

L'HÉPATITE C

Sonya Norris
Division des sciences et de la technologie

Révisé le 30 octobre 2007

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
CONTEXTE	1
TYPES D'HÉPATITE	1
DESCRIPTION CLINIQUE DE L'HÉPATITE C.....	3
A. Quelques précisions sur le virus	3
B. Transmissibilité du virus.....	4
C. Symptômes et diagnostic de l'hépatite C.....	5
D. Progression de la maladie	6
TRAITEMENTS DISPONIBLES ET GESTION DE LA MALADIE	7
A. Pharmacothérapie classique.....	7
B. Médecines douces	8
C. Changement des habitudes.....	8
RECHERCHES ACTUELLES SUR LA MALADIE	9
A. Traitement.....	9
B. Prévention	10
IMPORTANCE DE L'HÉPATITE C AU CANADA.....	10
A. Nombre de personnes atteintes	10
B. Indemnisation des victimes du sang contaminé.....	11
1. Le débat au sujet des tests indirects	11
2. L'indemnisation par le gouvernement fédéral	12
a. Indemnisation des personnes infectées entre 1986 et 1990	12
b. Indemnisation des personnes infectées en dehors de la période entre 1986 et 1990.....	13
3. L'indemnisation par les provinces.....	14
4. La responsabilité de la Croix-Rouge canadienne.....	15
CONCLUSION.....	15



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'HÉPATITE C

CONTEXTE

Depuis un certain nombre d'années, l'hépatite C est un sujet familier aux Canadiens, qui entendent les médias parler du scandale de sa transmission par transfusions sanguines ou par des produits sanguins contaminés. Si la maladie est connue depuis longtemps, l'agent viral responsable n'a été identifié que depuis peu, et on est encore loin de comprendre parfaitement la façon dont il influe sur la progression de la maladie. Le présent document fait le point sur l'hépatite C et la recherche menée pour mettre au point un traitement, un vaccin et un remède, et il résume la question de l'indemnisation des Canadiens ayant contracté l'hépatite C par l'approvisionnement en sang.

TYPES D'HÉPATITE⁽¹⁾⁽²⁾

Des maladies très diverses portent le nom d'hépatite. Chacune a une cause, un mode d'infection, des symptômes, une progression, un traitement et un niveau de gravité qui lui sont propres. Cependant, toutes les hépatites se caractérisent par l'inflammation des tissus du foie (tissus hépatiques) et, assez souvent, par des lésions permanentes à ceux-ci. Des agents non viraux – alcool, poisons chimiques, médicaments, drogues – peuvent provoquer l'apparition de l'hépatite. Des agents infectieux, de nature virale, causent également la maladie : les virus identifiés, de plus en plus nombreux, sont désignés alphabétiquement, et la liste s'étend actuellement de A à G. L'hépatite C et ses cousines, l'hépatite A et l'hépatite B, sont les types les plus communs. Il existe des vaccins pour l'hépatite A et l'hépatite B.

(1) C. Everett Koop Institute, « Hepatitis C – An Epidemic for Anyone » (<http://www.epidemic.org>).

(2) S.D. Shafran et J.M. Colly, « ABCDEFG... », *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 7, n° 3, mai/juin 1996, p. 181 et 182.

Une façon de caractériser les virus de l'hépatite consiste à déterminer si la transmission se fait par un aliment (ou l'eau) ou par le sang (ou un autre fluide organique). Les hépatites transmises par un aliment contaminé ou de l'eau contaminée ne causent pas de maladie chronique (de longue durée) et produisent rarement des complications graves. Ainsi, l'hépatite A est avant tout causée par l'absorption d'aliments et d'eau contaminés par des matières fécales infectées, et elle est plus courante dans les pays moins développés. L'hépatite E, une autre hépatite virale transmise par les aliments, ressemble beaucoup à l'hépatite A sur le plan clinique, mais peut durer un peu plus longtemps. On a récemment ajouté l'hépatite F à la liste des hépatites transmises par les aliments.

Dans les hépatites virales contractées par voie sanguine, dites à diffusion hématogène, la maladie se transmet surtout par contact avec du sang infecté ou, plus rarement, avec d'autres fluides organiques infectés. L'une de ces hépatites est l'hépatite B, beaucoup plus infectieuse que le VIH, et elle se transmet facilement par le contact sexuel et l'allaitement, par des contacts intrafamiliaux normaux et par le contact du sang sain avec le sang infecté. De 5 à 10 p. 100 seulement des personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) deviennent des malades chroniques; la plupart des autres réussissent à combattre le virus et sont jugées avoir souffert d'une infection aiguë. Les virus D et G sont d'autres virus hématogènes. Le virus D semble être un agent co-infectieux qui n'est présent qu'en compagnie du VHB et qui accentue les symptômes. L'hépatite G, dont on connaît à l'heure actuelle très peu de choses, est un ajout récent à la liste.

