

Dépistage systématique de l'hépatite Delta en contexte de diagnostic d'hépatite B

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ SUR LES ANALYSES DE LABORATOIRE EN LIEN AVEC LES ITSS (CALI)

AVIS ET RECOMMANDATIONS

DÉCEMBRE 2025

SOMMAIRE

Faits saillants	2
Contexte	3
Méthodologie	4
Situation de l'hépatite B et de l'hépatite Delta au Québec	5
Recommandations canadiennes et internationales	7
Recommandations du CALI	11

L'hépatite Delta, une infection du foie causée par le virus de l'hépatite D (VHD), peut causer de graves problèmes de santé. Cette infection survient chez des personnes porteuses du virus de l'hépatite B (VHB). Dans le contexte de la mise à jour des lignes directrices de l'Association canadienne pour l'étude du foie (mai 2025) et l'approbation, par Santé Canada et l'Union européenne, du premier traitement spécifique de l'infection par le VHD, le Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) a été interpellé au sujet du dépistage systématique de l'infection par le VHD chez les personnes nouvellement diagnostiquées avec une hépatite B.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apprécient les meilleures connaissances scientifiques disponibles et y ajoutent une analyse contextualisée recourant à divers critères et à des délibérations pour formuler des recommandations.

Ce document présente les recommandations du CALI au regard de la pertinence de proposer un dépistage systématique du virus de l'hépatite Delta (VHD), chez les personnes nouvellement diagnostiquées avec une hépatite B. Il a été réalisé à la demande du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

Ce document s'adresse au MSSS, au LSPQ, aux laboratoires de biologie médicale du Québec ainsi qu'aux cliniciennes et cliniciens impliqués dans le dépistage et la prise en charge des hépatites virales au Québec.

FAITS SAILLANTS

Le Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) est interpellé afin de se positionner au regard de la pertinence de proposer un dépistage systématique du virus de l'hépatite Delta (VHD), chez les personnes nouvellement diagnostiquées avec une hépatite B. Cette demande s'inscrit dans le contexte de la récente mise à jour des lignes directrices de l'Association canadienne pour l'étude du foie (Canadian Association for the Study of the Liver - CASL) et l'approbation, par Santé Canada et l'Union européenne, du premier traitement spécifique de l'infection par le VHD.

Afin de répondre à cette demande, un groupe de travail ad hoc du CALI a été créé. Les recommandations des instances canadiennes et internationales concernant le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B et de l'hépatite Delta, disponibles sur Internet, ont été recensées et consultées.

Au Québec, au Canada et dans le monde, il est estimé qu'environ 5 % des personnes porteuses d'une hépatite B seraient également porteuses du VHD. Toutefois, les études épidémiologiques sont limitées et le dépistage n'est pas réalisé de façon systématique. La prévalence de l'infection par le VHD est donc probablement sous-estimée. Le diagnostic de l'hépatite Delta peut avoir un impact important sur l'état de santé d'une personne porteuse du VHB. Ainsi, la grande majorité des instances recommandent de dépister le VHD chez toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive.

Le CALI recommande de procéder au dépistage sérologique systématique des anticorps anti-VHD (dépistage de l'hépatite Delta) chez toutes les personnes nouvellement diagnostiquées avec une infection par l'hépatite B.

Idéalement, cette analyse devrait être effectuée par test réflexe. Le cas échéant, un commentaire devrait être ajouté au rapport.

La mise en place d'un test de dépistage réflexe des anti-VHD, pour le dépistage de l'hépatite Delta, présente toutefois certains enjeux. En effet, afin d'éviter la répétition d'analyses déjà effectuées, l'antériorité des résultats au dossier des personnes dépistées devrait être consultée, ce qui est actuellement complexe avec l'instauration progressive du système d'information de laboratoire provincial (SIL-P). Ainsi, des échantillons AgHBs positifs pourraient être envoyés au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) inutilement et des analyses anti-VHD pourraient être réalisées inutilement chez des personnes pour qui un résultat négatif pour l'hépatite Delta a déjà été obtenu.

