



RAPPORT SUR LA SURVEILLANCE DE L'HÉPATITE B ET DE L'HÉPATITE C AU CANADA : 2019

PROTÉGER LES CANADIENS ET LES
AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



**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 surveillance in Canada: 2019

Pour obtenir plus de renseignements, 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
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2022

Date de publication : Janvier 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation aux fins d'usage personnel ou interne seulement, à condition que la source soit indiquée en entier.

Cat. : HP37-22F-PDF
ISBN : 2369-3835
Pub. : 210427

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Table des matières..... | III |
| Résumé | 1 |
| 1.0 Introduction | 3 |
| 2.0 Méthodes | 5 |
| 3.0 Hépatite B..... | 7 |
| 3.1 Hépatite B aiguë..... | 7 |
| 3.1.1 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B aiguë, globalement et selon le sexe, au Canada, 2019..... | 7 |
| 3.1.2 Tendances du nombre de cas déclarés et des taux d'hépatite B aiguë, globalement et selon le sexe, au Canada, de 2010 à 2019..... | 7 |
| 3.1.3 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite B aiguë, selon le sexe et le groupe d'âge au Canada, de 2015 à 2019..... | 8 |
| 3.1.4 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite B aiguë par province ou territoire, de 2010 à 2019..... | 9 |
| 3.1.5 Proportion de cas déclarés et de taux d'hépatite B dans les provinces et territoires, 2019..... | 9 |
| 3.2 Hépatite B chronique..... | 9 |
| 3.2.1 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B chronique, globalement et selon le sexe, au Canada, 2019..... | 9 |
| 3.2.2 Tendances du nombre de cas déclarés et des taux d'hépatite B chronique, globalement et selon le sexe, au Canada, de 2010 à 2019..... | 9 |
| 3.2.3 Tendances associées aux taux déclarés d'hépatite B chronique par sexe et par groupe d'âge, au Canada, de 2010 à 2019..... | 10 |
| 3.2.4 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B chronique par sexe et groupe d'âge au Canada, 2019..... | 11 |
| 3.2.5 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite B chronique par province ou territoire, de 2010 à 2019..... | 12 |
| 3.2.6 Taux provinciaux et territoriaux de cas d'hépatite B chronique déclarés, 2019..... | 13 |
| 4.0 Hépatite C..... | 14 |
| 4.1 Hépatite C..... | 14 |
| 4.1.1 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite C, globalement et selon le sexe, au Canada, 2019..... | 14 |
| 4.1.2 Tendances du nombre de cas déclarés et des taux d'hépatite C, globalement et selon le sexe, au Canada, de 2010 à 2019..... | 14 |
| 4.1.3 Tendances des taux de cas d'infection par l'hépatite C déclarés par groupe d'âge et par sexe, au Canada, de 2010 à 2019..... | 15 |
| 4.1.4 Tendances en ce qui concerne le nombre de cas et les taux de cas d'hépatite C par province ou territoire, de 2010 à 2019..... | 17 |
| 4.1.5 Taux provinciaux et territoriaux de cas d'hépatite C déclarés, 2019..... | 18 |
| 4.2 Hépatite C aiguë..... | 19 |
| 4.2.1 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite C aiguë, selon le sexe et le groupe d'âge au Canada, de 2016 à 2019..... | 19 |
| 4.2.2 Taux provinciaux et territoriaux de cas d'hépatite C aiguë déclarés, 2019..... | 21 |

| | |
|---|----|
| 5.0 Discussion..... | 22 |
| Hépatite B..... | 22 |
| Hépatite C..... | 23 |
| 6.0 Conclusion..... | 26 |
| 7.0 Remerciements..... | 26 |
| Liste des figures et tableaux supplémentaires..... | 27 |
| Annexe A. Pratiques de déclaration de l'hépatite B et C de 2010 à 2019..... | 28 |
| Références..... | 29 |

Résumé

Hépatite B

Hépatite B aiguë : En 2019, 178 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (63,5 % d'hommes, 36,0 % de femmes, 0,5 % de sexe inconnu) au Canada, soit un taux de 0,48 pour 100 000 personnes. Les taux nationaux d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B sont faibles et ont atteint un plateau depuis 2010, le nombre de cas annuels restant inférieur à 200. Ces faibles taux et cas déclarés sont principalement attribuables à la mise en œuvre de programmes d'immunisation systématiques contre l'hépatite B dans tous les provinces et territoires (PTs) à partir du début des années 1990 et à l'amélioration du dépistage sanguin et des pratiques de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins de santé. Depuis 2015, les taux sont les plus élevés chez les hommes âgés de 40 à 59 ans. Les taux chez les femmes âgées de 30 à 39 ans ont augmenté chaque année depuis 2016 et ont été les plus élevés en 2019. En revanche, les taux enregistrés chez les femmes dans tous les autres groupes d'âge de 19 ans et plus ont fluctué. En 2019, les taux étaient les plus élevés au Manitoba (Man.) (1.46 pour 100 000 personnes), au Nouveau-Brunswick (N.-B.) (1.42 pour 100 000 personnes) et en Ontario (Ont.) (0.71 pour 100 000 personnes). Cependant, la plus grande proportion de cas déclarés provenait de l'Ont. (57,9 %), suivie de l'Alberta (Alb.) (11,2 %) et du Man. (11,2 %).

Hépatite B chronique : En 2019, 3 790 cas d'hépatite B chronique ont été déclarés (55,5 % d'hommes, 43,6 % de femmes, 0,9 % de sexe inconnu) au Canada (taux de 10,2 pour 100 000 personnes). Les taux d'infection chronique ont tendance à diminuer depuis 2010. Alors que les taux chez les hommes ont toujours été plus élevés que les taux chez les femmes depuis 2010, les taux ont diminué chaque année chez les deux sexes depuis 2016. Les taux nationaux de 2019 chez les hommes (11,4 pour 100 000 personnes) et les femmes (8,9 pour 100 000 personnes) sont les plus bas enregistrés au cours de la dernière décennie. Chez les hommes (depuis 2010) et les femmes (depuis 2015), les taux ont toujours été les plus élevés chez les 30 à 39 ans. Dans la plupart des provinces, les taux ont atteint un plateau ou sont en baisse. Cependant, les taux ont augmenté au Man., au N.-B. et en Nouvelle Écosse (N.-É.) au cours de la dernière décennie. En 2019, la Colombie-Britannique (C.-B.) (14,7), l'Ont. (11,9) et l'Alb. (11,6) ont déclaré les taux d'infection (nombre de cas pour 100 000 personnes) les plus élevés.

Hépatite C

Hépatite C (y compris toutes les infections aiguës, chroniques et non spécifiées déclarées) : En 2019, 11 441 cas d'hépatite C ont été déclarés (61,1 % d'hommes, 38,3 % de femmes, 0,6 % de sexe inconnu) au Canada. De 2014 à 2018, les taux nationaux d'hépatite C ont augmenté de 14,4 %, passant de 29,6 à 33,9 pour 100 000 personnes. Bien que les taux aient augmenté chez les hommes et les femmes, les taux chez les femmes ont augmenté plus rapidement pendant la plupart des années de cette période. Cependant, de 2018 à 2019, le taux national a chuté de 10,2 % pour atteindre 30,4 pour 100 000 personnes, soit le taux le plus bas des cinq dernières années. De plus, les taux ont diminué chez les hommes et les femmes de 15 ans et plus. Il s'agit de la première baisse notable des taux chez les 15 à 39 ans et les personnes âgées de 60 ans et plus au cours de la dernière décennie. Il est à noter que pour les enfants de 0 à 4 ans, le taux de 2019 de 2,1 pour 100 000 personnes était le plus élevé des dix dernières années et 58 % plus élevé que le taux de 2018 de 1,3 pour 100 000 personnes. En outre, les taux de neuf PTs ont diminué de 2018 à 2019 (allant de -3,6 % à -40,4 %).

En 2019, les taux d'hépatite C étaient les plus élevés au Man. (55,6 pour 100 000 personnes), suivi de la Saskatchewan (Sask.) (52,5 pour 100 000 personnes) et de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) (42,8 pour 100 000 personnes).

Hépatite C aiguë : Il y a eu 356 (55,1 % d'hommes, 44,7 % de femmes, 0,2 % de sexe inconnu) cas d'hépatite C aiguë en 2019 (taux de 1,8 pour 100 000 personnes) dans les six PTs déclarantes (c'est-à-dire, Alb., C.-B., Man., Nunavut [Nt], Québec [Qc] et Yukon [Yn]). Par rapport à la répartition par sexe des cas d'hépatite C chronique et non spécifiée déclarés en 2019, l'écart entre les infections aiguës chez les hommes comparativement aux femmes est plus petit. En 2019, les taux aigus étaient les plus élevés chez les hommes et les femmes de 30 à 39 ans, suivis de près par les hommes de 25 à 29 ans. Les cas d'hépatite C aiguë ont tendance à être observés chez des personnes plus jeunes que les cas d'hépatite C chronique et non spécifiée.

1.0 Introduction

Hépatite B

L'hépatite B est une infection virale évitable par la vaccination qui touche principalement le foie et peut provoquer des maladies aiguës et chroniques. L'infection aiguë survient dans les six premiers mois de l'exposition au virus de l'hépatite B (VHB). Si l'infection persiste pendant plus de six mois, on dit qu'elle est chronique. Une infection chronique par le VHB non traitée peut entraîner une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire (cancer du foie), voire la mort. Bien que l'hépatite B soit incurable, elle peut être traitée avec succès par un traitement antiviral à vie, qui peut contribuer à ralentir la progression de la maladie et à améliorer la survie à long terme¹.

L'hépatite B se transmet par contact avec le sang ou les liquides organiques d'une personne infectée, comme le sperme et les sécrétions vaginales. Dans des pays à revenu élevé comme le Canada, la transmission du VHB se fait principalement par contact sexuel et par le partage de matériel d'injection de drogue usagé². L'hépatite B peut également être transmise verticalement (de la mère au bébé à la naissance). Bien que les taux de diagnostic de l'hépatite B soient faibles au Canada, certaines populations clés sont plus susceptibles d'avoir l'hépatite B. Il s'agit notamment des immigrants et des réfugiés des pays où le VHB est endémique, des hommes gays, bisexuels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH), des personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), des populations autochtones, des personnes ayant connu une instabilité résidentielle et l'absence de domicile fixe, des personnes ayant été incarcérées et des personnes ayant recours au travail du sexe^{3,4,5,6,7}.

Malgré l'introduction d'un programme de vaccination universelle des enfants dans les années 1990, l'hépatite B continue d'être une cause importante de morbidité et de mortalité au Canada.

Hépatite C

L'hépatite C est une infection virale évitable et curable qui, si elle n'est pas traitée, peut entraîner une cirrhose, une insuffisance hépatique chronique, un cancer du foie et, dans certains cas, la mort. L'infection aiguë survient dans les six premiers mois après l'exposition au virus de l'hépatite C (VHC). On parle d'infection chronique lorsque celle-ci dure plus de six mois. Bien qu'il n'existe pas de vaccin pour prévenir l'hépatite C, en 2015, les agents antiviraux à action directe (AAD) de deuxième génération sont devenus disponibles au Canada. Ces médicaments sont sécuritaires et guérissent plus de 95 % des personnes traitées^{8,9,10}.

L'hépatite C se transmet principalement par contact avec le sang d'une personne infectée. La majorité des infections au Canada se produisent par le partage de matériel d'injection de drogue usagé¹¹. Avant 1990, la plupart des cas d'hépatite C au Canada étaient dus à des transfusions de sang contaminé. Cependant, la mise en place de meilleurs protocoles de dépistage sanguin en 1990 a rendu ce type de transmission extrêmement rare aujourd'hui¹².

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estime qu'en 2017, jusqu'à 317 000 personnes vivant au Canada ont déjà eu une infection par le VHC et que 61 % de ces personnes (soit 194 500 personnes) vivaient avec une infection chronique par le VHC¹³.

L'infection par le VHC était le deuxième diagnostic primaire le plus fréquent, après le cancer, chez les receveurs de greffe du foie au Canada (à l'exception du Québec) de 2009 à 2018¹⁴. Certaines populations clés sont touchées de façon disproportionnée par l'hépatite C au Canada, notamment les UDI, les baby-boomers, les immigrants provenant de pays où le VHC est endémique, les peuples autochtones, les personnes qui ont été incarcérées et les gbHARSAH^{15,16}.

2.0 Méthodes

Les autorités sanitaires provinciales et territoriales fournissent des données non nominales sur les cas confirmés en laboratoire à l'ASPC au moyen du Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO). L'hépatite B est à déclaration obligatoire au Canada depuis 1969 et la définition de cas nationale actuelle précise le statut de l'infection (infection aiguë, chronique et non précisé)¹⁷. L'hépatite C est à déclaration obligatoire au niveau national depuis 1991 et de nouvelles définitions de cas d'infection aiguë et non précisé (y compris chronique et résorbées) ont été publiées en 2011¹⁸. Les variables soumises par toutes les juridictions déclarantes comprennent l'âge au moment du diagnostic, l'année du diagnostic, la PT du diagnostic, le sexe et le stade d'infection (c'est-à-dire, infection aiguë, chronique ou non spécifiée). Toutes les données analysées dans ce rapport proviennent du SCSMDO, à l'exception des données de 2019 sur l'hépatite B chronique de la Sask. fournies par le ministère de la Santé de la Saskatchewan. Le présent rapport s'appuie sur les données du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2019, qui ont été extraites du SCSMDO en mai 2021.

