

PRÉVENTION

Maladie sournoise

Le problème avec l'hépatite C, c'est que la moitié des personnes infectées ignorent l'être. L'infirmière peut jouer un rôle de premier plan pour en prévenir la transmission, surtout qu'il n'existe aucun vaccin.

PAR MÉLANIE CHARRON, INF. CLINICIENNE

ILLUSTRATION DE GENEVIÈVE CÔTÉ

Michel, 45 ans, polytoxicomane, sans domicile fixe depuis plusieurs années, se présente à l'urgence pour une engelure aux membres inférieurs. Mais voilà, il crache sur le personnel médical et il est manifestement sous l'influence de l'alcool. L'infirmière remarque aussi qu'il est couvert de lésions. Elle a peur de contracter l'hépatite C (VHC) en lui donnant des soins.

Elle n'a pas tort. Au Québec, le VHC infecte actuellement entre 50 000 et 75 000 personnes (Allard et Noël, 2006). L'hépatite C est la deuxième maladie à déclaration obligatoire (MADO) en importance à Montréal. En 2004, 2 621 cas ont été déclarés au Québec, dont 1 267 à Montréal. De ce nombre, au Québec, 32 % avaient entre 30 et 39 ans, 42 % entre 40 et 59 ans, et 11 % 60 ans et plus. Au Canada, le VHC est un problème majeur de santé publique. Entre 2002 et 2022, cette infection sera la cause d'une hausse de 32 % du nombre de personnes atteintes d'insuffisance hépatique, de 16 % du nombre de cancers du foie et de 96 % des besoins en transplantations hépatiques (Institut *et al.*, 2005).

Identifiée en 1989, l'hépatite C est une infection du foie causée par un virus. Dès 1990, un premier test en permettait le dépistage. Par la suite, le VHC est devenu une MADO, déclaré de façon nominale par les médecins et les dirigeants de laboratoires. Un contact direct avec le sang, ainsi que certains liquides biologiques et les instruments contaminés par le sang sont les principaux véhicules de transmission du VHC. Le VHC n'est pas transmissible par la nourriture, l'eau, les contacts quotidiens ou sociaux, le partage d'ustensiles ou de verres, les éternuements, la toux ou les expectorations (SCS, 2005).



Le facteur de risque le plus important est l'injection courante ou passée de drogue, même une seule fois. Pas moins de 54 % seront infectés après un an d'injection, et 85 % après cinq ans. Mais les utilisateurs de drogues injectables ne sont pas les seules victimes du virus. Il existe d'autres facteurs de risque : réception de sang, d'organes ou de tissus avant 1990 (risque significatif), exposition professionnelle percutanée à du sang infecté (risque d'environ 1,8 % par piqûre), naissance ou soins de santé reçus dans des pays où la prévalence du VHC est élevée (risque variable selon le pays et les soins reçus), enfants nés de mère infectée par le VHC (risque entre 4 % et 8 %, et deux fois plus élevé si la mère est infectée par le VIH), exposition percutanée, comme le tatouage fait dans des conditions d'hygiène douteuse (risque signalé, mais d'importance inconnue), et transmission par activité sexuelle (risque faible, sauf en présence de sang, et difficile à déterminer en présence d'autres facteurs de risque).

Si les personnes infectées par drogues injectables forment au moins la moitié des cas, les utilisateurs actuels ne représentent que 20 % des cas (Remis, 2004). Parmi les autres, 36 % ont été

Seule la vigilance aux facteurs de risque reliés au VHC est primordiale pour dépister les personnes à risque. La prévention primaire du VHC passe par le counseling auprès des personnes ayant des comportements à risque élevé, compte tenu que la transmission du VHC est principalement causée par l'usage de drogues injectables. L'infirmière peut tenter de prévenir le passage à l'injection ou, du moins, discuter de l'injection sécuritaire et des programmes d'échange de seringues. L'infirmière doit informer les personnes infectées de ne pas donner de sang, d'organes ou de tissus. Si son patient a reçu ou donné du sang, l'infirmière doit aviser Héma-Québec. Elle doit conseiller au patient infecté de ne pas partager ses objets d'hygiène personnelle tels rasoirs, brosse à dents et coupe-ongles, ni la drogue ni le matériel de préparation pour l'injection ou l'inhalation de drogue. Elle doit aussi l'encourager à discuter du VHC avec son partenaire sexuel habituel. Le risque de transmission sexuelle est certes minime entre partenaires sexuels stables, mais il s'agit d'un risque dont le partenaire doit être conscient. Elle doit évidemment recommander à son patient de toujours utiliser un condom s'il a des partenaires sexuels occasionnels.