Depuis le printemps 2022, le LSPQ est responsable du dépistage sérologique de l'hépatite Delta et une plateforme automatisée est en place au LSPQ. Si la recommandation du CALI est mise en place au Québec, une augmentation du nombre d'analyses sérologiques anti-VHD au LSPQ est à anticiper. Bien que la disponibilité du personnel de laboratoire nécessaire pour effectuer ces analyses pourrait être un facteur limitant, le LSPQ a confirmé être en mesure de gérer cette augmentation de volumétrie à venir. Finalement, une hausse du dépistage sérologique anti-VHD au LSPQ entraînera une augmentation du volume d'envoi d'échantillons vers le Laboratoire national de microbiologie (LNM). En effet, tout prélèvement sérologique anti-VHD positif obtenu au LSPQ est soumis au LNM pour la détection de l'ARN du VHD, réalisé par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de façon réflexe. Le LNM a été avisé de la possibilité de cette augmentation de volume et aucun enjeu n'a été signalé à ce jour.

1 CONTEXTE

Le présent mandat a été adressé au Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CALI) de l'Institut national de santé publique du Québec par la direction médicale du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) le 20 décembre 2024. Le CALI a été interpellé au sujet du dépistage systématique de l'infection par le virus de l'hépatite Delta (VHD) lorsqu'une infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est détectée dans les laboratoires du Québec.

L'hépatite Delta est une infection du foie causée par le VHD, un virus à acide ribonucléique (ARN). Ce dernier utilise l'enveloppe du VHB (contenant l'AgHBs) pour infecter les cellules du foie et se répliquer. Par conséquent, le VHD infecte uniquement les personnes porteuses du VHB (1–3). Une co-infection survient lorsqu'une personne non infectée acquiert simultanément l'infection par le VHB et le VHD. Cette forme d'infection peut causer de graves problèmes de santé telle une hépatite fulminante et/ou une insuffisance hépatique, mais la personne ne développe habituellement pas d'infection chronique par le VHD. La surinfection par le VHD est la forme la plus grave d'hépatite virale chronique et survient quand une personne avec une hépatite B chronique s'infecte avec le VHD. Le développement d'une hépatite Delta chronique peut alors rapidement mener à une cirrhose et à l'apparition d'un carcinome hépatocellulaire, pouvant causer la mort (1,2,4).

DÉFINITIONS

Co-infection VHB-VHD : lorsque les deux virus sont acquis en même temps.

Surinfection VHD : lorsqu'une personne porteuse d'une hépatite B chronique acquiert une infection par le VHD.

Les tests diagnostiques n'étant pas encore très répandus à l'échelle mondiale, les personnes atteintes d'hépatite B ne sont pas toujours dépistées pour le VHD (2). Les traitements actuels sont limités, leur taux de réponse est faible et ils causent beaucoup d'effets secondaires (1,2,4). Toutefois, les connaissances évoluent rapidement et de nouveaux traitements prometteurs sont en évaluation (1), dont le bulévirtide (Hepcludex®), qui est approuvé pour le traitement de l'hépatite Delta par l'Union européenne (2,5) et Santé Canada¹. Par ailleurs, un diagnostic d'hépatite Delta influence la prise en charge de l'hépatite B. L'Association canadienne pour l'étude du foie (Canadian Association for the Study of the Liver - CASL) recommande notamment de débiter un traitement anti-VHB dans ce contexte indépendamment des autres éléments généralement pris en compte (ex. : fibrose, charge virale, etc.) (2).

Cette demande s'inscrit dans le contexte de la récente mise à jour des lignes directrices de l'Association canadienne pour l'étude du foie (CASL) qui recommande le dépistage systématique du VHD chez toutes les personnes nouvellement diagnostiquées avec une hépatite B (2).

¹ <https://pmps.hpfb-dgpsa.ca/documents-d-examen/ressource/SBD1759323925454>.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Question de recherche

La question de recherche est la suivante :

Devrait-on recommander un dépistage sérologique systématique par test réflexe des anticorps anti-VHD (pour le dépistage de l'hépatite Delta) sur les prélèvements AgHBs positifs de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VHB?