Quelques PTs font la distinction entre l'hépatite aiguë et l'hépatite chronique (annexe A). Pour l'hépatite B, la déclaration du stade de l'infection a été introduite progressivement par les PTs. Seuls les PTs qui ont déclaré des infections aiguës ou chroniques par le VHB pour une année donnée ont été inclus dans les calculs des taux annuels d'infections aiguës et chroniques respectifs de cette année. Les estimations de la population des juridictions qui ne sont pas inclus dans une analyse précise (p. ex. cas d'infection aiguë ou chronique) ont été retirées du dénominateur total utilisé pour calculer les taux nationaux correspondants.

Le diagnostic de l'infection aiguë par le VHC est difficile à poser et s'appuie sur des critères cliniques et des critères de laboratoire. En 2018, six PTs (représentant 51,6 % de la population canadienne) ont déclaré à l'ASPC des cas différenciés en infection aiguë et chronique par le VHC (annexe A). Ainsi, le présent rapport présente i) les données sur l'hépatite C aiguë déclarées par ces six PTs (bien que les données du Man. n'ont pas été incluses dans les analyses des tendances de l'infection aiguë par le VHC, puisque les données du Man. de 2018 étaient partielles et que les données de 2019 représentent une année de données et ne reflètent donc pas de tendance), et ii) les données sur toutes les hépatites C qui regroupent toutes les infections par le VHC aiguës, chroniques, résolues et indéterminées déclarées de 2010 à 2019.

Une analyse descriptive a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel. Les taux annuels nationaux de cas déclarés d'hépatite B aiguë, d'hépatite B chronique, d'hépatite C aiguë et de toutes les hépatites C ont été calculés en utilisant le nombre de cas du SCSMDO comme numérateurs et les estimations annuelles de la population publiées en juillet 2020 par Statistique Canada comme dénominateurs. Les taux par groupe d'âge, par sexe et par PT ont également été calculés. Les taux sont exprimés en nombre de cas pour 100 000 personnes. Les pourcentages, les taux et les variations de taux en pourcentage ont été calculés en utilisant des chiffres non arrondis. Les cas et les taux annuels de l'ensemble des hépatites B et hépatites C par groupe d'âge et par sexe peuvent également être extraits du [site Web des maladies à déclaration obligatoire](#)¹⁹.

Les rapports précédents peuvent présenter des taux différents pour certaines années en raison de retards de déclaration, de mises à jour des données par les PTs, ou d'améliorations du

nettoyage et de la validation des données. Une fois que les PTs ont soumis les données utilisées pour le présent rapport, les modifications apportées aux données des PT après validation peuvent ne pas refléter les données nationales de cette année, mais seront mises à jour pour les rapports ultérieurs. Par conséquent, on peut s'attendre à des divergences mineures entre les chiffres de l'ASPC et ceux des PTs. Les rapports des PTs doivent être considérés comme les plus à jour. Des différences plus importantes peuvent être constatées lorsque les PTs utilisent une stratégie analytique différente de celle utilisée dans le présent rapport.

Il est important de noter que les taux présentés dans ce rapport ne comprennent que les personnes ayant reçu un diagnostic de l'hépatite B ou C à la suite d'un dépistage. Il s'agit donc probablement d'une sous-estimation du fardeau réel des infections au Canada.

3.0 Hépatite B

En 2019, 4 912 cas d'hépatite B ont été déclarés, soit un taux de 13,1 pour 100 000 personnes. Parmi ceux-ci, on comptait : 178 cas aigus (taux de 0,48 pour 100 000 personnes), 3 790 cas chroniques (taux de 10,2 pour 100 000 personnes) et 944 cas non spécifiés (taux de 4,7 pour 100 000 personnes). Les PTs n'ont pas tous déclaré les trois stades d'infection de l'hépatite B (voir l'annexe A pour les modèles de déclaration de l'hépatite B). Les données sur l'hépatite B aiguë sont présentées dans la section 3.1 et les données sur l'hépatite B chronique sont présentées dans la section 3.2.

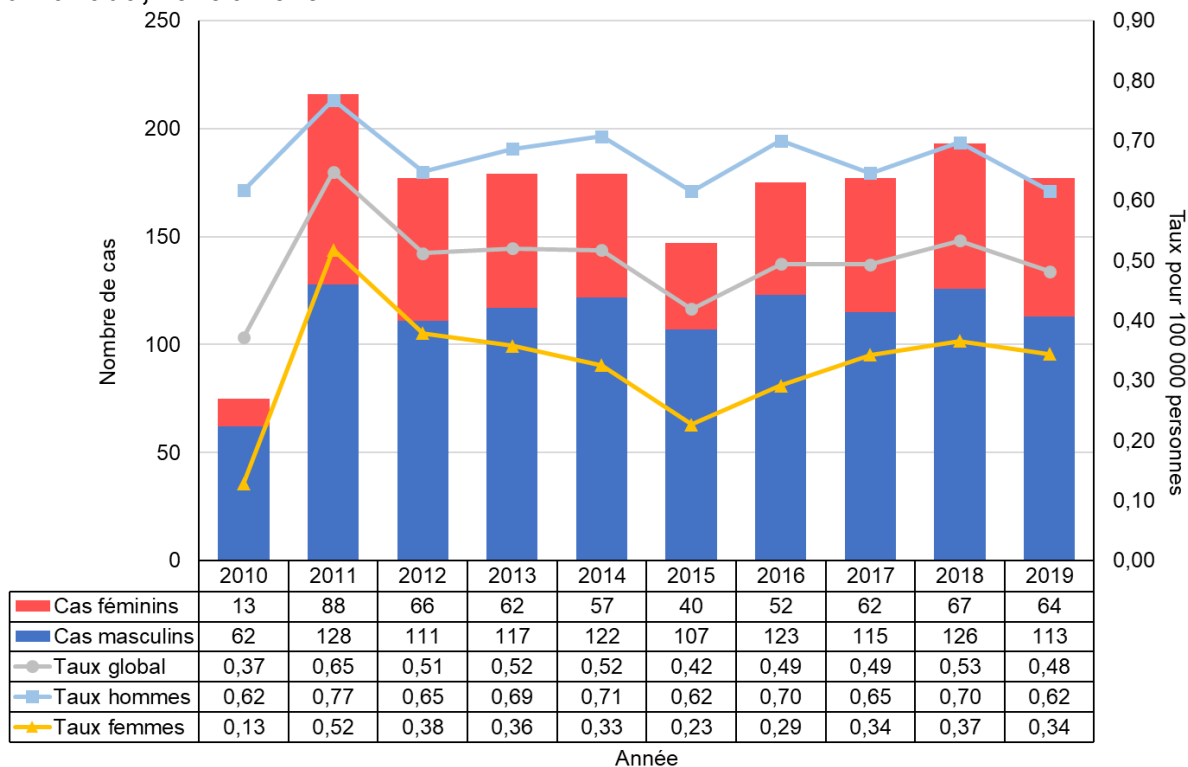
3.1 Hépatite B aiguë

3.1.1 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B aiguë, globalement et selon le sexe, au Canada, 2019

En 2019, 178 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés au Canada, soit un taux de 0,48 pour 100 000 personnes. Parmi ces cas, 113 (63,5 %) étaient des hommes (soit un taux de 0,62 pour 100 000 personnes), 64 (36,0 %) étaient des femmes (soit un taux de 0,34 pour 100 000 personnes) et un cas (0,5 %) était de sexe inconnu. En 2019, le ratio hommes/femmes des cas d'hépatite B aiguë déclarés était de 1,8.

3.1.2 Tendances du nombre de cas déclarés et des taux d'hépatite B aiguë, globalement et selon le sexe, au Canada, de 2010 à 2019

Figure 1. Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B aiguë globalement et selon le sexe au Canada, 2010 à 2019

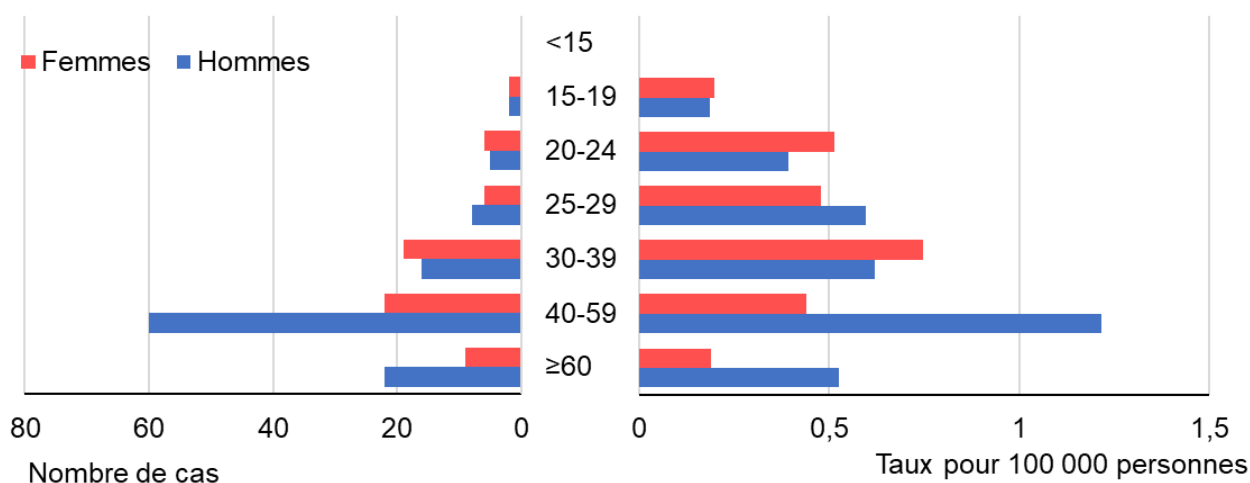


N.B. : Les nombres de cas d'hépatite B aiguë comprennent les données des provinces suivantes : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., T.N.-O. Qc, Sask. et Yn de 2010 à 2019. Les données de l'Ont. sont incluses de 2011 à 2019. Les données de T.-N.-L. étaient disponibles pour 2012. Les données du Nt étaient disponibles pour les années 2014, 2015, et 2017 à 2019. L'Î.-P.-É n'a pas déclaré de cas de statut aigu de 2010 à 2019.

La figure 1 montre le nombre de cas déclarés et les taux d'hépatite B aiguë par sexe et dans l'ensemble au Canada de 2010 à 2019. Au cours de cette période, les taux chez les hommes étaient systématiquement plus élevés que chez les femmes. Les taux ont augmenté entre 2010 et 2011, en raison du fait que l'Ontario a commencé à rapporter ce stade d'infection aiguë en 2011. De 2011 à 2019, les taux sont demeurés stables dans l'ensemble, fluctuant légèrement (à l'exception de 2015 pour laquelle une plus grande baisse des taux a été observée). Entre 2018 et 2019, le taux d'hépatite B aiguë a diminué de 9,6 % globalement, de 11,6 % chez les hommes et de 5,8 % chez les femmes. Toutefois, le taux national de 0,48 enregistré en 2019 n'est que légèrement inférieur (-4,9 %) au taux moyen national sur trois ans (c'est-à-dire, de 2016 à 2018) de 0,51 pour 100 000 personnes (le taux de 2019 chez les hommes était 9,9% inférieur au taux moyen de 2016 à 2018 de 0,68 pour 100 000 personnes tandis que le taux moyen chez les femmes en 2019 était similaire au taux moyen de 2016 à 2018 de 0,33 pour 100 000 personnes).

3.1.3 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite B aiguë, selon le sexe et le groupe d'âge au Canada, de 2015 à 2019

Figure 2. Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B aiguë selon le sexe et le groupe d'âge (années) au Canada, 2019



En 2019, les taux d'hépatite B aiguë étaient les plus élevés chez les hommes de 40 à 59 ans (taux de 1,22 pour 100 000 personnes) (voir figure 2). C'est le cas depuis 2015 (données non présentées). De même, les hommes de 40 à 59 ans représentaient la plus grande proportion des cas d'hépatite B aiguë (53,1 %). Cependant, chez les femmes, les taux étaient les plus élevés chez les 30 à 39 ans (taux de 0,75 pour 100 000 personnes) en 2019; bien que la plupart des cas déclarés concernent des femmes âgées de 40 à 59 ans. Les taux parmi les femmes de 30 à 39 ans ont augmenté chaque année depuis 2016; cela contraste avec les taux de tous les autres groupes d'âge des plus de 19 ans qui ont fluctué (données non présentées).

En 2019, cinq (deux hommes, deux femmes et un individu de sexe inconnu) cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés chez des personnes de moins de 20 ans.

3.1.4 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite B aiguë par province ou territoire, de 2010 à 2019

Depuis 2010, les taux déclarés d'hépatite B aiguë ont fluctué, mais sont restés relativement faibles et ont diminué pour l'Alb., la C.-B., l'Ont., la Sask. et le Qc. En N.-É., les taux ont augmenté de 2010 à 2016, mais sont en baisse depuis 2017 (données disponibles sur demande).

En 2015, le Man. et le N.-B. ont déclaré moins de cinq cas d'hépatite B aiguë, mais le nombre de cas a augmenté en 2018 pour s'établir respectivement à 29 et 16. Cependant, pour les deux provinces, le nombre de cas a diminué d'environ 30 % entre 2018 et 2019.

Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.), le Nt (qui a commencé à déclarer des données sur les infections aiguës en 2013) et le Yn ont déclaré moins de cinq cas aigus par an depuis 2010. Les tendances pour l'Î.-P.-É. et T.-N.-L. ne sont pas décrites, car elles n'ont fourni qu'une seule année de données sur les infections aiguës. L'Î.-P.-É. n'a pas fournis de données sur les infections aiguës de 2010 à 2019.

3.1.5 Proportion de cas déclarés et de taux d'hépatite B dans les provinces et territoires, 2019

Le Man., le N.-B., l'Ont., l'Alb. et le Qc représentaient la plupart des cas d'hépatite B aiguë déclarés (92,7 %) en 2019, correspondant à des taux respectifs de 1,46; 1,42; 0,71; 0,46 et 0,13 pour 100 000 personnes. La plus grande proportion de cas aigus déclarés provenait toutefois de l'Ont. (57,9 %), suivi de l'Alb. (11,2 %) et du Man. (11,2 %), puis du N.-B. (6,2 %) et du Qc (6,2 %). La C.-B., T.N.-O., la N.-É., le Nt, la Sask. et le Yn ont déclaré 5 cas aigus ou moins en 2019. T.-N.-L. et l'Î.-P.-É. n'ont pas fait de déclaration selon le stade aigu en 2019.

3.2 Hépatite B chronique

3.2.1 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B chronique, globalement et selon le sexe, au Canada, 2019

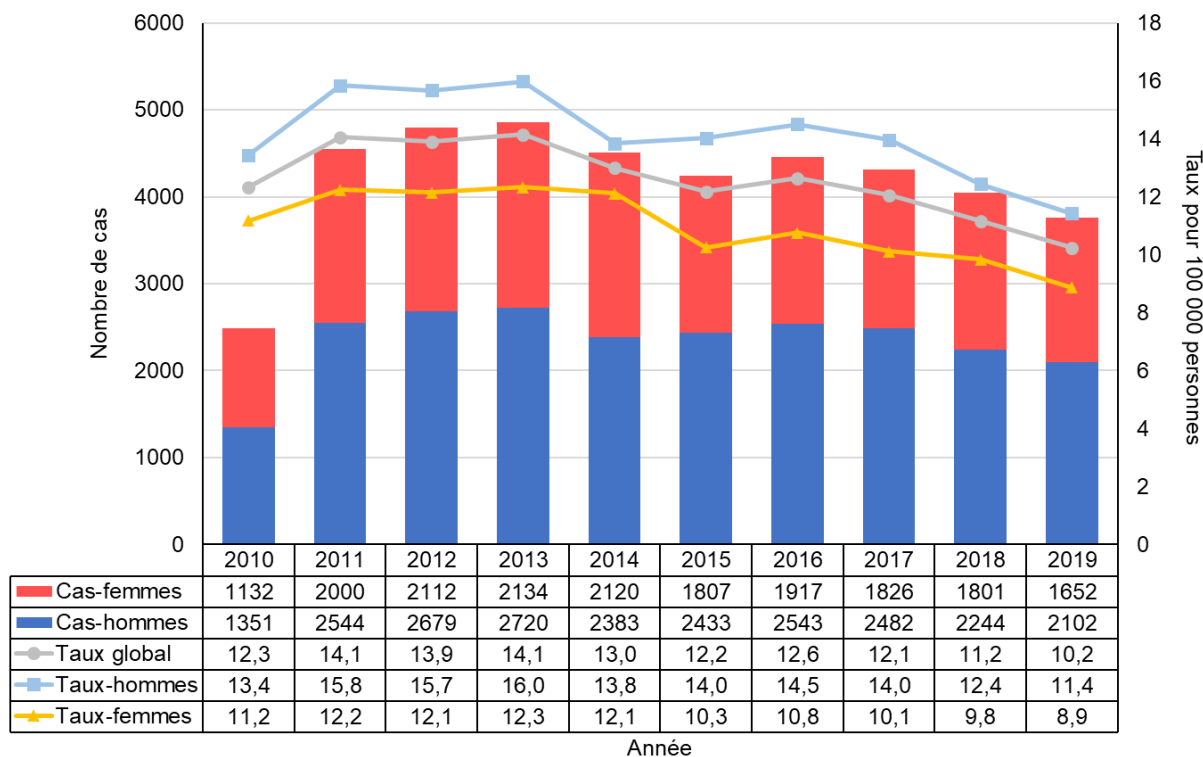
En 2019, 3 790 cas d'hépatite B chronique ont été déclarés au Canada, soit un taux de 10,2 pour 100 000 personnes. Parmi ces cas, 2 102 (55,5 %) concernaient des hommes (soit un taux de 11,4 pour 100 000 personnes), 1 652 (43,6 %) concernaient des femmes (soit un taux de 8,9 pour 100 000 personnes) et 36 (0,9 %) étaient de sexe inconnu. Le ratio hommes/femmes de cas d'hépatite B chronique déclarés était de 1,3.

3.2.2 Tendances du nombre de cas déclarés et des taux d'hépatite B chronique, globalement et selon le sexe, au Canada, de 2010 à 2019

La figure 3 montre le nombre de cas déclarés et les taux d'hépatite B chronique par sexe et globalement au Canada de 2010 à 2019. Bien qu'il y ait eu une certaine variabilité des taux (en partie attribuable aux modèles de déclaration des PTs), dans l'ensemble, les taux ont eu tendance à diminuer au cours de la dernière décennie. Les taux chez les hommes ont toujours été plus élevés que chez les femmes depuis 2010.

Les taux nationaux d'hépatite B chronique en 2019 chez les hommes (11,4 pour 100 000 personnes), les femmes (8,9 pour 100 000 personnes) et l'ensemble de la population (10,2 pour 100 000 personnes) sont les plus bas enregistrés au cours de la dernière décennie.

Figure 3. Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B chronique globalement et selon le sexe au Canada, de 2010 à 2019

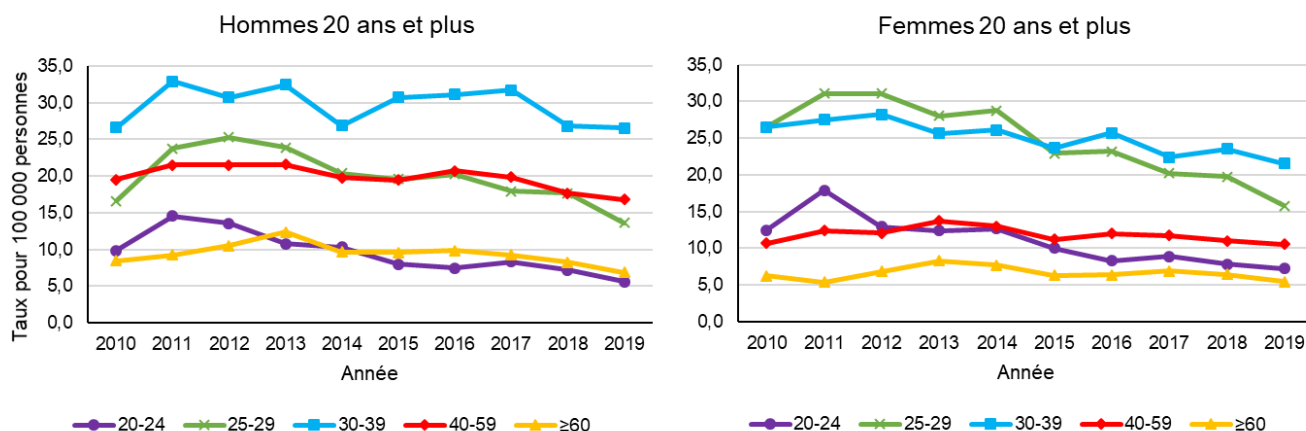


N.B. : Les cas d'hépatite B chronique comprennent les données des provinces suivantes : Alb., C.-B., N.-B., N.-É., Sask., Qc et Yn de 2010 à 2019. Les données de l'Ont. sont incluses de 2011 à 2019. Les données de T.-N.-L. n'étaient disponibles qu'en 2012. Les données des T.N.-O. étaient disponibles pour les années 2010 et 2011. Le Nt a déclaré des données pour les années 2014 et 2017 à 2019. Le Man. a déclaré des données pour les années 2010 et 2012 à 2019. L'Î.-P.-É a commencé à déclarer le stade d'infection chronique par le VHB en 2019.

3.2.3 Tendances associées aux taux déclarés d'hépatite B chronique par sexe et par groupe d'âge, au Canada, de 2010 à 2019

Chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans et plus, les taux d'hépatite B chronique en 2019 sont les plus bas enregistrés au cours des dix dernières années (voir figure 4).

Figure 4. Taux de cas d'hépatite B chronique déclarés par sexe et par groupe d'âge au Canada, de 2010 à 2019



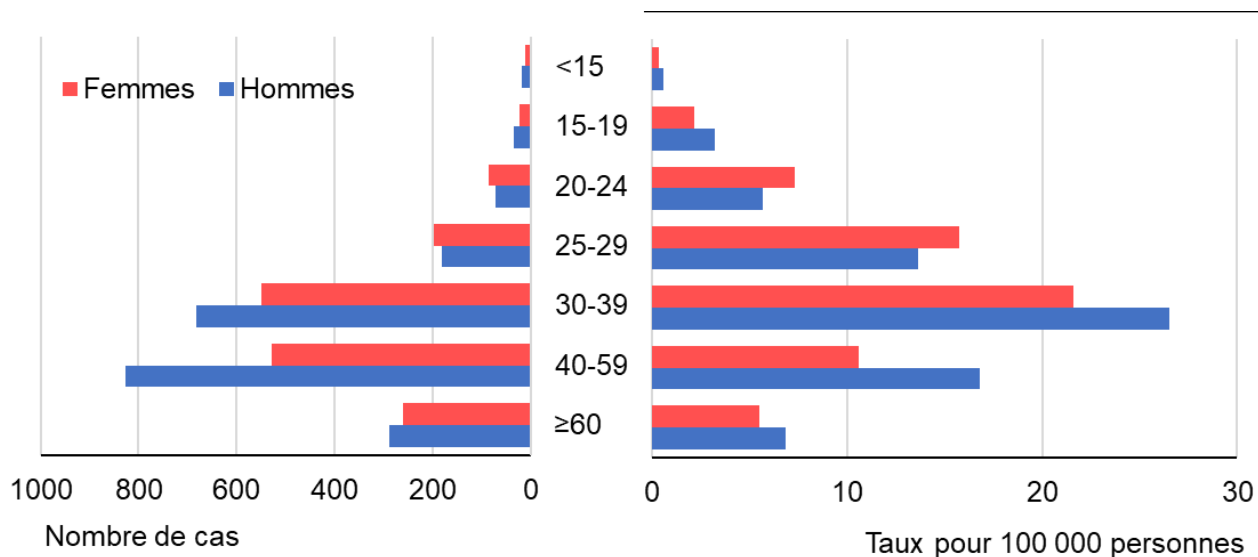
Chez les hommes, au cours de la dernière décennie, les taux ont toujours été les plus élevés (et relativement stables) chez les 30 à 39 ans. Les groupes d'âge présentant ensuite les taux les plus élevés sont les 25-29 ans et les 40-59 ans. Ces groupes d'âge présentent des taux similaires depuis 2014 et sont en lente diminution. Parmi tous les groupes d'âge de 20 ans et plus, les taux chez les hommes de 20 à 24 ans et de 60 ans et plus sont les plus bas et connaissent une baisse lente, mais régulière depuis 2013. Chez les hommes de 19 ans et moins, les taux ne montrent aucune tendance claire au cours de la décennie précédente (données non présentées).

De 2010 à 2014, les taux étaient les plus élevés chez les femmes de 25 à 29 ans, suivies des femmes de 30 à 39 ans. Toutefois, depuis 2015, les taux sont les plus élevés chez les 30 à 39 ans, suivies des 25 à 29 ans. Les taux chez les femmes de 20 à 24 ans, de 25 à 29 ans et de 30 à 39 ans sont en baisse; toutefois, les taux chez les 25 à 29 ans diminuent plus rapidement que tout autre groupe d'âge. Les taux chez les femmes de 40 ans et plus ont atteint un plateau au cours de la dernière décennie. Depuis 2010, les taux chez les femmes de 19 ans et moins ont fluctué, mais ont eu tendance à diminuer (données non présentées).

3.2.4 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B chronique par sexe et groupe d'âge au Canada, 2019

En 2019, comme les années précédentes, les taux d'hépatite B chronique étaient les plus élevés chez les hommes (taux de 26,5 pour 100 000 personnes) et les femmes (taux de 21,6 pour 100 000 personnes) de 30 à 39 ans (voir la figure 5). Toutefois, la plupart des cas ont été déclarés chez les personnes âgées de 30 à 59 ans, tant chez les hommes (71,8 %) que chez les femmes (65,2 %). Les taux d'infection chronique sont légèrement plus élevés chez les hommes que chez les femmes de 19 ans et moins. Toutefois, chez les personnes de 20 à 29 ans, les taux sont légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les taux chez les hommes sont plus élevés que chez les femmes pour les personnes âgées de 30 ans et plus.

Figure 5. Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite B chronique selon le sexe et le groupe d'âge (années) au Canada, 2019



3.2.5 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite B chronique par province ou territoire, de 2010 à 2019

On observe une certaine hétérogénéité dans les tendances des taux de cas d'hépatite B chronique déclarés par PT (données non présentées). Dans l'ensemble, les taux ont diminué en C.-B. et en Ont. au cours de la dernière décennie. Les taux d'hépatite B chronique en 2019 étaient les plus bas enregistrés en C.-B. (depuis 2010) et en Ont. (depuis 2011, année où l'Ont. a commencé à déclarer selon l'état chronique).