L'hépatite C, l'objet du présent document, est avant tout un pathogène à diffusion hématogène, transmis entre autres par le partage de seringues pour l'injection de drogues intraveineuses. Avant 1990, la maladie se transmettait essentiellement au cours de transfusions sanguines et par l'utilisation de produits sanguins. Le virus de l'hépatite C (VHC) n'est pas aussi infectieux que le VHB et ne se transmet pas aussi facilement que lui par contacts intimes ou mélange de fluides organiques. Plus de 80 p. 100 des infections à l'hépatite C deviennent chroniques et on estime que la plupart mènent à des maladies hépatiques.

DESCRIPTION CLINIQUE DE L'HÉPATITE C

A. Quelques précisions sur le virus

Le virus qui cause l'hépatite C (VHC) a été identifié par la société Chiron en mai 1987⁽³⁾. Jusque-là, on disait des malades dont les tests n'indiquaient la présence ni de l'hépatite A ni de l'hépatite B, mais qui présentaient des symptômes hépatiques, qu'ils souffraient d'une hépatite non A-non B. En 1990, on a mis au point un test réagissant spécifiquement à l'anticorps produit contre l'hépatite C, mais ce n'est que depuis 1993 qu'il existe un test détectant le virus lui-même. Il s'agit là d'un progrès important, parce qu'une personne infectée met normalement de quatre à six semaines avant de développer des anticorps en quantité détectable.

Tous les organismes, à l'exception des virus à ARN (acide ribonucléique), stockent leur information génétique permanente dans l'ADN (acide désoxyribonucléique). Si certains virus stockent leur information génétique dans l'ADN à l'instar des autres organismes, une forte proportion de virus, dont le VHC, utilise plutôt l'ARN. Cette molécule, beaucoup moins stable que l'ADN, subit des mutations à une fréquence beaucoup plus élevée. Comme l'ARN sert d'intermédiaire dans la réplication du matériel génétique d'organismes porteurs d'ADN, il ne constitue pas un corps étranger pour eux. Voilà pourquoi les virus réussissent à produire des infections chroniques qui échappent au système immunitaire.

Le virus de l'hépatite C doit se fixer aux cellules hépatiques et les infecter afin de compléter son cycle vital et de se perpétuer. Il injecte son ARN dans une cellule vivante du foie qui, croyant reconnaître son propre ARN messager (ARNm), se met en frais de le reproduire. Ce faisant, la cellule infectée interrompt la plupart de ses fonctions normales afin de conserver son énergie. Des centaines ou des milliers de copies de l'ARN viral sont produites dans chaque cellule infectée. La cellule hôte continue de collaborer à la fabrication des éléments requis pour que l'ARN viral reconstitue des virions ou particules virales jusqu'à ce qu'elle éclate et libère les particules. Ces virions vont ensuite infecter d'autres cellules hépatiques saines.

(3) Voir le site de la société Chiron (<http://www.chiron.com/public/about/pr/101100cbt.jsp>, disponible en anglais seulement).

Le système immunitaire du malade reconnaît rapidement le virus et tente de l'éliminer. Cependant, la forte mutagénicité du virus pendant le processus de réplication fait en sorte qu'une variante « évoluée » réussit toujours à échapper à la réponse immunitaire et à se reproduire sans interruption, jusqu'à ce que le système immunitaire entreprenne une nouvelle tentative d'éradication. Ces virus évoluent si rapidement que le système immunitaire ne peut réagir efficacement. Ce jeu de cache-cache génétique est la raison pour laquelle les chercheurs n'ont jusqu'à présent pas été capables de trouver un vaccin efficace contre l'hépatite C.

B. Transmissibilité du virus

On croit que le VHC ne se transmet que par le sang. Contrairement aux autres virus hématogènes cependant, il semble pouvoir être transmis par toute source de sang ou de produit du sang pouvant en être porteur, même indirectement, par exemple par un rasoir ou une brosse à dents.

Dans les années 1970 et 1980, bien des gens ont été infectés par le VHC lors de transfusions sanguines. Les hémophiles étaient particulièrement susceptibles de contracter la maladie, parce que des produits sanguins dont ils avaient besoin provenaient du sang de milliers de donneurs. Depuis que le virus a été identifié et qu'on dispose de tests de dépistage, le nombre de cas de transmissions est tombé à un niveau négligeable dans le réseau canadien d'approvisionnement en sang. Les toxicomanes forment le groupe le plus à risque de contracter l'hépatite C : la toxicomanie est à l'origine de 40 p. 100 de tous les cas. De fait, la majorité des utilisateurs de drogues intraveineuses sont séropositifs pour le VHC, car le virus se transmet non seulement par les seringues, mais également par d'autres instruments utilisés par les toxicomanes.