2.2 Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire appliquée portait exclusivement sur les lignes directrices et recommandations d'instances gouvernementales ou internationales. Aucune revue de littérature scientifique n'a été réalisée. Toutefois, les articles scientifiques mentionnés dans les lignes directrices, si pertinents, ont pu être consultés. De plus, malgré l'absence de revue de littérature, les résultats d'une revue systématique réalisée par l'OMS ont été consultés.

Les recommandations des instances canadiennes et internationales concernant la prise en charge et le dépistage de l'hépatite Delta, disponibles sur le Web, ont été consultées. Les documents traitant de l'hépatite B ont également été consultés puisqu'il est fréquent d'y trouver une section sur la prise en charge de l'hépatite Delta. Une première recherche a eu lieu sur le moteur de recherche Google entre le 28 janvier et le 6 février 2025 avec les mots clés suivants : *Prevention, Diagnosis, and Treatment of Chronic Hepatitis B; Diagnosis and Management of Hepatitis B Virus Infection guideline; Diagnosis and Management of Hepatitis D Virus Infection guideline; Testing recommendations for hepatitis D virus*. Une seconde recherche a été effectuée entre le 28 mars et le 4 avril 2025, puis le 29 mai 2025, afin de trouver de nouveaux documents et les sources identifiées lors de la première recherche ont également été consultées à nouveau afin de s'assurer qu'elles étaient toujours à jour.

Les lignes directrices ou documents d'instances/organisations de santé publique suivantes ont été consulté(e)s : Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Association canadienne pour l'étude du foie (*Canadian Association for the Study of the Liver - CASL*), Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada (AMMI), Organisation mondiale de la Santé (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), Haute Autorité de Santé (HAS) de France, European Association for the Study of the Liver (EASL), International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI), Australasian Society for HIV Medicine (ASHM), Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL).

2.3 Limites de la stratégie de recherche documentaire

Une revue de littérature scientifique n'a pas été effectuée puisque l'argumentaire est basé sur les lignes directrices des autres organisations, qui vont en grande majorité dans le même sens.

La force de la preuve scientifique n'a pas été établie dans les présentes recommandations et la qualité des lignes directrices n'a pas été évaluée à l'aide d'une grille reconnue. Les recommandations ont été élaborées en fonction des connaissances, de l'expérience et du jugement des membres du groupe de travail Hépatites virales et du CALL, sous forme d'avis d'expertes et d'experts.

2.4 Modalité d'élaboration des recommandations

Un groupe de travail ad hoc a été créé pour ce mandat. Des rencontres de travail ont eu lieu les 12 mars, 9 avril, 7 mai et 21 mai 2025.

Les présentes recommandations ont été adoptées par le CALL en date du 16 juin 2025.

2.5 Révision par les pairs

Le présent document a été soumis à une révision par les pairs, selon les normes en vigueur à l'INSPQ. Les réviseuses et réviseurs internes et externes, n'ayant pas participé aux travaux, ont été invités à évaluer la qualité du présent document à l'aide d'une grille de révision.

L'INSPQ désire remercier sincèrement les réviseuses et réviseurs qui ont accepté de donner temps, expertise et commentaires sur le présent document.

3 SITUATION DE L'HÉPATITE B ET DE L'HÉPATITE DELTA AU QUÉBEC

À l'échelle mondiale, il est estimé que le VHD touche environ 5 % des personnes avec une infection chronique par l'hépatite B (1,2,4). Ce chiffre est similaire au Canada (6,7).

Au Québec, un peu moins de 1 000 infections par le VHB sont déclarées annuellement (moyenne de 2022 à 2024). La séroprévalence estimée, basée sur les tests effectués au LSPQ, montre qu'en 2024, environ 5 % des personnes infectées par le VHB, présentaient également une sérologie positive pour l'hépatite Delta².

En 2021, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a réalisé 893 tests sérologiques pour le VHD, pour l'ensemble de la province du Québec³. Depuis le printemps 2022, c'est le LSPQ qui est responsable du dépistage sérologique de l'hépatite Delta. Depuis son implantation au LSPQ, une augmentation du volume de tests sérologiques a été observée, passant d'environ 1 200 tests annuellement en 2022 et 2023 (moyenne des deux années, car l'implantation date du printemps 2022)

² Communication personnelle Annabelle Mouammine, LSPQ, 4 avril 2025.