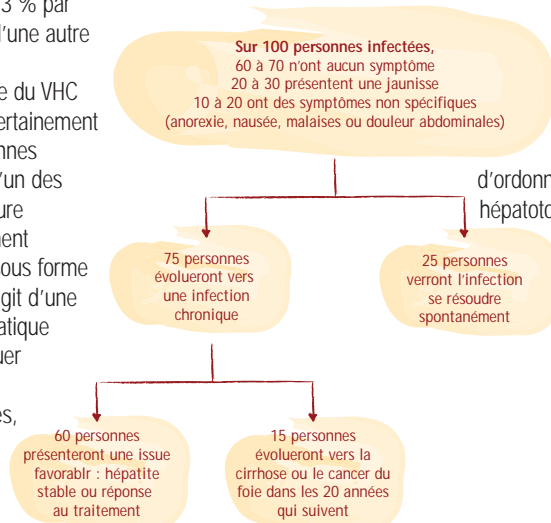
La prévention secondaire vise la réduction de la morbidité du VHC en agissant sur les cofacteurs qui peuvent influencer l'évolution de l'infection. L'infirmière peut donner des informations utiles sur la prévention, le traitement



infectés après avoir utilisé des drogues intraveineuses dans le passé, 13 % par transfusion sanguine et 30 % d'une autre façon.

Connaître l'évolution clinique du VHC (voir la figure ci-jointe) aidera certainement l'infirmière à soutenir les personnes nouvellement diagnostiquées. L'un des grands défis réside dans la nature sournoise de la maladie. Rarement l'hépatite C se présente-t-elle sous forme aiguë, car le plus souvent, il s'agit d'une hépatite chronique (fibrose hépatique asymptomatique) qui peut évoluer en plusieurs années jusqu'à la cirrhose (varices œsophagiennes, ascite, coagulopathie ou cancer du foie).

ÉVOLUTION CLINIQUE DE L'HÉPATITE C



et le suivi. Elle peut prévenir l'hépatite A et B par la vaccination, gratuite de surcroît. Elle peut conseiller sur les façons de demeurer en santé et de diminuer tout autre dommage au foie, en particulier en évitant la consommation d'alcool. Elle peut rappeler au patient d'informer son médecin traitant de toute prise de nouveaux médicaments, même s'il s'agit de médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance, afin d'éviter les médicaments qui ont un potentiel hépatotoxique. Elle peut enfin le renseigner sur l'alimentation. Si la maladie n'a pas évolué vers la cirrhose, les recommandations diététiques sont les mêmes que pour toute autre personne. En présence de cirrhose, le patient devra limiter la quantité de sel et de protéines dans sa diète (FCF, 2004). □

*NDLR – L'article et les références bibliographiques sont disponibles sur le site Web de l'OIIQ.
Mélanie Charron est infirmière clinicienne à la Direction de santé publique de Montréal.*

Tableau I

Caractéristiques des facteurs de risque de l'hépatite C au Canada

Qui peut être exposé au virus de l'hépatite C ?

Facteur de risque principal

| | |
|---|---|
| Utilisation de drogues injectables actuelle ou passée | 54 % seront infectés après un an d'injection 85 % seront infectés après cinq ans d'injection |
|---|---|

Mais il existe d'autres facteurs de risque :

| | |
|---|---|
| Réception de sang ou d'organes ou de tissus avant 1990 | Risque significatif |
| Exposition professionnelle percutanée avec du sang infecté | Risque d'environ 1,8 % par piqûre |
| Naissance ou soins de santé reçus dans des pays où la prévalence du VHC est élevée | Risque variable selon le pays et les soins reçus |
| Enfants nés de mères infectées par le VHC | Risque variant entre 4 % et 8 % mais 2 fois plus élevé si la mère est co-infectée par le VIH |
| Exposition percutanée (tatouage, perçage, acupuncture faits dans des conditions d'hygiène douteuse) | Facteur de risque signalé dont l'importance reste inconnue |
| Transmission par les activités sexuelles | Risque faible sauf en présence de sang (laccération ou menstruations) et difficile à déterminer en présence d'autres facteurs de risque |

Chez 20 % des personnes infectées par le VHC, aucun facteur de risque n'a pu être établi dans les réponses au questionnaire.