Il y a d'autres facteurs de risque non négligeables : les piqûres accidentelles par des aiguilles, le tatouage, le perçage corporel, l'acupuncture, le perçage des oreilles, le contact avec de l'équipement médical contaminé et la multiplicité des partenaires sexuels. Les contacts quotidiens courants comme le partage d'un rasoir et la transmission mère-enfant à la naissance présentent aussi des risques, mais ceux-ci demeurent mal connus.

C. Symptômes et diagnostic de l'hépatite C⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Dans la plupart des cas, le malade ne manifeste pas de symptômes tout juste après l'infection (lorsque celle-ci est dans sa phase aiguë). Les rares symptômes qui se présentent passent généralement pour des symptômes de la grippe ou un malaise général et ne font pas l'objet d'un suivi approprié. Dans 3 à 5 p. 100 des cas, une réaction aiguë survient de deux à trois semaines après l'infection, donnant lieu à de graves douleurs abdominales, à des nausées, à des vomissements et à une fatigue extrême. La jaunisse, la perte d'appétit, la perte de poids et la léthargie suivent généralement, mais la gravité de ces symptômes diminue généralement avec le temps.

Les symptômes les plus courants de l'infection chronique, qui n'apparaissent parfois qu'après plusieurs années, sont une fièvre légère, des douleurs musculaires et articulaires, des nausées, des vomissements, la perte d'appétit, des douleurs abdominales diffuses et, parfois, des diarrhées. Il n'est pas rare que les victimes de l'hépatite C se plaignent de démangeaisons de la peau, mais comme on comprend mal ce symptôme, on fait mal le lien avec l'infection par le VHC. Les symptômes suivants sont plus rares : urines foncées, selles pâles et perte de poids. Comme dans le cas des autres réactions aiguës moins intenses, bien des personnes confondent ces symptômes avec ceux de la grippe et risquent de ne pas reconnaître la maladie, même quand leur cas est suffisamment grave pour nécessiter l'intervention d'un médecin.

Chez une faible proportion de personnes atteintes d'hépatite C, la maladie en vient, généralement après des dizaines d'années, à produire les symptômes d'une dysfonction hépatique. Outre les symptômes déjà mentionnés, ces malades souffrent d'enflures aux bras et aux pieds, de tendance aux ecchymoses, de confusion intermittente, de désorientation ou d'incapacité à effectuer des tâches mentales complexes.

Bien des malades font l'objet d'un diagnostic lorsqu'ils cherchent à se faire soigner pour une fatigue chronique. D'autres ne découvrent leur maladie que lorsque de graves problèmes au foie les incitent à voir un médecin. Certaines personnes sont diagnostiquées quand des tests sanguins courants indiquent un taux anormalement élevé d'enzymes hépatiques⁽⁶⁾ ou lorsqu'elles se prêtent à des tests avant de donner du sang.

(4) Paul R. Gully et Martin L. Tepper, « Hepatitis C », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156, n° 10, 1997, p. 1427.

(5) Organisation mondiale de la santé, fiche d'information sur l'hépatite C, révisée en octobre 2000 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/index.html>).

(6) Les enzymes hépatiques sont propres au foie et se retrouvent normalement dans le sang. Toute agression dont le foie est l'objet peut donner lieu à des concentrations élevées de ces enzymes, toujours présentes en petite quantité à cause de la nécrose normale des cellules hépatiques et de la diffusion de ces enzymes dans le sang.

Une concentration élevée d'enzymes hépatiques incite les médecins à faire passer des tests pour l'anticorps du VHC et d'autres maladies liées aux dysfonctions hépatiques. Une personne nouvellement infectée sera séronégative, car le système immunitaire met de trois à quatre mois à produire des anticorps. Un malade qui présente des anticorps au VHC est dit « anti-VHC positif ». Cette personne développe généralement une infection chronique, et un très faible pourcentage de malades réussissent à éliminer complètement le virus de leur système. Depuis 1993, il existe un test de dépistage du virus lui-même. Ce test, qui analyse l'ARN viral, a été adopté par l'Agence canadienne du sang comme test standard pour les produits sanguins. Une biopsie du foie s'impose avant d'entreprendre une pharmacothérapie ou s'il y a lieu de soupçonner de graves lésions au foie, ce qui ne peut être confirmé que par analyse du tissu hépatique.

D. Progression de la maladie

La progression de l'hépatite C est relativement lente, mais ses conséquences peuvent être assez graves et même mortelles. À ce jour, étant donné le peu de temps écoulé depuis l'identification du virus, le pourcentage de personnes infectées qui ont développé une maladie du foie et sont décédées n'est pas connu. L'inflammation chronique du foie associée à l'hépatite C produit une cirrhose, l'organe tentant de se protéger contre l'inflammation. Environ 20 p. 100 des personnes souffrant d'une infection chronique auront développé une cirrhose 20 ans après l'infection. Chaque année, de 1 à 5 p. 100 de ces personnes développeront un cancer du foie (carcinome hépatocellulaire)⁽⁷⁾. L'hépatite C aggrave également les affections hépatiques coexistantes. Une fois que la maladie a progressé jusqu'au stade de la cirrhose ou du cancer, seule une transplantation peut assurer la survie du malade. Les maladies hépatiques causées par le VHC sont actuellement à l'origine de près du quart des transplantations du foie au Canada⁽⁸⁾.