³ Communication personnelle Valérie Martel-Laferrrière, CHUM, 15 avril 2025.

à près de 2 000 tests en 2024. Ceci peut s'expliquer par le fait que le LSPQ peut recevoir plusieurs sérologies pour une même personne dans la même année, entraînant ainsi plusieurs analyses anti-VHD pour une personne chez qui l'AgHBs est positif. Le LSPQ peut également devoir procéder à un anti-VHD lorsqu'il reçoit une demande de détection de l'ARN du VHD par une technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et qu'aucun résultat de sérologie antérieure n'est disponible (le LSPQ n'ayant pas accès à l'historique des anti-VHD réalisés au CHUM). Finalement, ces données laissent supposer qu'un changement de pratique est en cours, et qu'un dépistage systématique est déjà réalisé par plusieurs cliniciennes et cliniciens.

À noter qu'une recommandation de dépistage systématique de l'hépatite Delta lors d'un nouveau diagnostic d'hépatite B pourrait augmenter le nombre de tests sérologiques effectués et donc modifier la séroprévalence estimée au Québec.

3.1 Recommandations québécoises actuelles au sujet du dépistage du VHD

Le seul document québécois, incluant des recommandations sur les indications de sérologie anti-VHD qui a été recensé, est le Guide sur « La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le VIH et le VHB », publié en 2011 (8). Bien que la recommandation concernant le VHD s'inscrive dans le contexte de personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le VHB, celle-ci peut s'appliquer à n'importe quelle personne infectée par le VHB :

- Procéder à la recherche d'anti-VHD, en particulier chez les patientes et patients qui ont une évolution fulminante de l'infection par le VHB ou en présence d'une augmentation des aminotransférases chez les personnes ayant une charge virale d'acide désoxyribonucléique (ADN) du VHB faible ou indétectable (8).

Par ailleurs, la communauté médicale québécoise s'entend sur les principes suivants, publiés dans des lignes directrices officielles telles que celles de CASL, AASLD ou EASL (2,9,10) :

- Toute personne porteuse de VHB devrait avoir un dépistage du VHD au moins une fois (CASL/EASL). Si ce dépistage n'a pas été réalisé, il est recommandé de le faire.
- Si le résultat est négatif, le dépistage devrait être répété dans certaines situations cliniques :
 - En présence d'une poussée inexplicquée d'hépatite aiguë, il est recommandé de procéder au dépistage du VHD même si les anti-VHD ont déjà été testés négatifs antérieurement, car il pourrait s'agir d'une acquisition récente (surinfection);
 - En présence d'une élévation persistante des enzymes hépatiques alanine aminotransférase (ALT) malgré un contrôle adéquat de l'ADN du VHB (charge virale);
 - En présence de facteurs de risque (voir [section 4](#)).

4 RECOMMANDATIONS CANADIENNES ET INTERNATIONALES

DÉFINITIONS

Dépistage universel de l'infection par le VHD : Offrir un test de dépistage VHD au moins une fois à toutes les personnes porteuses du VHB

Dépistage systématique de l'infection par le VHD : Dépistage du VHD chez toutes les personnes nouvellement diagnostiquées avec une hépatite B (avec un résultat AgHBs positif)

Test réflexe : En présence d'un échantillon clinique à partir duquel un AgHBs a été détecté, le laboratoire procède à la recherche des anti-VHD sur le même échantillon, même si cette analyse n'a pas été demandée d'emblée par la requérante ou le requérant.

Les recommandations de dépistage et de prise en charge de l'hépatite Delta sont habituellement incluses dans les lignes directrices sur le dépistage et la prise en charge de l'hépatite B. Seules l'European Association for the Study of the Liver (EASL) et la HAS de France ont des lignes directrices spécifiques pour le VHD (10,11).