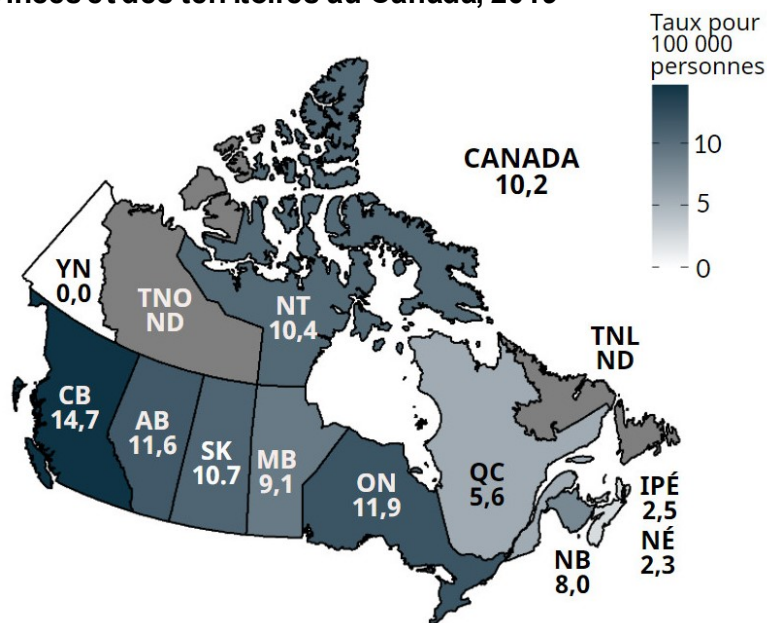
Les taux au Qc et en Sask. ont fluctué au cours des dix dernières années, mais sont restés relativement stables.

Les taux étaient en baisse en Alb. de 2013 à 2018 (hormis 2016), mais ont augmenté de 13,5 %, passant de 10,3 pour 100 000 personnes en 2018 à 11,6 en 2019. Au Man., les taux sont relativement stables depuis 2015, mais ont augmenté de 117,6 %, passant de 4,2 pour 100 000 personnes en 2012 à 9,1 en 2019. Les taux au N.-B. ont fluctué au fil du temps, mais ont globalement augmenté depuis 2011. Plus précisément, les taux au N.-B. ont augmenté de 151,3 %, passant de 3,2 pour 100 000 personnes en 2011 (24 cas) à 8,0 en 2019 (62 cas). En N.-É., les taux sont en hausse constante depuis 2015, augmentant de 136 % pour passer de 1,0 pour 100 000 personnes en 2015 (9 cas) à 2,3 (22 cas) en 2019. Le taux enregistré en 2019 était le taux le plus élevé déclaré de la N.-É. depuis 2010.

Les tendances des taux du Yn ne sont pas décrites, puisqu'il a déclaré 5 cas ou moins par an pour la plupart des années 2010 à 2019. T.-N.-L., les T.N.-O., le Nt et l'Î.-P.-É. n'ont pas déclaré selon l'état chronique pendant la majeure partie de la période 2010-2019.

3.2.6 Taux provinciaux et territoriaux de cas d'hépatite B chronique déclarés, 2019

Figure 6. Répartition géographique des taux de cas déclarés d'hépatite B chronique dans l'ensemble des provinces et des territoires au Canada, 2019



N.B. : T.-N.-L. et les T.N.-O. n'ont pas déclaré selon l'état d'infection chronique par le VHB en 2019. Ils n'ont donc pas été inclus dans le calcul du taux national.

En 2019, les PTs affichant des taux supérieurs au taux national de 10,2 pour 100 000 personnes comprenaient (les taux sont pour 100 000 personnes) : la C.-B. (14,7), l'Ont. (11,9), l'Alb. (11,6), la Sask. (10,7) et le Nt (10,4) [voir la figure 6].

Les PTs dont le taux était inférieur au taux national comprenaient : le Man. (9,1), le N.-B. (8,0), le Qc (5,6), l'Î.-P.-É. (2,5), la N.-É. (2,3) et le Yn (0,0).

En 2019, l'Ont. a déclaré la plus grande proportion de cas d'hépatite B chronique (47,0 %) au Canada, suivi de la C.-B. (20,4 %), de l'Alb. (13,9 %) et du Qc (12,9 %). Ensemble, le Man., le N.-B., la N.-É., le Nt, l'Î.-P.-É., la Sask. et le Yn représentaient moins de 6 % de tous les cas d'hépatite B chronique déclarés au Canada.

4.0 Hépatite C

En 2019, 11 441 cas d'hépatite C ont été déclarés au Canada, soit un taux de 30,4 pour 100 000 personnes. Parmi ceux-ci, il y avait : 356 cas aigus (taux de 1,8 pour 100 000 personnes), 2 980 cas chroniques (taux de 27,3 pour 100 000 personnes) et 8 105 cas non spécifiés (taux de 24,9 pour 100 000 personnes). Les PTs n'ont pas tous déclaré les trois stades d'infection par le VHC. La section 4.1 présente les données relatives à l'hépatite C sous la forme d'un total de tous les cas d'hépatite C déclarés, qu'ils soient aigus, chroniques ou non spécifiés (désignés par « hépatite C » tout au long de cette section). La section 4.2 présente uniquement les données sur l'hépatite C aiguë.

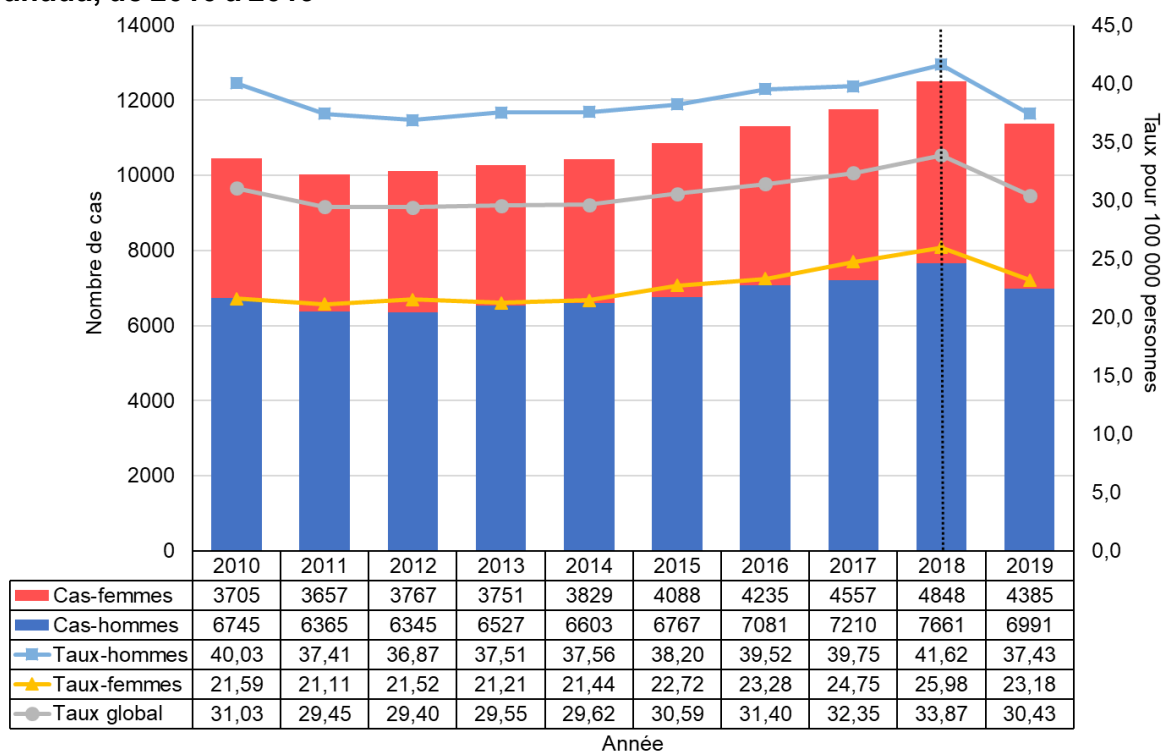
4.1 Hépatite C

4.1.1 Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite C, globalement et selon le sexe, au Canada, 2019

En 2019, 11 441 cas d'hépatite C ont été déclarés au Canada, soit un taux de 30,4 pour 100 000 personnes. Parmi ces cas, 6 991 (61,1 %) concernaient des hommes (soit un taux de 37,4 pour 100 000 personnes), 4 385 (38,3 %) concernaient des femmes (soit un taux de 23,2 pour 100 000 personnes), et 65 (0,6 %) étaient de sexe inconnu. En 2019, le ratio hommes/femmes des cas d'hépatite C déclarés était de 1,6.

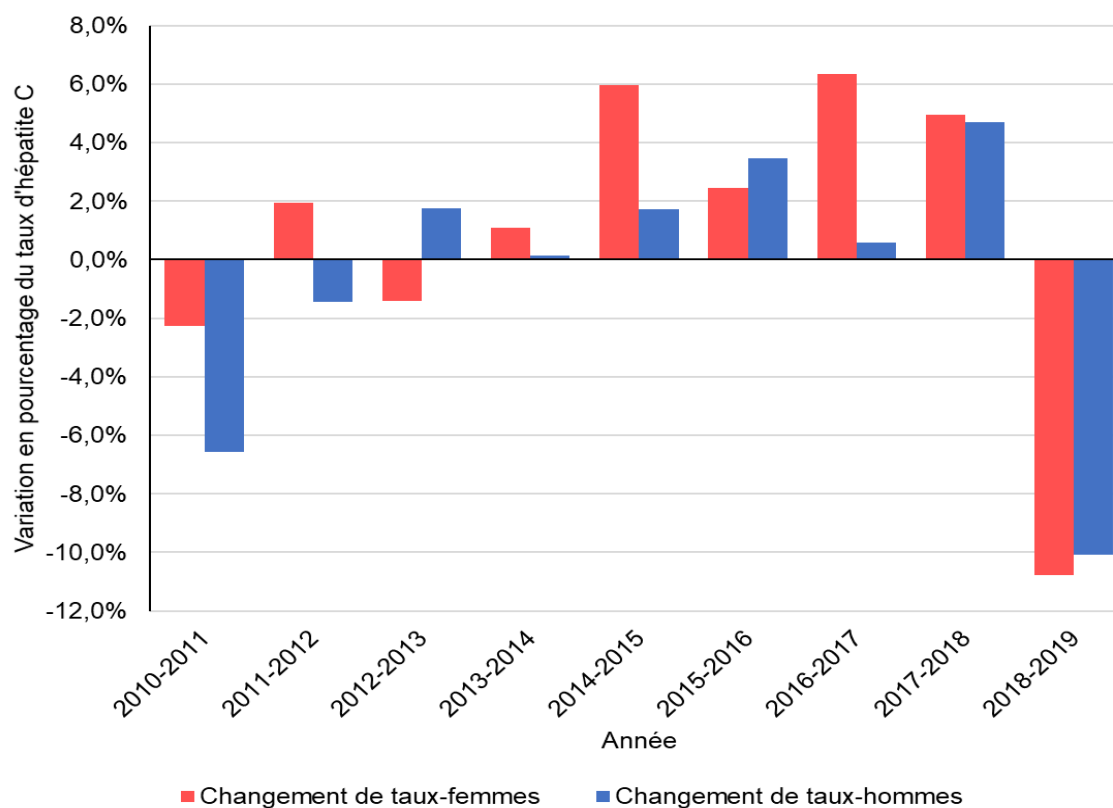
4.1.2 Tendances du nombre de cas déclarés et des taux d'hépatite C, globalement et selon le sexe, au Canada, de 2010 à 2019

Figure 7. Nombre de cas déclarés et taux d'hépatite C globalement et selon le sexe au Canada, de 2010 à 2019



Les taux annuels de cas d'hépatite C déclarés sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes depuis 2010. À partir de 2014, les taux ont commencé à augmenter régulièrement jusqu'en 2018, date à laquelle les taux à l'échelle nationale, chez les hommes et chez les femmes ont culminé respectivement à 33,9, 41,6 et 26,0 pour 100 000 personnes. Cependant, entre 2018 et 2019, le taux national d'hépatite C a diminué de 10,2 %. Le taux national d'hépatite C de 30,4 en 2019 est le plus bas déclaré depuis 2014.