De nombreuses autres complications sont également mises au compte de la maladie, bien que les relations ne soient pas parfaitement comprises à l'heure actuelle. On estime que jusqu'à 20 p. 100 des personnes souffrant d'hépatite C présenteraient des affections à la thyroïde, aux intestins, aux yeux, aux articulations, au sang, à la rate, aux reins ou à la peau⁽⁹⁾. On soupçonne que bon nombre de ces complications résultent de la thérapie à l'interféron utilisée, présentée plus loin, à laquelle beaucoup de malades ont recours.

(7) Organisation mondiale de la santé (2000).

(8) Institut canadien de l'information sur la santé (<http://www.cihi.ca>).

(9) « Hepatitis C – An Epidemic for Anyone » (<http://www.epidemic.org>).

TRAITEMENTS DISPONIBLES ET GESTION DE LA MALADIE

Après le diagnostic, le malade doit décider du mode de traitement ou de gestion de la maladie : médicaments, médecine douce ou changement des habitudes de vie. Lorsque le malade ne souffre pas de symptômes physiques et que les niveaux d'enzymes hépatiques sont cliniquement stables, les médecins favorisent rarement un traitement intensif.

A. Pharmacothérapie classique

Depuis qu'on a identifié l'hépatite C, la seule pharmacothérapie approuvée est celle qui fait appel à l'interféron, connu sous le nom commercial d'Intron-A. Les interférons sont une famille de glycoprotéines dérivées des cellules humaines chargées normalement de combattre les infections virales en prévenant la multiplication des virus dans les cellules. La thérapie à l'interféron est principalement destinée aux personnes infectées au VHC chez qui la concentration persistante des enzymes hépatiques indique une hépatite chronique. Le traitement à l'interféron n'est pas un remède. Seulement le quart des malades infectés peuvent profiter de cette thérapie, et parmi ceux qui sont traités, de 10 à 25 p. 100 seulement connaîtront une réduction prolongée des enzymes hépatiques et de la concentration du virus.

Les variantes de la pharmacothérapie ont toujours inclus l'interféron en doses variables, parfois de concert avec un deuxième médicament. À l'origine, la thérapie consistait en injections trihebdomadaires pendant 12 mois ou plus. On y mettait fin si la concentration des enzymes du foie ne s'améliorait pas dans un délai raisonnable (deux ou trois mois). Parmi les malades qui profitaient de la thérapie, bon nombre faisaient une rechute à la fin du traitement. Par la suite, on a accru la dose d'interféron, soit en augmentant la quantité administrée ou la fréquence d'administration; cette approche semblait mieux réussir à éliminer le virus durant et après le traitement. Malheureusement, le taux de rechute demeurait élevé et l'augmentation de la dose ne semblait pas améliorer beaucoup le taux de réponse soutenue. L'interféron entraîne de nombreux effets secondaires débilitants, et plusieurs médecins remettent en question son usage, étant donné le taux très faible de rémission à long terme. Une autre forme d'interféron – PEGASYS (peginterferon alfa-2a) – demeure plus longtemps dans le corps, tout en étant un peu mieux toléré.

Le Programme des produits thérapeutiques de Santé Canada a approuvé le recours au Rebetron en mars 1999. Il s'agit d'une thérapie dans laquelle l'interféron est combiné à la ribavirine, médicament qui, comme l'interféron, agit en modulant la réaction immunitaire. Cette combinaison thérapeutique accroît le pourcentage de malades qui manifestent une diminution soutenue de la concentration virale dans le sang par rapport à l'usage du seul interféron. Les effets secondaires considérables de la ribavirine peuvent limiter le recours à cette thérapie chez de nombreux malades⁽¹⁰⁾.

B. Médecines douces

On soutient que de nombreux remèdes d'herboristerie sont utiles au traitement des maladies du foie en général et que certains sont efficaces contre l'hépatite C de façon spécifique. Des études confirment que le remède le plus reconnu, la silymarine, provenant du chardon Marie, aide les cellules hépatiques à se régénérer et stabilise leurs parois. On prétend également que cette substance accroît la capacité du foie à filtrer le sang et prévient les lésions causées par des toxines comme les solvants, l'alcool, les drogues, la plupart des pesticides et des herbicides, ainsi que les produits de l'activité bactérienne tels que ceux découlant des intoxications alimentaires. La silymarine pourrait contribuer à traiter la cirrhose, l'hépatite et d'autres maladies du foie⁽¹¹⁾. Selon d'autres études cependant, les données sont trop fragmentaires pour corroborer les bienfaits de la silymarine⁽¹²⁾.