La majorité des instances, dont des lignes directrices ont été répertoriées pour le VHB ou le VHD, recommandent de dépister l'infection par le VHD chez toutes les personnes chez qui l'AgHBs est détecté (1,10–14). Les recommandations canadiennes de CASL, récemment mises à jour, abondent aussi en ce sens (2). La HAS de France recommande de mettre en place le test réflexe en cas d'AgHBs positif pour la première fois au laboratoire (15). L'OMS et l'EASL mentionnent que le test réflexe pourrait permettre d'augmenter le dépistage précoce et d'améliorer nos connaissances actuelles sur l'épidémiologie du VHD (1,10). L'EASL souligne que des études de coûts-efficacité sont nécessaires avant de l'implanter de façon globale (10). Le CASL recommande également de procéder par test réflexe (2).

Les lignes directrices américaines de l'AASLD sur la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite B chronique sont les seules à limiter le dépistage aux personnes à haut risque (9). Les autrices et auteurs considèrent que les personnes à risque d'être infectées par le VHD sont :

- Personnes nées dans une région où le VHD est hautement endémique (les pays concernés sont précisés dans la publication);
- Personnes ayant déjà utilisé des drogues injectables;
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
- Personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) ou le VIH;
- Personnes ayant des partenaires sexuels multiples ou des antécédents d'infections transmissibles sexuellement;

- Personnes présentant un taux élevé d'ALT ou d'aspartate aminotransférase (AST) avec un ADN du VHB faible ou indétectable.

Toutefois, l'auteur principale de ces recommandations, NA Terrault, a publié un éditorial en août 2021 où elle souligne le besoin de modifier ces recommandations et de passer à un dépistage systématique du VHD (16). L'auteur mentionne également que le test réflexe pourrait permettre d'augmenter le taux de dépistage du VHD. Il est important de souligner que les personnes à haut risque pour le VHD représentent une proportion très importante des personnes infectées par le VHB.

L'OMS, dans ses récentes recommandations publiées en 2024, privilégie l'approche de dépistage universelle. Si un contexte de capacité de laboratoire ou ressources limitées ne permet pas cette approche, l'OMS propose alors l'approche basée sur les facteurs de risque (1). Les personnes chez qui l'AgHBs est positif et qui présentent les caractéristiques suivantes sont alors priorisées par l'OMS :

- Personnes nées dans un pays ou une région où le VHD est endémique;
- Personnes ayant une maladie du foie au stade avancé, sous traitement pour une hépatite B, ou chez qui les signes cliniques suggèrent une infection par le VHD (par exemple, faible niveau d'ADN du VHB associés à des ALT élevés);
- Personnes considérées à haut risque d'infection par le VHD, incluant :
 - Les personnes sous hémodialyse;
 - Les personnes vivant avec le VHC ou le VIH;
 - Les personnes utilisatrices de drogues injectables;
 - Les travailleuses et travailleurs du sexe;
 - Les HARSAH;
 - Les personnes rapportant des comportements sexuels à haut risque.

L'OMS a réalisé une revue systématique sur les différentes approches du dépistage sérologique du VHD parmi les personnes avec une infection chronique par le VHB. Très peu d'évidences en sont ressorties, et aucune étude comparant directement les résultats ou l'impact de ces deux approches (universelle ou basée sur les facteurs de risque) n'a été identifiée. Une revue narrative a toutefois permis de faire ressortir certains constats (1). Plusieurs études menées dans des pays à revenu élevé rapportent que peu de tests de détection sérologique du VHD sont réalisés, suggérant que l'hépatite Delta est fort probablement sous-diagnostiquée dans le cadre d'un dépistage basé sur les facteurs de risque. Le même constat est observé dans les pays où l'approche de dépistage universel de toutes les personnes porteuses du VHB est recommandée (1). Toutefois, une augmentation marquée du nombre de tests anti-VHD réalisés (et du nombre d'infections par le VHD détectées) est observée lorsqu'un dépistage systématique des anti-VHD par test réflexe de toutes les personnes testées positives pour l'AgHBs est réellement réalisé. L'OMS rapporte deux études, entre autres, ayant démontré une augmentation marquée du dépistage du VHD en adoptant le test réflexe, une en Espagne, une en France (1,17,18).