Figure 8. Variation annuelle en pourcentage des taux de cas d'hépatite C déclarés selon le sexe au Canada, de 2010 à 2019



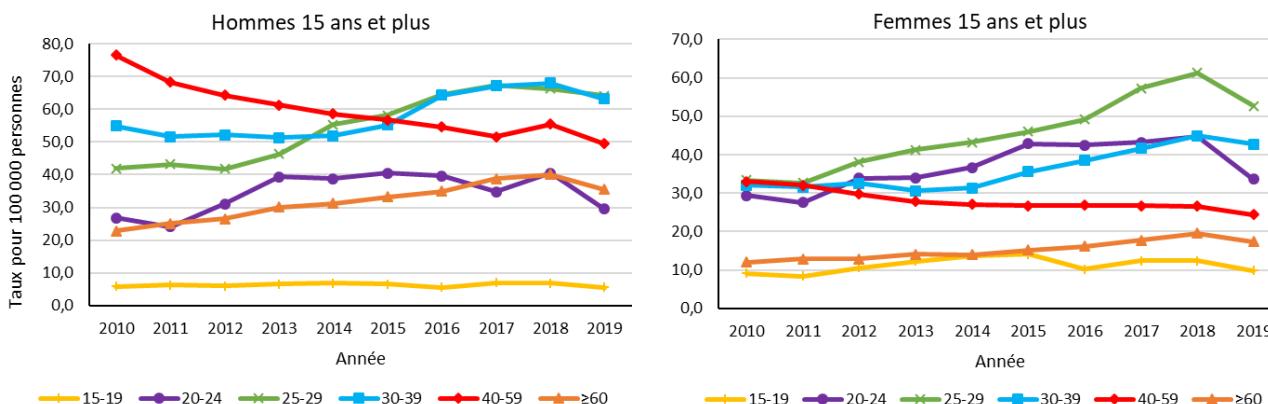
La figure 8 montre la variation annuelle en pourcentage des taux de cas d'hépatite C déclarés au Canada d'une année à l'autre, par sexe, de 2010 à 2019. Une variation négative du taux en pourcentage est le résultat souhaité, car elle signifie que le taux déclaré a diminué par rapport à l'année précédente. De 2014 à 2018, les taux d'hépatite C étaient en hausse, tant chez les hommes que chez les femmes. En outre, une nouvelle tendance est apparue, selon laquelle les taux chez les femmes augmentaient plus rapidement que chez les hommes (à l'exception de 2015 à 2016). Cependant, de 2018 à 2019, le taux d'hépatite C a diminué de 10,8 % chez les femmes et de 10,1 % chez les hommes.

4.1.3 Tendances des taux de cas d'infection par l'hépatite C déclarés par groupe d'âge et par sexe, au Canada, de 2010 à 2019

La figure 9 montre les taux de cas annuels nationaux d'infection par le VHC déclarés, par groupe d'âge et par sexe, pour les personnes de 15 ans et plus, de 2010 à 2019. Chez les deux sexes, les taux les plus élevés enregistrés sont chez les personnes âgées de 25 à 29 ans

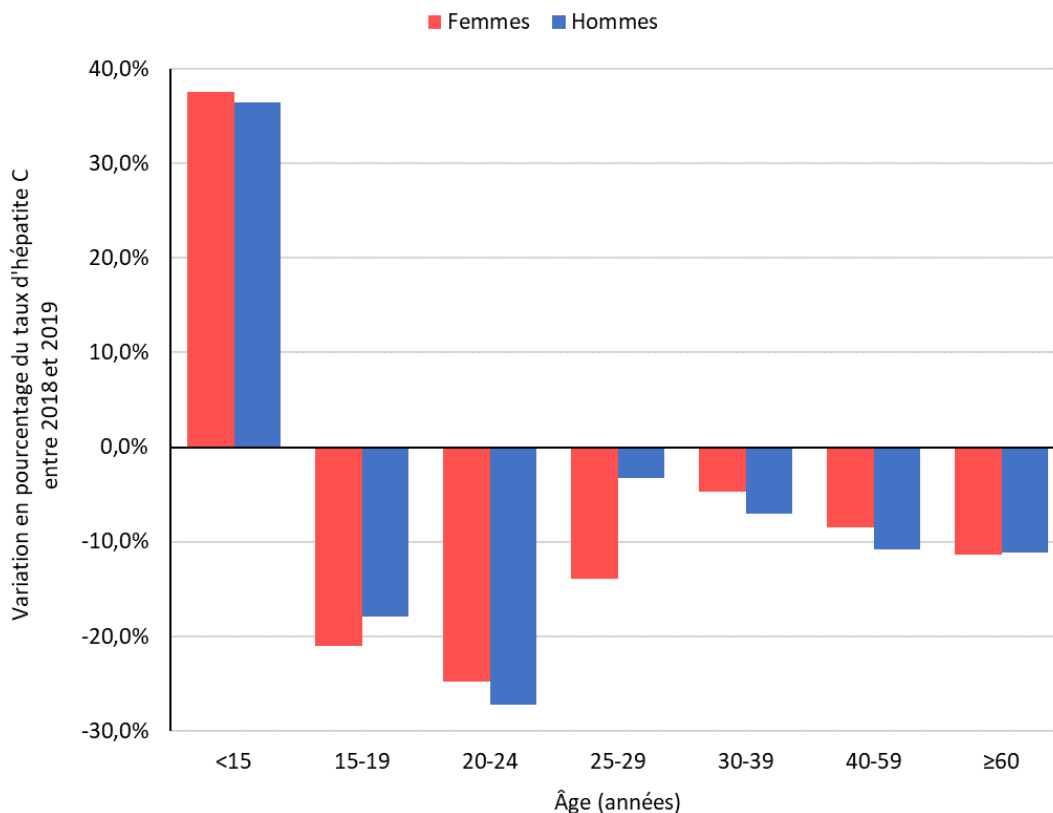
(depuis 2015 pour les hommes, sauf en 2018, et depuis 2011 pour les femmes). Cependant, chez les hommes, les taux de cas observés dans ce groupe d'âge sont très similaires à ceux des 30 à 39 ans depuis 2014. En 2019, la plus grande proportion de cas d'hépatite C a été déclarée chez des hommes de 40 à 59 ans (35,5 %) et des femmes du même groupe d'âge (28,2 %).

Figure 9. Taux de cas d'hépatite C déclarés par sexe et par groupe d'âge au Canada, de 2010 à 2019



De 2010 à 2018, les taux de cas d'hépatite C ont connu une augmentation globale parmi tous les groupes d'âge de 20 ans et plus, à l'exception de ceux de 40 à 59 ans. Les taux chez les personnes âgées de 40 à 59 ans sont en baisse depuis 2010. Les taux ont été faibles et stables pour les personnes âgées de 15 à 19 ans. Cependant, de 2018 à 2019, les taux de cas ont diminué chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus. Il s'agit de la première baisse notable des taux chez les adultes âgés de 15 à 39 ans et de 60 ans et plus au cours de la dernière décennie. Les baisses de taux les plus importantes ont été enregistrées chez les hommes (-27 %) et les femmes (-25 %) âgés de 20 à 24 ans, suivis des hommes (-18 %) et des femmes (-21 %) âgés de 15 à 19 ans (voir figure 10).

Figure 10. Variation en pourcentage des taux de cas d'hépatite C déclarés selon le sexe au Canada, de 2018 à 2019.



Cependant, les taux ont augmenté de 38 % chez les filles et de 37 % chez les garçons de moins de 15 ans. En 2019, 69 cas d'hépatite C ont été déclarés chez les personnes âgées de 15 ans et moins. Parmi ceux-ci, 41 cas (59 %) sont survenus chez des enfants âgés de 0 à 4 ans, ce qui correspond à un taux de 2,1 pour 100 000 personnes. Il s'agit du plus haut taux de cas d'hépatite C rapportés pour le groupe d'âge de 0 à 4 ans au cours de la dernière décennie. De 2010 à 2018, le nombre de cas d'hépatite C pour ce groupe d'âge variait de plus ou moins 2 à 6 cas entre les années de déclaration (données non présentées). Toutefois, le nombre de cas est passé de 26 en 2018 à 41 en 2019. Le taux de cas d'hépatite C déclarés chez les enfants de moins de cinq ans a globalement augmenté de 58 %, passant de 1,3 en 2018 à 2,1 pour 100 000 personnes en 2019. Il s'agit du taux d'hépatite C signalé le plus élevé pour le groupe d'âge de 0 à 4 ans au cours de la dernière décennie.

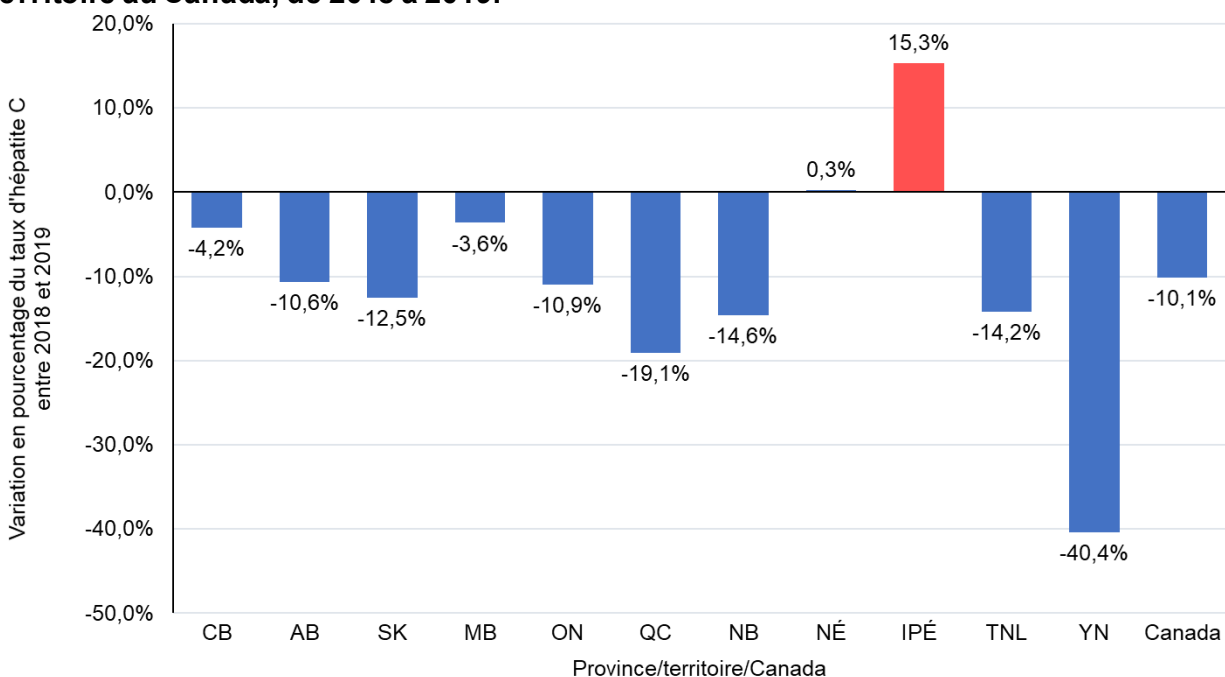
4.1.4 Tendances en ce qui concerne le nombre de cas et les taux de cas d'hépatite C par province ou territoire, de 2010 à 2019

Il existe une hétérogénéité dans les tendances des taux de cas d'hépatite C entre les PTs du Canada (données non présentées). Malgré cela, les taux ont augmenté dans la plupart des PTs au cours de la seconde moitié de la décennie. Cependant, entre 2018 et 2019, les taux d'hépatite C ont diminué dans neuf PTs (de -3,6 % à -40,4 %), à l'exception de la N.-É. (augmentation de 0,3 %) et de l'Î.-P.-É. (augmentation de 15,3 %) (voir la figure 11). Les tendances des T.N.-O. et du Nt ne sont pas décrites, car elles ont déclaré 5 cas ou moins d'hépatite C en 2019.

L'augmentation des taux observée à l'Î.-P.-É. a été enregistrée chez les hommes. Les taux chez les hommes ont augmenté de 40,1 % de 2018 à 2019 (les taux chez les femmes ont diminué de 18 %). En 2019, à l'Î.-P.-É., 13,9 % des cas d'hépatite C déclarés sont survenus chez des hommes de 20 à 25 ans et 33,3 % chez des hommes de 40 à 59 ans .

Bien que les taux aient diminué dans la plupart des PTs de 2018 à 2019, lorsqu'on compare les taux de 2015 à ceux de 2019, quatre PTs ont connu des augmentations notables du taux d'hépatite C, soit 83,6 % au Man., 44,9 % à T.-N.-L., 39,4 % au N.-B. et 22,6 % à l'Î.-P.-É. Tous les autres PTs ont affiché des variations des taux quinquennaux stables ou en baisse. Le taux d'hépatite C déclaré en 2019 est le plus bas déclaré pour la C.-B., la Sask. et le Yn au cours des dix dernières années.

Figure 11. Variation en pourcentage des taux déclarés d'hépatite C par province ou territoire au Canada, de 2018 à 2019.

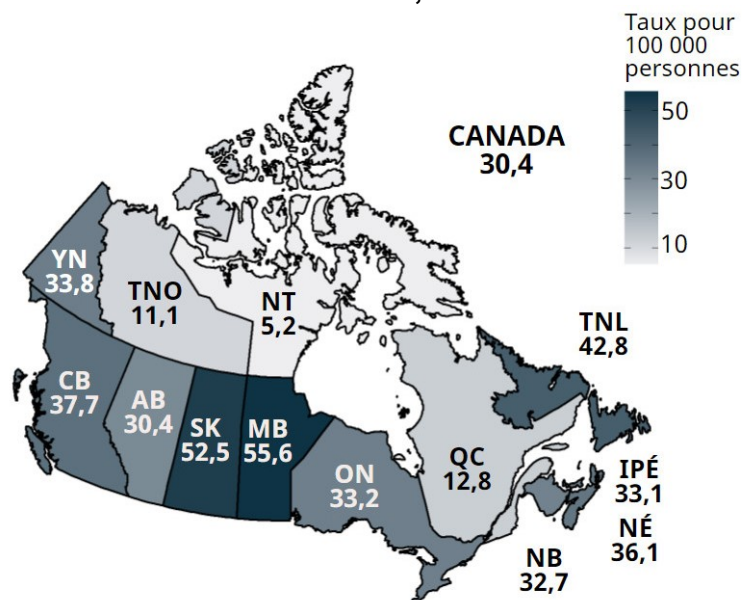


Remarque : Les données des T.N.-O et du Nt ne sont pas présentées, car ils ont déclaré 5 cas ou moins en 2019.

