lloyd AR, Dore GJ. Hepatitis C treatment as prevention: evidence, feasibility, and challenges. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016 Dec;1(4):317-327.

## Annexe A. Taux de déclaration des infections aiguës et chroniques au VHB au Canada selon la province et le territoire, SCSDMO, 2008-2017

P/T	Taux pour 100 000 habitants : cas déclarés d'infection aiguë au VHB									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Canada	0,7	0,6	0,4	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
C.-B.	0,7	0,6	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2
Alb.	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,2	0,5	0,5	0,5
Sask.	1,4	0,8	1,0	1,2	0,8	0,6	0,8	0,9	0,3	0,2
Man.	ND	0,3	0,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,2	1,0	1,6
Ont.	ND	ND	ND	0,9	0,7	0,8	0,7	0,6	0,8	0,8
Qué.	0,6	0,4	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
N.-B.	0,0	1,1	0,5	1,1	0,4	0,1	1,2	0,3	1,3	1,0
N.-É.	ND	0,3	0,1	0,5	0,2	0,7	0,7	1,0	1,1	0,6
Î.-P.-É.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
T.-N.-L.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Yukon	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0
T.N.-O.	ND	2,3	0,0	0,0	0,0	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0
Nun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

P/T	Taux pour 100 000 habitants : cas déclarés d'infection chronique au VHB									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Canada	16,6	13,4	12,3	13,9	14,1	14,1	13,0	12,0	12,4	11,4
C.-B.	30,1	26,9	26,2	23,3	22,2	24,5	21,9	21,7	23,2	21,7
Alb.	19,8	16,6	15,4	12,9	17,1	15,3	13,5	12,8	13,7	12,6
Sask.	ND	7,8	8,2	6,8	12,5	9,2	ND	9,3	11,4	8,9
Man.	ND	8,4	10,7	ND	4,2	4,7	5,4	9,4	10,3	9,7
Ont.	ND	ND	ND	18,8	17,9	17,4	15,7	13,7	13,3	12,5
Qué.	9,0	8,1	6,1	4,7	5,9	6,7	6,6	5,6	5,6	5,1
N.-B.	1,7	4,5	4,4	3,2	5,1	5,7	4,0	5,7	9,0	5,7
N.-É.	ND	0,5	0,6	0,4	0,8	0,5	1,8	1,0	1,5	1,9
Î.-P.-É.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
T.-N.-L.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Yukon	ND	ND	11,6	14,1	8,3	16,4	16,2	13,3	20,8	12,6
T.N.-O.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ND : Des cas de ce type d'infection au VHB n'ont pas été déclarés cette année-là par la province ou le territoire.

**Annexe B.** Taux d'infections aiguës et chroniques par le VHB déclarées au Canada, dans l'ensemble et selon le sexe, SCSMDO, 2008-2017

Année	Taux d'infections aiguës pour 100 000 habitants			Taux d'infections chroniques pour 100 000 habitants		
	Hommes	Femmes	Taux global <sup>1</sup>	Hommes	Femmes	Taux global <sup>1</sup>
2008	1,03	0,36	0,70	17,70	15,50	16,62
2009	0,85	0,26	0,55	14,71	12,02	13,39
2010	0,62	0,13	0,37	13,45	11,21	12,35
2011	0,76	0,52	0,65	15,70	12,10	13,92
2012	0,66	0,38	0,52	15,87	12,30	14,08
2013	0,69	0,36	0,52	15,94	12,34	14,13
2014	0,71	0,33	0,52	13,89	12,17	13,05
2015	0,62	0,26	0,43	13,85	10,07	11,98
2016	0,73	0,30	0,51	14,13	10,54	12,35
2017	0,70	0,37	0,54	13,22	9,59	11,42

<sup>1</sup> Les taux globaux comprennent les cas de sexe non précisé.

### Annexe C. Taux d'infections par le VHC déclarées au Canada selon le sexe, SCSMDO, 2008-2017

Année	Hommes		Femmes		Taux global <sup>1</sup>	
	Nombre de cas	Taux	Nombre de cas	Taux	Nombre de cas	Taux
2008	7 500	45,5	4 280	25,5	11 867	35,7
2009	7 103	42,6	3 958	23,3	11 168	33,2
2010	6 747	40,0	3 704	21,6	10 553	31,0
2011	6 366	37,4	3 658	21,1	10 114	29,5
2012	6 346	36,9	3 767	21,5	10 205	29,4
2013	6 525	37,5	3 750	21,2	10 363	29,5
2014	6 613	37,6	3 833	21,5	10 512	29,7
2015	6 755	38,1	4 061	22,6	10 882	30,5
2016	7 063	39,4	4 207	23,1	11 291	31,3
2017	7 086	39,1	4 451	24,2	11 592	31,7

<sup>1</sup> Les taux globaux comprennent les cas de sexe non précisé.

**Annexe D.** Taux d'infections par le VHC déclarées au Canada, par province et territoire, SCSMDO, 2008-2017

P/T	Taux pour 100 000 habitants									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Canada</b>	35,7	33,2	31,0	29,5	29,4	29,5	29,7	30,5	31,3	31,7
<b>C.-B.</b>	56,9	55,6	49,3	43,4	40,9	44,4	42,5	46,1	47,6	46,5
<b>Alb.</b>	33,6	26,8	24,0	31,4	31,6	31,8	34,8	36,0	39,7	34,8
<b>Sask.</b>	69,2	61,1	54,0	58,3	63,1	57,3	55,0	64,2	63,5	61,7
<b>Man.</b>	29,4	29,1	26,0	25,1	28,0	24,4	27,5	30,3	35,0	46,1
<b>Ont.</b>	36,7	33,8	34,3	31,6	31,3	31,1	31,3	31,3	31,5	33,4
<b>Qué.</b>	23,8	21,7	17,9	16,7	16,0	15,1	13,7	12,6	12,7	12,3
<b>N.-B.</b>	11,6	27,2	24,8	21,2	23,3	26,0	23,7	23,5	23,7	32,2
<b>N.-É.</b>	30,0	29,3	31,9	21,9	26,5	29,9	34,1	36,7	32,5	30,9
<b>Î.-P.-É.</b>	31,0	25,0	39,5	34,0	38,7	40,3	50,6	27,0	21,8	24,6
<b>T.-N.-L.</b>	19,4	16,4	11,9	11,8	12,7	20,1	24,2	29,5	31,2	33,5
<b>Yukon</b>	81,6	94,9	60,7	62,1	60,7	43,8	53,9	37,1	46,7	45,4
<b>T.N.-O.</b>	34,6	27,8	27,7	16,1	36,7	34,2	41,0	27,1	29,1	13,4
<b>Nun.</b>	9,4	15,3	24,0	29,2	14,4	5,7	16,7	13,7	ND	ND

ND : La province ou le territoire n'a pas déclaré de cas d'hépatite C cette année-là.