L'OMS a listé les principaux avantages et défis du dépistage sérologique de l'hépatite Delta chez toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive (1) :

Avantages

- Augmentation du dépistage, de nouveaux diagnostics et de diagnostics précoces, permettant ainsi que les personnes connaissent leur statut VHD et facilitant la mise en place de mesures de prévention de la transmission, de suivi d'éventuels carcinomes hépatocellulaires et d'options de traitement.
- Réduction du délai de prise en charge et amélioration de l'accès à un traitement pour les personnes infectées par le VHD.
- Amélioration de la collecte des données concernant le VHD afin de mieux éclairer les stratégies nationales de dépistage et les mesures de santé publique.
- Contribution au développement de nouvelles méthodes diagnostiques ou de méthodes de meilleure qualité (ex. : soins décentralisés ou test commercial normalisé pour l'ARN du VHD).

Défis

- Augmentation des coûts initiaux, surtout dans les pays à haute prévalence pour l'hépatite B.
- Hausse substantielle des ressources requises par les laboratoires de diagnostic.
- Augmentation du nombre de patients à prendre en charge. En effet, les personnes testées positives pour les anti-VHD devront être testées pour l'ARN du VHD afin de confirmer la présence d'une infection active, puis être prises en charge et éventuellement traitées.

Globalement, l'OMS estime que les avantages attendus d'une recommandation de dépistage universel du VHD (et considérant la faible efficacité d'une approche basée sur les facteurs de risque), bien qu'incertains, l'emportent très probablement sur les inconvénients potentiels (1).

Les différentes recommandations canadiennes et internationales concernant les indications de dépistage de l'hépatite Delta sont résumées au [Tableau 1](#).

Tableau 1 Recommandations canadiennes et internationales concernant les indications de dépistage de l'hépatite Delta

Instance (Pays/auteur(-trice)s, année, référence)	Recommandations
CASL/AMMI (Canada, 2025) (2)	Le dépistage universel du VHD au moins une fois chez toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive (le test réflexe est recommandé).
OMS (2024) (1)	Le dépistage universel des anticorps anti-VHD est l'approche à privilégier. Si impossible, certaines populations sont ciblées (personnes à haut risque) (<i>conditional recommendation, very-low-certainty evidence</i>) (le test réflexe pourrait permettre d'augmenter le dépistage).
AASLD (États-Unis) (Éditorial, Terrault et coll., 2021) (16) (Lignes directrices, Terrault et coll., 2018) (9)	Dépister toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive (le test réflexe pourrait permettre d'augmenter le dépistage). Dépister le VHD chez toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive et qui sont à haut risque.
EASL (Europe, 2023) (10)	Une recherche d'anti-VHD devrait être réalisée au moins une fois chez toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive (<i>strong recommendation, strong consensus</i>) (Le test réflexe pourrait permettre d'augmenter le dépistage). Répéter le dépistage fréquemment chez les personnes à haut risque.
IUSTI (Brook et coll., 2017) (12)	Toutes les personnes avec une hépatite B devraient se faire dépister pour le VHD.
HAS (France, 2023) (11,15)	Il est recommandé de rechercher chez toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive une co-infection par le VHD, idéalement au moment de la découverte de l'AgHBs positif (Grade A) (test réflexe recommandé). Il est recommandé de renouveler ce dépistage en cas d'exposition à un risque de surinfection ou en cas de modification inexplicée du bilan hépatique (Grade A). Il est recommandé de proposer un dépistage annuel du VHD en cas d'exposition répétée ou persistante à un risque de surinfection (ex. : voyages réguliers en zone endémique, usagers de drogues, populations à risque sexuel, etc. (Grade AE).
APASL (Asie) (Sarin et coll., 2015) (13)	Dépister les personnes avec une infection chronique par le VHB .
Australie (Australian consensus statement summary. Lubel et coll., 2022) (14) (ASHM, 2020) (19)	Dépister toutes les personnes pour qui la recherche de l'AgHBs est positive (anti-VHD). Envisager le dépistage du VHD chez toutes les personnes atteintes du VHB .