4.1.5 Taux provinciaux et territoriaux de cas d'hépatite C déclarés, 2019

En 2019, les PTs qui avaient des taux d'hépatite C supérieurs au taux national de 30,4 pour 100 000 personnes comprenaient (les taux ont été calculés pour 100 000 personnes) : le Man. (55,6), la Sask. (52,5), T.-N.-L. (42,8), la C.-B. (37,7), la N.-É. (36,1), le Yn (33,8), l'Ont. (33,2), l'Î.-P.-É. (33,1) et le N.-B. (32,7). En revanche, les PTs dont les taux étaient inférieurs au taux national comprenaient le Qc (12,8), les T.N.-O (11,1) et le Nt (5,2). Enfin, le taux de l'Alb. correspond au taux national de 2019.

Figure 12. Répartition géographique des taux de cas déclarés d'hépatite C dans l'ensemble des provinces et des territoires au Canada, en 2019



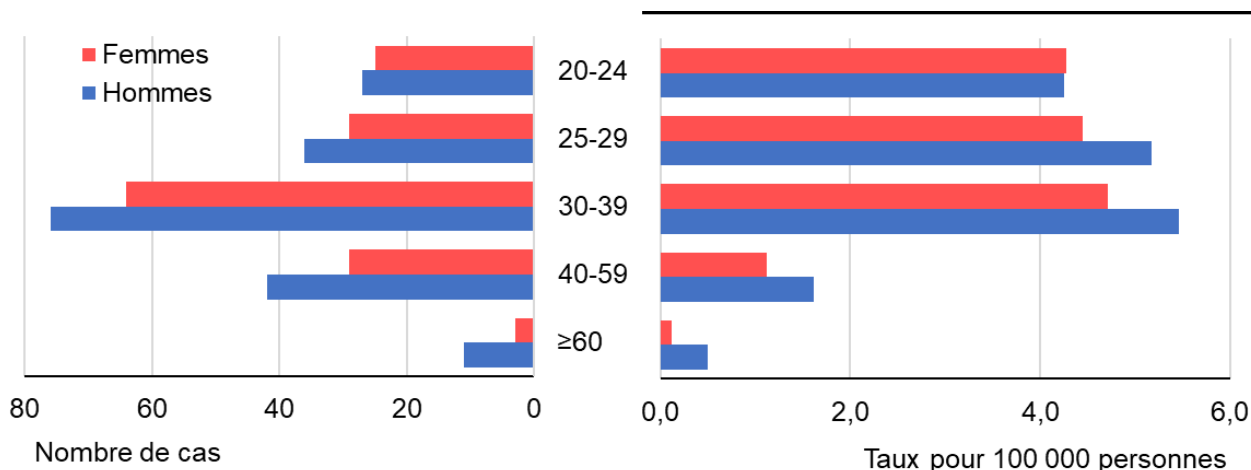
En 2019, l'Ont. a déclaré la plus grande proportion de cas d'hépatite C au Canada (42,2 %), suivie de la C.-B. (16,8 %), de l'Alb. (11,6 %), du Qc (9,5 %), du Man. (6,7 %) et de la Sask. (5,4 %). La N.-É., T.-N.-L., les T.N.-O., le Nt, l'Î.-P.-É. et le Yn représentaient moins de 8 % de tous les cas déclarés au Canada.

4.2 Hépatite C aiguë

4.2.1 Tendances associées au nombre de cas déclarés et aux taux d'hépatite C aiguë, selon le sexe et le groupe d'âge au Canada, de 2016 à 2019

Il y a eu 356 cas d'hépatite C aiguë déclarés en 2019, soit un taux de 1,8 pour 100 000 personnes pour les six PTs déclarants, soit l'Alb., la C.-B., le Man., le Nt, le Qc et le Yn. Parmi ces cas, 196 (55,1 %) étaient des hommes (taux de 2,0 pour 100 000 personnes), 159 (44,7 %) étaient des femmes (taux de 1,6 pour 100 000 personnes) et un était de sexe inconnu. Les taux étaient les plus élevés chez les hommes (5,5 pour 100 000 personnes) et les femmes (4,7 pour 100 000 personnes) de 30 à 39 ans, suivis de près par les hommes (5,2 pour 100 000 personnes) et les femmes (4,4 pour 100 000 personnes) de 25 à 29 ans (voir figure 13). De même, la plus grande proportion de tous les cas aigus déclarés provenait d'hommes (38,8 %) et de femmes (40,3 %) âgés de 30 à 39 ans. Les femmes et les hommes de 20 à 24 ans présentent le même taux d'hépatite C aiguë, soit 4,3 pour 100 000 personnes.

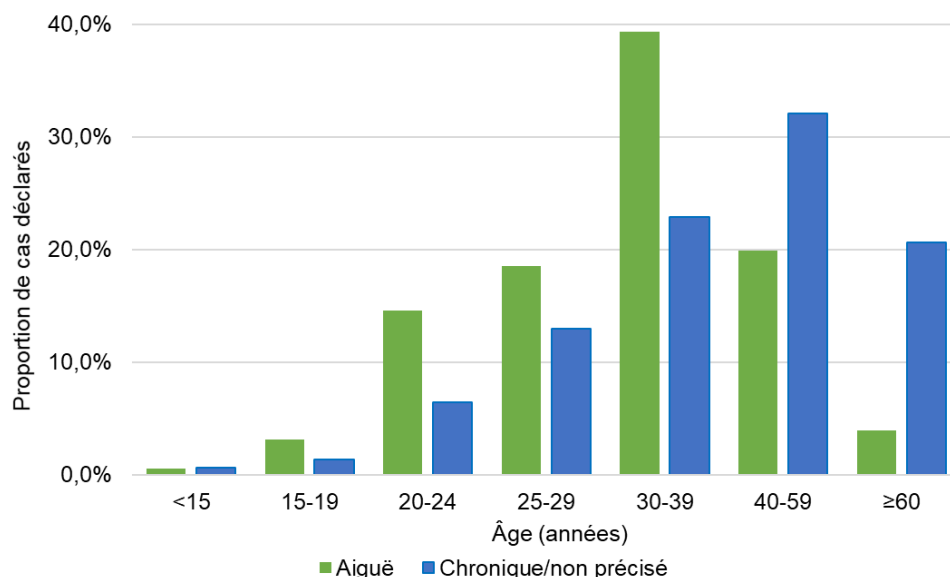
Figure 13. Nombre de cas et de taux d'hépatite C aiguë déclarés selon le sexe et le groupe d'âge (années) au Canada, 2019



Le taux national d'hépatite C aiguë déclaré en 2019 est inférieur de 10,1 %, 5,2 % et 16,8 % au taux moyen sur trois ans (c'est-à-dire, de 2016 à 2018) de 1,6, 1,8 et 1,5 pour 100 000 personnes, dans l'ensemble, chez les femmes et chez les hommes, respectivement (données non présentées). Depuis 2016, les taux chez les hommes sont plus élevés que les taux chez les femmes. Comme on l'a observé pour toutes les données déclarées sur l'hépatite C dans son ensemble, les taux de cas d'hépatite C aiguë ont diminué de 18,3 % dans l'ensemble, de 22,7 % chez les hommes et de 15,1 % chez les femmes, de 2018 à 2019. De plus, les taux de tous les groupes d'âge de 20 ans et plus ont connu une baisse, sauf celui des 30 à 39 ans. Les taux chez les hommes et les femmes de 30 à 39 ans ont augmenté de 14,8 % et 51,1 %, respectivement, depuis 2018.

En 2019, les personnes de 39 ans et moins représentaient une plus grande proportion des infections aiguës par l'hépatite C déclarées (76,1 %), tandis que les personnes de 40 ans et plus représentaient une plus grande proportion de tous les cas d'hépatite C chronique/non précisée déclarés (53,5 %) au Canada (voir la figure 14).

Figure 14. Proportion de cas d'hépatite C déclarés aigus et non précisés selon le groupe d'âge, 2019.



4.2.2 Taux provinciaux et territoriaux de cas d'hépatite C aiguë déclarés, 2019

En 2019, le taux national d'hépatite C aiguë était de 1,8 pour 100 000 personnes. Les PTs déclarants dont les taux sont supérieurs au taux national incluent (les taux ont été calculés pour 100 000 personnes) : Man. (6,6), Alb. (3,5) et C.-B. (1,9). En revanche, le Qc (0,2), le Nt (0,0) et le Yn (0,0) ont tous déclaré des taux inférieurs au taux national. La plus grande proportion des cas d'hépatite C aiguë déclarés au Canada provenait de l'Alb. (43,3 %), suivie de la C.-B. (27,8 %), du Man. (25,3 %) et du Qc (3,7 %). Le Nt et le Yn n'ont déclaré aucun cas en 2019.

5.0 Discussion

Hépatite B

Hépatite B aiguë

Le nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés offre un aperçu précieux des tendances et des profils de transmission actuels, car il correspond approximativement aux cas incidents (c'est-à-dire, aux infections récemment acquises). Cependant, comme la plupart des personnes atteintes d'une infection aiguë au VHB sont asymptomatiques, le taux d'hépatite B rapporté est probablement sous-estimé²⁰.

Les taux nationaux d'hépatite B aiguë sont faibles et ont globalement atteint un plateau au cours de la dernière décennie. Ces faibles taux sont principalement attribuables à la mise en œuvre de programmes d'immunisation systématique contre l'hépatite B dans tous les PTs à partir du début des années 1990 et à l'amélioration du dépistage sanguin et des pratiques de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins de santé.

En 2019, les taux les plus élevés ont été enregistrés chez les femmes de 30 à 39 ans et les hommes de 40 à 59 ans. En revanche, aucun cas n'a été déclaré chez les personnes de 15 ans et moins. Depuis le lancement des programmes de vaccination contre l'hépatite B au Canada au début des années 1990, les personnes âgées de 30 ans et plus en 2019 sont moins susceptibles d'être vaccinées que les personnes plus jeunes. Les taux d'infection aiguë plus élevés chez les personnes âgées de 30 à 59 ans peuvent également s'expliquer par d'autres facteurs, comme le fait de consommer des drogues injectables ou d'avoir vécu dans une région où l'hépatite B est endémique. Cependant, il n'y a malheureusement pas de données sur les facteurs de risque parmi les données de surveillance de routine.

Les États-Unis d'Amérique (É.-U.) ont fait état de tendances similaires quant à la stabilité des taux d'infection aiguë entre 2010 et 2019, avec un taux déclaré de 1,0 pour 100 000 personnes en 2019²¹. La grande majorité des infections aiguës, soit 80 % d'entre elles, sont survenues chez des personnes âgées de 30 à 59 ans et dans 35 % des cas les personnes infectées ont déclaré utiliser des drogues injectables²¹. Bien que l'Australie ne fasse pas de distinction entre l'hépatite B aiguë et l'hépatite B chronique, ses données de surveillance ont également montré une lente diminution du nombre de nouvelles notifications de cas entre 2009 et 2018. Le pays a attribué cela au succès des programmes de vaccination de rattrapage destiné aux nourrissons et aux adolescents et à la vaccination ciblée des populations présentant un risque accru de contracter l'hépatite B²².

Au cours de la dernière décennie, les taux d'hépatite B aiguë ont eu tendance à diminuer dans la plupart des provinces canadiennes. Cependant, les taux enregistrés au Man. et au N.-B. ont augmenté rapidement au cours des dernières années, pour atteindre leur point culminant en 2018. En 2016, une éclosion d'hépatite B aiguë est survenue chez les gbHARSAH à Moncton, au N.-B., ce qui a poussé la province à lancer une campagne de vaccination ciblée à l'intention des gbHARSAH²³. En 2018, Santé publique Manitoba a déclaré une éclosion d'hépatite B aiguë, qui a débuté en 2016, associée à la crise de la méthamphétamine chez les personnes UDI dans la région sanitaire de Winnipeg²⁴.

Hépatite B chronique

Il est essentiel de comprendre l'ampleur de l'hépatite B chronique au Canada. Elle représente le fardeau de la maladie et le potentiel de transmission, car la période de transmissibilité de l'infection chronique est plus longue que celle de l'infection aiguë.

Le taux d'hépatite B chronique au Canada en 2019 était de 10,2 pour 100 000 personnes, ce qui est plus élevé que le taux correspondant aux É.-U. (5,9 pour 100 000 personnes)²¹. Cependant, le Canada a connu une baisse constante des taux nationaux d'infection chronique par le VHB depuis 2016. De plus, les taux ont diminué ou atteint un plateau chez tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, et dans toutes les provinces, sauf au N.-B. et en N.-É. Pour les hommes et les femmes âgés de 20 à 59 ans, les taux enregistrés sont les plus bas des dix dernières années. En 2019, les taux les plus élevés ont été enregistrés chez les hommes et les femmes âgés de 30 à 39 ans. Les É.-U. ont enregistré les taux d'hépatite B les plus élevés chez les personnes âgées de 30 à 49 ans.