C. Changement des habitudes

De nombreuses personnes qui souffrent d'hépatite C estiment qu'elles peuvent réduire la fatigue qui les afflige en prenant de bonnes habitudes de sommeil, en prévoyant de petites siestes, en mangeant sainement et en faisant de l'exercice physique à un niveau modeste, mais constant. Pour ce qui est de l'alimentation, on encourage les malades à absorber suffisamment de protéines pour réparer les cellules de leur foie, à consommer beaucoup de glucides complexes et à limiter les lipides tout en consommant suffisamment d'acides gras

(10) Mitchell Schiffman, « Hepatitis C: Dilemmas in Treatment », presented at the Digestive Disease Week 1999 Annual Meeting, 17 mai 1999.

(11) M.I. Thabrew, « Phytogetic Agents in the Therapy of Liver Disease », *Phytotherapy Research*, vol. 10, n° 6, septembre 1996, p. 461 à 467.

(12) B.P. Jacobs et autres, « Milk thistle for the treatment of liver disease: a systematic review and meta-analysis », *American Journal of Medicine*, vol. 113, n° 6, octobre 2002, p. 506 à 515.

essentiels. L'apport calorique ne devrait pas être restreint, à moins que le malade doive déjà perdre du poids. On recommande aux séropositifs pour le VHC d'éviter l'embonpoint, lequel est lié à certaines anomalies hépatiques comme les dépôts de gras, qui peuvent causer l'inflammation du foie. Étant donné que tout stress additionnel sur le foie aggrave les effets du virus, il importe d'éviter l'alcool. On recommande aussi aux malades de se faire vacciner contre l'hépatite A et B et d'éviter les substances inutiles qui taxent le métabolisme du foie⁽¹³⁾. Par conséquent, il faut limiter au minimum l'usage de nombreux médicaments. Des produits courants comme l'aspirine et l'ibuprofène peuvent devenir toxiques s'ils sont consommés régulièrement par une personne dont la fonction hépatique est compromise⁽¹⁴⁾.

RECHERCHES ACTUELLES SUR LA MALADIE

À l'heure actuelle, il n'y a pas de remède pour l'hépatite C. Voici une brève description des recherches actuelles sur le traitement et la prévention.

A. Traitement

Le traitement de la maladie couvre plusieurs éléments : méthodes pour atténuer ou éliminer les symptômes, pour ralentir ou inverser les lésions (avec ou sans symptômes) ou pour éliminer le virus. La recherche actuelle porte surtout sur les deux derniers aspects.

Une part importante de la recherche vise les pharmacothérapies existantes. La thérapie à l'interféron s'est révélée utile pour un nombre limité d'infections à VHC (taux de réponse de 20 à 30 p. 100), mais le taux de réponse augmente lorsque l'interféron est combiné à la ribavirine (40 à 60 p. 100). Cependant, les graves effets secondaires de ces médicaments rendent ces traitements peu commodes. Les chercheurs souhaitent déterminer quelles personnes atteintes de l'hépatite C sont le plus susceptibles d'en profiter, afin de réduire le recours aux thérapies inefficaces. D'autres travaux de recherche consistent à analyser les causes de l'absence de réponse à l'interféron et à les surmonter⁽¹⁵⁾. En outre, il semble que la thérapie antivirale, même chez ceux qui n'y répondent pas, ralentisse la progression de la maladie.

(13) Agence de santé publique du Canada, *Hépatite C : Soins nutritionnels – Lignes directrices canadiennes pour les intervenants de la santé* (http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/nc-hcp-sn-is/index_f.html).

(14) T.R. Riley 3rd et J.P. Smith, « Ibuprofen-Induced Hepatotoxicity in Patients with Chronic Hepatitis C: A Case Series », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 93, n° 9, septembre 1998, p. 1563 à 1565.

(15) W. Wayt Gibbs, « In Focus: Rx for B and C », *Scientific American*, vol. 280, n° 3, mars 1999, p. 17 et 18.

La recherche d'un remède pour la maladie a surtout visé les vaccins et les médicaments issus du génie génétique et susceptibles de venir à bout du virus avant qu'il mute suffisamment pour échapper au traitement. Récemment, on s'est penché sur une technique appelée interférence de l'acide ribonucléique (iARN)⁽¹⁶⁾. L'iARN peut inhiber sélectivement l'expression des gènes et causer la dégradation de n'importe quel ARN. Contrairement à la grande majorité des organismes vivants qui entreposent leur matériel génétique sous forme d'ADN, le VHC le stocke sous forme d'ARN et est donc vulnérable au iARN⁽¹⁷⁾.