Sources : SCS, 2005 ; Steben, 2003.

Tableau II

Répartition des facteurs de risque pour l'hépatite C

| | |
|------|--|
| 20 % | Utilisateurs de drogues injectables (UDI) actuels |
| 36 % | Anciens UDI |
| 13 % | Personnes infectées par transfusion sanguine |
| 30 % | Personnes infectées d'une autre façon (voir tableau I) |

Tableau III

Situation épidémiologique à Montréal et au Québec

Région de Montréal

Ensemble du Québec

L'hépatite C est la deuxième maladie à déclaration obligatoire en importance à Montréal

En 2004, sur 1267 cas d'hépatite C déclarés à Montréal,

En 2004, sur 2621 cas d'hépatite C déclarés au Québec

20 % avaient entre 30 et 39 ans

32 % avaient entre 30 et 39 ans

51 % avaient entre 40 et 59 ans

42 % avaient entre 40 et 59 ans

13 % avaient 60 ans et plus

11 % avaient 60 ans et plus

Sources : Leclerc et Morissette, 2006 ; Allard et Noël, 2006.

Bibliographie

- Allard, P.R. et L. Noël. *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004 – Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*, Montréal, Institut national de santé publique, avril 2006. [En ligne : www.inspq.qc.ca]
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *Hépatite C : Guide des soins infirmiers*, Ottawa, AIIC, 2002. [En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/nursing-infirmiers/pdf/guideSoinsInfirmiers.pdf]
- Fondation canadienne du foie (FCF). *Un guide complet pour vivre avec l'hépatite C*, Toronto, FCF, 2004. [En ligne : www.liver.ca/files/PDF/Publications_French/HepC_booklet_2004_Fr.pdf]
- Institut de l'anémie recherche et éducation, Société canadienne du SIDA, Réseau canadien d'info-traitements SIDA, Canadian Harm Reduction Network, Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network, Fondation canadienne du foie, Hepatitis C Council of BC, Société de l'hépatite C du Canada, Prisoners'HIV/AIDS Support Action Network. *Vers une réponse à l'épidémie : Recommandations pour une stratégie canadienne sur l'hépatite C*, Ottawa, Centre canadien d'information sur l'hépatite C, septembre 2005. [En ligne : <http://www.hepc.cpha.ca/>]
- Leclerc, P. et C. Morissette. *Situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement par le sexe et par le sang (ITSS) pour la région de Montréal*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, février 2006. [En ligne : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfmaladie/situationitss.pdf>]
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Montréal, MSSS, 2006. [En ligne seulement : www.sexualityandu.ca/professionnels/pdfs/05-317-03.pdf]
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Information à l'intention des médecins – L'hépatite C*, Québec, MSSS–Direction des communications, 1999. [En ligne seulement : www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html]
- Prati, D. « Transmission of hepatitis C virus by blood transfusions and other medical procedures: a global review », *Journal of Hepatology*, vol. 45, no 4, oct. 2006, p. 607-616.
- Remis, R.S. *A Study to Characterize the Epidemiology of Hepatitis C Infection in Canada–2002*, Ottawa, Santé Canada, 2004.
- Santé Canada. *Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus 2003/2004*, Toronto, Santé Canada, 2004.
- Société canadienne du sida (SCS). *La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque* (5^eéd.), Ottawa, SCS, 2004. [En ligne : www.cdn aids.ca]
- Steben, M. « Dossier clinique – L'hépatite C : une autre épidémie silencieuse... », *MedActual FMC*, octobre 2003. [En ligne : http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/30182/la_id/2.htm]
- Wong, T. et S.S. Lee. « Hepatitis C: a review for primary care physicians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n^o 5, 28 févr. 2006, p. 640-659.