Bien que nos données de surveillance ne comprennent pas de données sur les facteurs de risque, la littérature montre que l'hépatite B chronique touche principalement les personnes qui n'ont pas été vaccinées dans le cadre de programmes d'immunisation systématique contre l'hépatite B ou qui ont vécu dans des pays où le VHB est endémique^{25,26,27,28}. À l'échelle mondiale, la prévalence de l'hépatite B est la plus élevée dans les régions du Pacifique occidental et de l'Afrique²⁹.

En 2018, le Canada a adhéré à l'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé, de réduire les nouveaux cas d'hépatite B chronique de 30 % de 2015 à 2020 et de 90 % de 2015 à 2030. De 2015 à 2019, le taux national d'hépatite B chronique (dans tous les PTs déclarants) a diminué de 10,9 %. Pour atteindre l'objectif de réduction de 90 % des cas d'hépatite B au Canada d'ici 2030, une surveillance continue de l'épidémie d'hépatite B est essentielle afin d'éclairer les stratégies et les interventions de santé publique.

Hépatite C

Ce rapport de surveillance national de l'ASPC est le premier à présenter des données de surveillance sur l'hépatite C aiguë. Les cas d'hépatite C aiguë offrent un aperçu des tendances et des profils de transmission actuels, car ils correspondent approximativement aux cas incidents (c'est-à-dire, aux infections récemment acquises). Six PTs (Alb., C.-B., Man., Nt, Qc et Yn) ont fourni des données sur l'hépatite C aiguë en 2019 pour un taux de 1,8 cas pour 100 000 personnes. Parmi les cinq PTs déclarants qui pouvaient renseigner sur les tendances au fil du temps (c.-à-d. Alb., C.-B., Nt, Qc et Yn), nous avons observé que les taux d'hépatite C aiguë en 2019 étaient inférieurs de 10,1 % au taux moyen sur trois ans (c.-à-d. de 2016 à 2018) de 1,6 pour 100 000 personnes. Toutefois, cette tendance ne doit pas être interprétée comme une tendance nationale puisqu'elle ne comprend que les données de cinq PTs.

Les cas déclarés d'hépatite C aiguë étaient plus jeunes (moins de 40 ans) que les cas déclarés d'hépatite C non précisés et chroniques en 2019 (40 ans et plus). En outre, l'écart quant à la répartition par sexe était moins important (55,1 % des infections aiguës contre 61,1 % des infections chroniques et non précisées étaient chez des hommes). En 2019, tous les taux d'hépatite C déclarés et les taux d'hépatite C aiguë étaient les plus élevés chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 39 ans.

Malheureusement, les données de surveillance de routine ne comprennent pas de données sur les facteurs de risque qui permettraient de mieux comprendre les tendances de l'hépatite C aiguë. On estime que les personnes UDI représentent entre 60 % et 85 % des nouvelles infections par le VHC^{30,31,32}. En 2014, on estimait que 0,3 % de la population canadienne était utilisatrice des drogues injectables³³. Cependant, la prévalence de l'utilisation de drogues injectables est estimée être à la hausse au Canada selon certaines études. Une étude de modélisation a estimé que la population d'UDI au Canada a augmenté de 32 % entre 2011 et 2016³².

Les taux nationaux d'hépatite C ont augmenté chaque année de 2014 à 2018, mais ont diminué de 2018 à 2019 chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Il s'agit de la première baisse notable des taux chez les 15 à 39 ans et les personnes âgées de 60 ans et plus au cours de la dernière décennie. Le groupe d'âge de 40 à 59 ans est en baisse depuis 2010.

Cependant, chez les enfants de moins de 5 ans, le taux national d'hépatite C déclaré en 2019 était le plus élevé des 10 dernières années. Cette augmentation du taux peut découler d'une transmission verticale accrue (qui est le mode de transmission du VHC le plus courant pour les enfants)^{34,35}. Elle peut également être associée à l'augmentation observée des taux d'hépatite C chez les femmes en âge de procréer entre 2014 et 2018. Aux É.-U., la prévalence de l'hépatite C chez les femmes enceintes est passée de 139 à 169 pour 100 000 personnes entre 2011 et 2014.³⁶

L'épidémie d'hépatite C au Canada présente une certaine hétérogénéité. Alors que la plupart des juridictions ont atteint un plateau ou ont affiché une baisse des taux d'hépatite C au cours des cinq dernières années, neuf PTs ont déclaré des taux supérieurs au taux national en 2019. Heureusement, la plupart des PTs ont connu une baisse des taux déclarés de 2018 à 2019 (allant de -3,6 % à -40,4 %).

La baisse observée du taux d'hépatite C pourrait être le résultat de plusieurs facteurs qui se chevauchent.

Tout d'abord, en juin 2018, les lignes directrices nationales relatives au traitement de l'hépatite C ont élargi les critères d'admissibilité au traitement par AAD de deuxième génération (avec des taux de guérison supérieurs à 95 %) à toutes les personnes touchées par une infection chronique³⁷. Le traitement n'était auparavant accessible qu'aux personnes atteintes de cirrhose ou d'insuffisance hépatique. Comme décrit dans le rapport « Rapport 2021 sur les progrès vers l'élimination de l'hépatite virale au Canada », le nombre annuel de prescriptions d'AAD a augmenté dans cinq provinces de 2016 à 2019. Cependant, dans quatre autres provinces, les prescriptions annuelles ont augmenté de 2016 à 2018, mais ont légèrement diminué en 2019. Les données pour les trois territoires n'étaient pas disponibles³⁸. Il convient de noter que l'élargissement de l'admissibilité est survenu en différentes années à travers le Canada, mais d'autres restrictions non liées au stade de la maladie subsistent et diffèrent selon les PTs³⁹. L'élargissement de l'admissibilité aux AAD peut avoir contribué à une augmentation des nouveaux cas d'hépatite C déclarés en 2014 et 2018.

Par ailleurs, les efforts de réduction des méfaits ont augmenté au Canada. Il existe de nombreuses preuves que les stratégies de réduction des méfaits telles que les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, le traitement par agonistes opioïdes et les services de consommation supervisée sont fondamentales pour réduire le risque de transmission et de

réinfection par le VHC chez les UDI^{40,41}. En partie en réponse à la crise actuelle des opioïdes et des méthamphétamines, les services fédéraux, provinciaux et territoriaux de réduction des méfaits ont augmenté dans l'ensemble du Canada au cours de la dernière décennie^{42,43,44}. Malheureusement, il existe peu de recherches et de monitoring continu sur l'adoption de la réduction des méfaits au cours de la seconde moitié des années 2010. Cependant, la phase 4 de l'enquête *Track biocomportementale sur les UDI au Canada* (2017 à 2019) a révélé que la majorité (90,1 %) des participants ont déclaré avoir utilisé un programme d'échange de seringues et d'aiguilles, près de la moitié (47,3 %) ont utilisé une forme de traitement par agonistes opioïdes et 13,5 % ont utilisé des services de consommation supervisée dans les 12 mois précédant l'enquête⁴⁵.

Les pratiques de partage de matériel d'injection usagé semblent également changer au Canada, mais avec des résultats mitigés. Les résultats de l'enquête Track auprès des UDI démontrent que l'emprunt autodéclaré d'aiguilles ou de seringues usagées a diminué, passant de 20,2 % dans la phase 1 (2003 à 2005) à 11,6 % dans la phase 4 (2017 à 2019). Cependant, la même enquête a noté une augmentation de la proportion de participants qui ont déclaré avoir emprunté « d'autres équipements d'injection usagés » (p. ex. eau, filtre, nettoyants) de 29,8 % dans la phase 1 à 38,0 % dans la phase 4⁴⁵. Le partage d'autres équipements d'injection usagés et de seringues semble présenter un risque de transmission du VHC similaire^{46,47}.

À l'instar des observations signalées ici, l'Australie a déclaré une augmentation de 12 % du taux d'hépatite C entre 2012 et 2016, la plus forte augmentation ayant eu lieu entre 2015 et 2016. L'hypothèse qui est avancée suppose que cette augmentation découlait d'une augmentation des tests en réponse à la disponibilité du traitement aux AAD, car les taux ont diminué en 2017 et 2018²². D'autre part, l'adoption élevée d'AAD et la stabilité des comportements à risque ont été citées comme des facteurs contribuant à la baisse observée du taux d'hépatite C. Aux É.-U., les taux d'hépatite C aiguë ont augmenté chaque année entre 2012 et 2019, ce qui représente une augmentation de plus de 60 % entre 2015 et 2019²¹. L'augmentation constante du nombre de nouvelles infections au cours de la dernière décennie a principalement été attribuée à l'épidémie d'opioïdes, surtout chez les jeunes adultes⁴⁸.

Enfin, la baisse des taux récemment observée pourrait être temporaire et limitée. L'interprétation de la baisse des taux d'hépatite C déclarés en 2019 présente d'autres limites. Le dénominateur du nombre de tests de dépistage de l'hépatite C par juridiction n'est pas disponible. De plus, les données de surveillance du SCSMDO ne comprennent pas de données sur les facteurs de risque. Les données sur les facteurs de risque permettraient de mieux comprendre ce qui provoque le changement dans l'épidémie d'hépatite C au Canada. Un suivi et une surveillance continus des données sur l'hépatite C seront essentiels pour voir si cette diminution devient une tendance.

6.0 Conclusion

Les taux d'hépatite B aiguë ont atteint un plateau au cours de la dernière décennie, et les taux d'hépatite B chronique sont en baisse depuis 2016. Les taux nationaux d'hépatite C étaient en hausse entre 2014 et 2018. Cependant, les taux ont diminué de 10,2 % de 2018 à 2019. En outre, le taux d'hépatite C a diminué dans neuf PTs entre 2018 et 2019, et une seule province a déclaré une augmentation des taux.

Les épidémies d'hépatite B et C au Canada sont hétérogènes et influencées par des facteurs concurrents. Il existe actuellement une crise liée à la consommation de substances et on estime que la prévalence de l'utilisation de drogues injectables est en hausse. Cependant, la sensibilisation et les services de réduction des méfaits sont également en croissance au Canada, tout comme les efforts pour mieux comprendre et aborder les déterminants sociaux de la santé qui augmentent la vulnérabilité de certaines populations à l'hépatite B et C. De plus, l'admissibilité au traitement de l'hépatite C s'est élargie au cours des dernières années au Canada, créant ainsi une possibilité de traitement et de guérison plus tôt au cours de l'infection chronique par le VHC.

De solides données de surveillance des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) fournissent des renseignements essentiels sur l'épidémiologie des ITSS au Canada et sont nécessaires pour aider à éclairer, surveiller et évaluer les interventions de santé publique face à l'hépatite B et C. Une capacité nationale accrue pour établir la distinction entre les cas aigus et chroniques combinée à la collecte de variables sociodémographiques supplémentaires et de données sur les facteurs de risque permettrait de mieux comprendre la dynamique de transmission et les facteurs comportementaux et structurels qui augmentent le risque d'infection.

7.0 Remerciements

La publication du présent rapport n'aurait pas été possible sans la collaboration des unités épidémiologiques de toutes les provinces et de tous les territoires. Nous leur sommes très 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 (CLMTI) de la Direction générale des programmes des maladies infectieuses de l'ASPC. Tous les commentaires et toutes les suggestions susceptibles d'améliorer l'utilité des publications à venir sont accueillis favorablement et doivent être transmis au CLMTI, ASPC, à l'adresse PHAC.STI-hep-ITS.ASPC@canada.ca.

Liste des figures et tableaux supplémentaires

Des copies des figures et tableaux supplémentaires peuvent être obtenues sur demande. Veuillez envoyer un courriel au personnel de la Section de surveillance des ITS et de l'hépatite de l'ASPC à l'adresse sti-hep-its@phac-aspc.gc.ca. Tous les commentaires et toutes les suggestions susceptibles d'améliorer l'utilité des publications à venir sont accueillis favorablement et peuvent également être transmis à l'adresse électronique ci-dessus.