B. Prévention

La recherche sur la prévention de l'infection porte sur la mise au point d'un vaccin, mais elle est considérablement contrariée par la mutagénicité du virus. On espère produire un vaccin par génie génétique dans un proche avenir. Tout progrès dans la recherche d'un vaccin contre le VIH accélérera la production d'un vaccin contre le VHC, car les deux ont en commun beaucoup de propriétés physiques⁽¹⁸⁾.

IMPORTANCE DE L'HÉPATITE C AU CANADA

A. Nombre de personnes atteintes

Selon Santé Canada, environ 250 000 Canadiens (environ 0,8 p. 100 de la population) seraient infectés par le VHC. L'incidence (soit le taux de nouvelles infections) a beaucoup diminué ces dernières années et se situe maintenant entre 10 et 20 par 100 000 personnes/an⁽¹⁹⁾. Certains croient que la prévalence de l'infection au Canada pourrait dépasser 0,8 p. 100, puisque les Centers for Disease Control and Prevention (centres de contrôle et de prévention de la maladie) d'Atlanta l'établissent à environ 1,8 p. 100 aux États-Unis⁽²⁰⁾.

(16) Mario Stevenson, « Therapeutic Potential of RNA Interference », *New England Journal of Medicine*, vol. 351, 2004, p. 1772 à 1777.

(17) Voir l'explication schématique de cette technique à (http://www.ambion.com/techlib/append/RNAi_mechanism.html, disponible en anglais seulement).

(18) David B. Weiner et Ronald C. Kennedy, « Genetic Vaccines », *Scientific American*, vol. 281, n° 1, juillet 1999, p. 50 à 57.

(19) Santé Canada, fiche sur l'hépatite C, Section des pathogènes sanguins, 2003.

(20) Fiche sur l'hépatite C, US Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c/fact.htm>).

Bien des porteurs du virus n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic : beaucoup ne présentent pas de symptômes ou peu de symptômes et ne consultent donc pas de médecin. C'est pourquoi on qualifie l'hépatite C d'« épidémie silencieuse ». Des 250 000 cas présumés, on prévoit qu'environ 50 000 (20 p. 100) développeront une cirrhose, ce qui, au taux de 1 à 5 p. 100 par an, pourrait donner lieu à entre 500 et 2 500 carcinomes hépatocellulaires par an.

B. Indemnisation des victimes du sang contaminé

1. Le débat au sujet des tests indirects⁽²¹⁾

Au début des années 1970, on a commencé à faire subir aux donneurs de sang un test de dépistage de l'hépatite B, la seule hépatite virale chronique connue à l'époque, en pensant que ce dépistage éliminerait toutes les hépatites post-transfusionnelles. Pourtant, l'infection a continué d'accompagner les transfusions. Bien des chercheurs pensaient que les hépatites post-transfusionnelles diminueraient avec des tests de dépistage sanguin d'une concentration élevée de l'enzyme hépatique alanine amino transférase et de l'anticorps de l'antigène nucléocapsidique du virus de l'hépatite B. Ce test est dit indirect, parce qu'il ne vise pas l'agent infectieux lui-même. D'autres chercheurs et organisations responsables de la question étaient d'avis que ce test indirect était d'une valeur douteuse et qu'il serait presque impossible, pour des raisons déontologiques et morales, de concevoir des études pour en confirmer l'utilité. Néanmoins, les États-Unis ont exigé qu'un test indirect soit administré pour tout don de sang à partir de 1986; de fait, bien des centres au pays avaient pris cette initiative dès 1982.

Le Canada a suivi la progression du dossier aux États-Unis et a, à plusieurs reprises, envisagé d'imposer le test indirect pour tous les dons de sang. Des opinions divergentes au sein de diverses organisations responsables de la question (p. ex. la Société canadienne de la Croix-Rouge, le Bureau des produits biologiques et l'Agence canadienne du sang) ont, en sus des considérations budgétaires, retardé la décision de mettre en œuvre ce test. Quand une étude des tests indirects a été entreprise au Canada en 1989 (l'étude ayant été jugée inacceptable aux États-Unis), Santé Canada a interdit à la Croix-Rouge d'effectuer de tels tests pendant la durée des travaux. Finalement, l'introduction du test spécifique du virus de l'hépatite C au début de 1990 et des premières trousse de détection anti-VHC de Chiron ont rendu caduc le débat sur les tests indirects au Canada.

(21) Le contenu de cette section est adapté du *Rapport final de la Commission d'enquête sur le système d'approvisionnement en sang au Canada* du juge Horace Krever, vol. 2, chap. 23 et 24, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 1997.

Par conséquent, entre la mise en œuvre des tests indirects aux États-Unis en 1986 et l'apparition de la trousse anti-VHC en 1990, les dons de sang au Canada n'ont fait l'objet d'aucun test pour l'hépatite non A-non B. C'est en invoquant cette lacune que les personnes qui ont contracté la maladie à partir de produits sanguins au Canada entre ces dates ont exigé une indemnisation du fédéral et des provinces.