Tableau i. Taux d'hépatite B chronique déclaré de 2010 à 2019 selon le sexe et le groupe d'âge au Canada

Figure i. Taux d'hépatite B chronique déclaré de 2010 à 2019 par province ou territoire

Tableau ii. Taux d'hépatite B chronique déclaré de 2010 à 2019 par province ou territoire

Figure ii. Proportion de tous les cas d'hépatite C déclarés au Canada de 2010 à 2019 par groupe d'âge

Figure iii. Taux d'hépatite C déclarés (c.-à-d. aiguë, chronique et non précisée) de 2010 à 2019 selon le sexe et la province ou territoire

Tableau iii. Taux d'hépatite C déclarés (c.-à-d. aiguë, chronique et non précisée) de 2010 à 2019 selon le sexe et la province ou territoire

Annexe A. Pratiques de déclaration de l'hépatite B et C de 2010 à 2019

Tableau A. Pratiques de déclaration de l'hépatite B aiguë, chronique et non précisée au Canada de 2010 à 2019

| PT | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|--------------|----------------------------------|------|----------------------------------|---------------------------|------|
| C.-B. | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | | | | | |
| Alb. | Aiguë et chronique | | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | | | |
| Sask. | Aiguë et chronique | | | | | | | | | |
| Man. | Aiguë, chronique et non précisée | Aiguë et non précisée | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | | | |
| Ont. | Non précisée | Aiguë et chronique | | | | | | | | |
| Qc | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | | | | | |
| N.-B. | Aiguë et chronique | | | | | | | | | |
| N.-É. | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | Aiguë et chronique | | Aiguë, chronique et non précisée | Aiguë et chronique | |
| Î.-P.-É. | Non précisée | | | | | | | | Chronique et non précisée | |
| T.-N.-L. | Non précisée | | Aiguë, chronique et non précisée | Non précisée | | | | | | |
| Yn | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | | | | | |
| T.N.-O. | Aiguë, chronique et non précisée | | Aiguë et non précisée | | | | | | | |
| Nt | Non précisée | | Aiguë, chronique et non précisée | Aiguë et non précisée | Non précisée | Aiguë, chronique et non précisée | | | | |

Tableau B. Pratiques de déclaration de l'hépatite C aiguë, chronique et non précisée au Canada de 2010 à 2019

| PT | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------|--------------|------|----------------------------------|------|--------------------|------|------|------|----------------------------------|------|
| C.-B. | Non précisée | | Aiguë et chronique/non précisée | | | | | | | |
| Alb. | Non précisée | | Aiguë, chronique et non précisée | | | | | | | |
| Sask. | Non précisée | | | | | | | | | |
| Man. | Non précisée | | | | | | | | Aiguë, chronique et non précisée | |
| Ont. | Non précisée | | | | | | | | | |
| Qc | Non précisée | | Aiguë et non précisée | | | | | | | |
| N.-B. | Non précisée | | | | | | | | | |
| N.-É. | Non précisée | | | | | | | | | |
| Î.-P.-É. | Non précisée | | | | | | | | | |
| T.-N.-L. | Non précisée | | | | | | | | | |
| Yn | Non précisée | | Aiguë, chronique et non précisée | | Aiguë et chronique | | | | Aiguë, chronique et non précisée | |
| T.N.-O. | Non précisée | | | | | | | | | |
| Nt | Non précisée | | | | | | | | Aiguë, chronique et non précisée | |

Références

1. Chu CM. Natural history of chronic hepatitis B virus infection in adults with emphasis on the occurrence of cirrhosis and hepatocellular carcinoma. *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia)*. Vol 15. Blackwell Publishing; 2000. doi:10.1046/j.1440-1746.2000.02097.x
2. Trépo C, Chan HLY, Lok A. Hepatitis B virus infection. *Lancet*. 2014;384(9959):2053-2063. doi:10.1016/S0140-6736(14)60220-8
3. Beech BM, Myers L, Beech DJ, Kernick NS. Human immunodeficiency syndrome and hepatitis B and C infections among homeless adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2003;14(1):12-19. doi:10.1053/spid.2003.127212
4. Binka M, Butt ZA, Wong S, et al. Differing profiles of people diagnosed with acute and chronic hepatitis B virus infection in British Columbia, Canada. *World J Gastroenterol*. 2018;24(11):1216-1227. doi:10.3748/wjg.v24.i11.1216
5. Ranjan A, Shannon K, Chettiar J, Braschel M, Ti L, Goldenberg S. Barriers and facilitators to hepatitis B vaccination among sex workers in Vancouver, Canada: Implications for integrated HIV, STI, and viral hepatitis services. *Int J Infect Dis*. 2019;87:170-176. doi:10.1016/j.ijid.2019.07.032
6. Jongbloed K, Pearce ME, Pooyak S, et al. The Cedar Project: Mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. *Can Med Assoc J*. 2017;189(44):E1352-E1359. doi:10.1503/cmaj.160778
7. Remis RS, Liu J, Loutfy MR, et al. Prevalence of sexually transmitted viral and bacterial infections in HIV-positive and HIV-negative men who have sex with men in Toronto. *PLoS One*. 2016;11(7). doi:10.1371/journal.pone.0158090
8. Afdhal N, Zeuzem S, Kwo P, et al.; ION-1 Investigators. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med*. 2014;370(20):1889-1898. doi:10.1056/NEJMoa1402454
9. Afdhal N, Reddy KR, Nelson DR, et al.; ION-2 Investigators. Ledipasvir and sofosbuvir for previously treated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med*. 2014;370(16):1483-1493. doi:10.1056/NEJMoa1316366
10. Yin S, Barker L, White JZ, Jiles RB. Sofosbuvir-based regimens for chronic hepatitis C in a well-insured U.S. population: patient characteristics, treatment adherence, effectiveness, and health care costs, 2013-2015. *J Manag Care Spec Pharm*. 2019;25(2):195-210. doi:10.18553/jmcp.2019.25.2.195
11. Agence de la santé publique du Canada. *L'hépatite C au Canada : Rapport de surveillance de 2005-2010; 2011*. Consulté le 23 juillet 2021. Accès : <https://www.catie.ca/ga-pdf.php?file=sites/default/files/1109-0139-Hep%20C%20Report-FR%20FINAL.pdf>.
12. O'Brien SF, Yi Q-L, Fan W, Scalia V, Fearon MA, Allain J-P. Current incidence and residual risk of HIV, HBV and HCV at Canadian Blood Services. *Vox Sang*. 2012;103(1):83-86. doi:10.1111/j.1423-0410.2012.01584.x
13. Agence de la santé publique du Canada. *Infographique : Personnes vivant avec l'hépatite C (VHC), 2017; 2020*. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/infographie-personnes-vivant-avec-hepatite-c-2017.html>. Publié en novembre 2020. Consulté en juillet 2021.
14. Institut canadien d'information sur la santé (CIHI). *Traiterment du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada : Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, 2009 à 2018 — tableaux de données, transplantations autres que rénales; 2019*. Consulté le 26 octobre 2020. Accès : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/corr-2019-ar-extra-renal-data-tables-fr.xlsx>.
15. Comité de rédaction et Groupes de travail du Modèle directeur du Réseau Canadien sur l'Hépatite C. *Modèle directeur pour guider les efforts d'élimination de l'hépatite C au Canada; 2019*. Consulté le 23 juillet 2021. Accès : <https://www.canhepc.ca/fr/modele-directeur/publication>
16. Krajden M, Cook D, Janjua NZ. Contextualizing Canada's hepatitis C virus epidemic. *Can Liver J*. 2018;1(4):218-230. doi:10.3138/canli.vj.2018-0011
17. Agence de la santé publique du Canada. *Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale - 2009 : Résultats d'une consultation provinciale territoriale (PT); 2009*. Consulté le 23 juillet 2021. Accès : <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>
18. Agence de la santé publique du Canada. *Définition nationale de cas : Hépatite C*. Publié en août 2018. Consulté le 23 juillet 2021. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/hepatite-c/pour-professionnels-sante-hepatite-c/definition-nationale-cas.html>
19. Agence de la santé publique du Canada. *Graphiques de maladies à déclaration obligatoire*. Maladies à déclaration obligatoire en direct. Publié en 2020. Consulté le 23 juillet 2021. Accès : <https://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/liste-graphiques>
20. Clinical Practice Guidelines Committee (Co-Chairs: Coffin CS, Fung SK; Committee Authors: Alvarez F, Cooper CL, Doucette KE, et al. *Canadian Liver Journal*. Fall 2018; 1(4):156-217. doi: <https://doi.org/10.3138/canli.vj.2018-0008>
21. Centers for Disease Control and Prevention. *Viral Hepatitis Surveillance Report – United States, 2019*. Publié en mai 2021. Consulté le 25 juillet 2021. Accès : <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2019surveillance/index.htm>
22. Kirby Institute et University of New South Wales Sydney. *National update on HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: 2009–2018*. Publié en 2020. Consulté le 25 juillet 2021. Accès : <https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/National-update-on-HIV-viral-hepatitis-and-STIs-2009-2018.pdf>
23. Lapointe S. Hepatitis B outbreak in Moncton leads to free vaccine offer. *CBC News*. September 28, 2016. Accès : <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/hepatitis-b-outbreak-moncton-1.3782305#:~:text=CBC,Moncton%20is%20seeing%20an%20outbreak%20in%20cas%20of%20acute%20hepatitis,primarily%20affected%20by%20the%20outbreak> Consulté le 27 juillet 2021.
24. Pursaga J. Report finds meth crisis contributing to increase in blood-borne illnesses. *CTV News*. December 11, 2018. Accès : <https://winnipeg.sun.com/news/news-news/meth-use-causing-hepatitis-b-outbreak-in-winnipeg>. Consulté le 27 juillet 2021.

25. Yoshida EM, Sulkowski MS, Gane EJ, et al. Concordance of sustained virological response 4, 12, and 24 weeks post-treatment with sofosbuvir-containing regimens for hepatitis C virus. *Hepatology*. 2015;61:41-5.
26. Swain MG, Lai MY, Shiffman ML, et al. A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alfa-2a and ribavirin. *Gastroenterology*. 2010;139:1593-601.
27. Myers RP, Cooper C, Sherman M, et al. Outcomes of chronic hepatitis C therapy in patients treated in community versus academic centres in Canada: final results of APPROACH (a prospective study of peginterferon alfa-2a and ribavirin at academic and community centres in Canada). *Can J Gastroenterol*. 2011;25:503-10.
28. Poynard T, McHutchison J, Davis GL, et al. Impact of interferon alfa-2b and ribavirin on progression of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2000;32:1131-7.
29. World Health Organization. Hepatitis B. Published July 27, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Accès : July 27, 2021.
30. Remis R. *Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; 2009. Accès : <https://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/model/pdf/model07-fr.a.pdf>
31. Agence de la santé publique du Canada. *Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada. Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)*. Ottawa, Ontario : ASPC; 2009. Accès : https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/aspc-phac/HP40-41-2010-fra.pdf
32. Jacka B, Larney S, Degenhardt L, et al. Prevalence of injecting drug use and coverage of interventions to prevent HIV and hepatitis C virus infection among people who inject drugs in Canada. *American Journal of Public Health*. 2020;110(1):45-50. doi:10.2105/AJPH.2019.305379
33. Yang Q., Ogunnaike-Cooke S., Halverson J., et al. Estimated national HIV incidence rates among key subpopulations in Canada, 2014. In: *25th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research*; 2016.
34. Cottrell EB, Chou R, Wasson N, Wasson N, Rahman B, Guise JM. Reducing risk for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013;158(2):109-113.
35. Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, Remington JS, Klein JO (dir.). *Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2015.
36. Koneru A, Nelson N, Harii S, et al. Increased Hepatitis C Virus (HCV) Detection in Women of Childbearing Age and Potential Risk for Vertical Transmission — United States and Kentucky, 2011–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:705–710. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6528a2>
37. Shah H, Bilodeau M, Burak KW, et al. The management of chronic hepatitis C: 2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver. *CMAJ*. 2018;190(22):E677-E687. doi:10.1503/cmaj.170453
38. Van Gennip J, Bartlett S, Butler-McPhee J, et al. *Rapport d'étape concernant les efforts d'élimination de l'hépatite virale au Canada en 2021*. Toronto, Ontario : Action Hépatites Canada; mai 2021. Accès : https://www.actionhepatitescanada.ca/uploads/8/3/3/9/83398604/ahc_progress_report_2021_fr.pdf
39. Bartlett S, Gennip J, Marshall AD, et al. Policies For Reimbursement Of Direct-Acting Antiviral Treatment For Hepatitis C Virus Infection In Canada: A Patchwork Of Obstruction. In: *Canadian Liver Meeting 2021*; 2021. Consulté le 28 juin 2021. Abstract: P080. Accès : https://www.actionhepatitescanada.ca/uploads/8/3/3/9/83398604/clm_2021-poster_bartlett_v2.pdf
40. Grebely J, Tran L, Degenhardt L, et al. Association Between Opioid Agonist Therapy and Testing, Treatment Uptake, and Treatment Outcomes for Hepatitis C Infection Among People Who Inject Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. Publié le 24 mai 2020. doi:10.1093/cid/ciaa612
41. Socías ME, Ti L, Wood E, et al. Disparities in uptake of direct-acting antiviral therapy for hepatitis C among people who inject drugs in a Canadian setting. *Liver International*. 2019;39(8):1400-1407. doi:10.1111/liv.14043
42. Santé Canada. *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*. Publié le 8 juillet 2019. Consulté le 28 juin 2021. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances.html>
43. Santé Canada. *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*. Publié le 12 décembre 2016. Consulté le 28 juin 2021. Accès : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/healthy-canadians/migration/publications/healthy-living-vie-saine/drugs-substances-strategy-2016-strategie-drogues-autre-substances/alt/pub-fra.pdf>
44. Agence de la santé publique du Canada. *Demande de financement dans le cadre du Fonds pour la réduction des méfaits*. Publié le 29 janvier 2021. Consulté le 28 juin 2021. Accès : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/occasions-financement/infections-transmissibles-sexuellement-par-sang/demande-financement-fonds-reduction-mefaits.html>
45. Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2020;46(5):138-148. Accès : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2020-46/issue-5-may-7-2020/ccdr_v46i05a07-fra.pdf
46. Pouget ER, Hagan H, Des Jarlais DC. Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment. *Addiction*. 2012;107(6):1057-1065. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03765.x
47. Ball LJ, Puka K, Speechley M, et al. Sharing of Injection Drug Preparation Equipment Is Associated with HIV Infection: A Cross-sectional Study. In: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Vol 81. Lippincott Williams and Wilkins; 2019:E99-E103. doi:10.1097/QAI.0000000000002062
48. Spach D, et Corcorran M. *Hepatitis C Online: HCV Epidemiology in the United States*. Publié le 26 mai 2021. Consulté le 25 juillet 2021. Accès : <https://www.hepatitis.c.uw.edu/go/screening-diagnosis/epidemiology-us/core-concept/all#ciations>