2. L'indemnisation par le gouvernement fédéral

a. Indemnisation des personnes infectées entre 1986 et 1990

Le 27 mars 1998, le gouvernement fédéral a annoncé une enveloppe d'indemnisation de 1,1 milliard de dollars pour les personnes qui ont contracté l'hépatite C à partir du sang au Canada entre 1986 et 1990, dont le nombre était estimé à 10 000⁽²²⁾, même si le total peut être inférieur⁽²³⁾. Ce régime d'indemnisation a été établi de concert avec les provinces et les territoires et il était constitué de 300 millions de dollars de fonds provinciaux et territoriaux et de 800 millions de dollars de fonds fédéraux. La somme a été légèrement réduite le 16 décembre 1998, lorsqu'on a décidé d'accorder environ 58 millions de dollars aux personnes atteintes d'une infection secondaire par le VIH.

Le 18 décembre 1998, les détails de l'enveloppe ont été révélés après beaucoup de tractations entre les avocats du fédéral, des provinces et des territoires, et ceux représentant les victimes dans les recours collectifs. En mai 1999, on a convenu d'un règlement évalué à 1,118 milliard de dollars, plus les intérêts, cette somme incluant l'indemnisation des victimes d'une infection secondaire par le VIH. Le régime proposé prévoit un paiement initial de 10 000 \$ à chaque personne infectée au VHC par le sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990. Ces personnes peuvent également avoir droit à une indemnisation supplémentaire liée à la gravité de la maladie. Elles pourraient également avoir droit à une indemnisation relative à la perte de revenus, à la perte de services à la maison, au coût des soins, au coût de la pharmacothérapie, au coût des traitements et des médicaments non assurés, ainsi qu'aux dépenses personnelles. Si la maladie progresse, elles peuvent réclamer plus d'argent jusqu'à un plafond de 240 000 \$. En outre, la succession peut être indemnisée par une

(22) *Hepatitis C Class Action – Class Counsel Statement*, Canada News-Wire, 15 juin 1999.

(23) *Rapport de la Réunion du groupe d'experts sur l'épidémiologie de l'hépatite C*, Santé Canada, 24 juillet 1998.

prestation consécutive au décès directement attribuable à l'hépatite C contractée à partir du sang contaminé entre les dates visées⁽²⁴⁾. Cette prestation n'est pas imposable et ne modifie pas l'aide sociale. En contrepartie, les personnes qui acceptent l'offre doivent signer une renonciation au droit de poursuivre la Croix-Rouge, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Cette offre, déposée devant les tribunaux de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Québec a été acceptée par les trois provinces en 1999⁽²⁵⁾. Les conditions de l'entente lient les parties et visent toutes les poursuites déjà intentées, en recours collectif ou privé, y compris dans les autres provinces. En général, toutes les demandes doivent être soumises avant le 30 juin 2010.

**b. Indemnisation des personnes infectées
en dehors de la période entre 1986 et 1990**

Lorsque le paiement forfaitaire fédéral a été annoncé, bien des gens estimaient que toutes les personnes infectées par le sang contaminé devaient être indemnisées, et non seulement celles touchées entre 1986 et 1990. Quand on a appris, en septembre 2004, que le fonds d'indemnisation contenait encore un milliard de dollars, des voix se sont à nouveau élevées pour qu'il soit accessible à toutes les personnes infectées par l'hépatite C en raison de la contamination du sang. En novembre 2004, le ministre de la Santé a annoncé des pourparlers sur les options possibles pour les victimes contaminées en dehors de la période entre 1986 et 1990. Les discussions ont commencé en février 2005, réunissant les contrôleurs et l'administrateur du fonds, les avocats des recours collectifs alors devant les tribunaux, le fédéral, les provinces et les territoires. En novembre 2005, le gouvernement fédéral a conclu, avec les avocats représentant les personnes infectées avant le 1^{er} janvier 1986 ou après le 1^{er} juillet 1990, un protocole d'entente dans lequel il s'engageait à les indemniser. En juillet 2006, le premier ministre a annoncé qu'une entente avait été conclue sur les éléments d'un règlement destiné aux personnes qui ont été infectées par le VHC en dehors de la période entre 1986 et 1990 par un produit du sang contaminé. L'entente était distincte de celle conclue pour les personnes infectées entre 1986 et 1990 mais était de la même envergure, soit environ un milliard de dollars; les détails de l'entente étaient semblables également. L'entente proposée a été soumise aux tribunaux de la

(24) Santé Canada, *Entente de règlement proposée pour les personnes ayant contracté l'hépatite C entre 1986 et 1990, sommaire* (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/1999/1999_84bk2_f.html).

(25) Santé Canada, *Entente de règlement proposée pour les personnes ayant contracté l'hépatite C entre 1986 et 1990, chronologie des principales étapes* (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/1999/1999_84bk1_f.html).

Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec pour être approuvée, ce qui fut annoncé le 8 juin 2007. L'administrateur du fonds et les avocats des demandeurs doivent maintenant créer la structure administrative du règlement afin que les paiements puissent être effectués.

3. L'indemnisation par les provinces

Lorsque l'offre fédérale d'indemnisation a été annoncée en mars 1998, ce fut en collaboration avec les provinces et territoires, les provinces ayant appuyé l'indemnisation des seules personnes infectées entre 1986 et 1990. Au cours des mois qui ont suivi, certaines provinces ont commencé à envisager d'étendre l'indemnisation à toutes les personnes ayant contracté le VHC en raison de la contamination du sang, peu importe la date. La plupart des provinces concernées estimaient que cette bonification de l'indemnisation devait venir des fonds fédéraux.

Quatre provinces offrent des forfaits d'indemnisation aux victimes contaminées avant 1986 et après 1990. En novembre 1998, le gouvernement ontarien a annoncé qu'il indemniserait ces victimes et, avant la fin décembre, il a commencé à distribuer aux requérants un paiement forfaitaire de 10 000 \$, plus tard porté à 25 000 \$⁽²⁶⁾. Le Québec a également créé pour les victimes contaminées en dehors de la période entre 1986 et 1990 un programme d'indemnisation, dans le cadre duquel il verse un paiement forfaitaire de 10 000 \$ aux personnes admissibles. En janvier 2004, un nouvel accord a été conclu pour le versement d'un supplément de 14 500 \$ par bénéficiaire⁽²⁷⁾. Le 18 janvier 2001, le Manitoba a annoncé un paiement forfaitaire de 10 000 \$ aux victimes contaminées en dehors de la période entre 1986 et 1990⁽²⁸⁾. En 2003, la Colombie-Britannique a réglé un recours collectif en offrant en guise de compensation le produit de la vente (6,5 millions de dollars) d'un immeuble de la Croix-Rouge situé à Vancouver. L'indemnisation par personne s'élevait à environ 5 000 \$⁽²⁹⁾.

(26) Régime d'aide de l'Ontario aux victimes de l'hépatite C (http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/hepcf/hepc_mnf.html).

(27) La Régie de l'assurance maladie du Québec, *Aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C* (http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/contributionetaidefinancieres/hepatite_c.shtml).

(28) Gouvernement du Manitoba, *Le Manitoba offre une aide extraordinaire aux patients infectés par le virus de l'hépatite C*, communiqué (<http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2001/01/2001-01-18-01.html.fr>).

(29) Gouvernement de la Colombie-Britannique, « Supporting British Columbians Infected With Hepatitis C » (www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Supporting_HepC.pdf).

4. La responsabilité de la Croix-Rouge canadienne

Juste avant d'abandonner la responsabilité de l'approvisionnement sanguin à l'automne de 1998, la Croix-Rouge canadienne a demandé la protection de la *Loi sur les faillites* afin de pouvoir restructurer ses finances, compte tenu des poursuites totalisant huit milliards de dollars déposées surtout par des personnes ayant contracté l'hépatite C à partir du sang en dehors de la période entre 1986 et 1990. L'organisme de bienfaisance avait dit vouloir remplir ses obligations morales envers ces personnes, tout en soulignant les contraintes financières auxquelles il faisait face. Il avait espéré créer un fonds d'indemnisation acceptable pour les victimes de l'hépatite C. Cependant, en mars 1999, son offre de 60 millions de dollars aux victimes exclues de l'offre fédérale a été rejetée⁽³⁰⁾. En juin 2001, un règlement de 63 millions de dollars a été ordonné par la Cour de l'Ontario. L'administrateur du fonds d'indemnisation est KPMG⁽³¹⁾.

CONCLUSION

Puisque l'hépatite C progresse lentement chez le malade, jusqu'à son issue qui peut être fatale, et que beaucoup de malades ignorent qu'ils sont porteurs du virus, elle a été surnommée l'« épidémie silencieuse ». Cependant, maintenant qu'elle a été identifiée et qu'on sait que beaucoup de personnes en souffrent depuis des années, les problèmes de santé qui en découlent reçoivent plus d'attention. Chaque année, on signale de nouveaux cas, signe non pas d'une recrudescence des infections, mais plutôt d'un meilleur diagnostic de l'infection chronique après apparition des symptômes. L'hépatite C intervient pour beaucoup dans les maladies du foie, la cirrhose et le cancer du foie. La recherche continue dans les domaines du traitement et de la prévention, mais aucun remède n'a encore été trouvé.

(30) Mark Kennedy, « Blood Victims Reject \$60M Offer: Hep-C Victims Say Red Cross Proposal Not Enough », *Ottawa Citizen*, 30 mars 1999, p. A7.

(31) Voir le site Web de KPMG (<http://www.kpmg.ca/fr/ms/hepatitisc/>).