5 RECOMMANDATIONS DU CALI

En considérant les éléments suivants :

- Le sous-diagnostic de l'hépatite Delta;
- Le fait que l'hépatite Delta est associée à des conséquences cliniques importantes et qu'un traitement peut être indiqué;
- L'impact d'un diagnostic d'hépatite Delta sur la prise en charge clinique d'une personne porteuse du VHB et du VHD;
- La disponibilité du test sérologique anti-VHD au Québec et la possibilité d'implantation du test réflexe;
- Le fait que la grande majorité des instances recommandent un dépistage systématique;

le CALI émet les recommandations suivantes :

1. Un dépistage sérologique systématique des anticorps anti-VHD (dépistage de l'hépatite Delta) devrait être réalisé chez toutes les personnes nouvellement diagnostiquées avec une infection par l'hépatite B.
2. Idéalement, l'analyse anti-VHD devrait être effectuée par test réflexe. Le cas échéant, un commentaire devrait être ajouté au rapport.

5.1 Enjeux soulevés et pistes de solution

La recherche de l'AgHBs peut être demandée ou réalisée chez des personnes connues positives pour l'AgHBs dans le passé, dans certains contextes :

- La clinicienne ou le clinicien n'a pas accès au résultat AgHBs antérieur;
- La clinicienne ou le clinicien souhaite documenter la perte de l'AgHBs;
- Lors d'une demande de rechercher l'ADN du VHB, dans le contexte où le laboratoire de biologie médicale n'a pas accès aux résultats AgHBs antérieurs, et procède préalablement à la recherche de l'AgHBs dans le cadre de ses procédures internes.

Ainsi, certains enjeux se posent dans un contexte d'une recherche d'anti-VHD effectuée par test réflexe :

1. La personne n'ayant pas prescrit cette analyse, il pourrait y avoir un effet de surprise de constater qu'un envoi a été fait au LSPQ et, éventuellement, de recevoir un résultat. Afin d'en atténuer les impacts, un commentaire justificatif pourrait être ajouté au rapport au moment de l'envoi, par exemple: « Selon nos dossiers de laboratoire, il pourrait s'agir d'un premier résultat positif pour l'AgHBs. La sérologie anti-VHD a été demandée de façon réflexe pour le dépistage de l'hépatite Delta. »

2. Des échantillons positifs pour l'AgHBs pourraient être envoyés au LSPQ inutilement pour diverses raisons :

- Le personnel du laboratoire de biologie médicale n'est pas en mesure de vérifier l'antériorité dans le système d'information de laboratoire (SIL), puisque cela requiert du temps technique précieux dans un contexte de ressources limitées;
- L'antériorité a été perdue lors de la migration vers le SIL-provincial (SIL-P);
- La détection antérieure de l'AgHBs a été réalisé dans un autre laboratoire de biologie médicale.

Afin d'éviter de procéder à des envois inutiles au LSPQ, des solutions technologiques pourraient être mises en place, par exemple sous forme de fenêtres surgissantes (« pop-up »), apparaissant lorsqu'un résultat antérieur positif pour l'AgHBs est disponible. Le cas échéant, un commentaire pourrait être ajouté au rapport, par exemple : « Selon nos dossiers de laboratoire, l'AgHBs a déjà été détecté dans le passé chez cette personne ». Ce commentaire pourrait du même coup être utile aux Directions régionales de santé publique pour la gestion des notifications de maladies à déclaration obligatoire (MADO).

3. Au LSPQ, des analyses sérologiques anti-VHD pourraient être réalisées inutilement. La recherche d'antériorité de la sérologie anti-VHD est toujours réalisée. Ainsi, lorsqu'un résultat positif a déjà été obtenu, l'analyse n'est pas répétée. Ceci représente toutefois la minorité des échantillons cliniques. En présence d'un résultat anti-VHD antérieur négatif, le LSPQ n'est pas en mesure de savoir qu'il est justifié de répéter le dépistage des anti-VHD en raison d'une détérioration clinique ou biochimique, ou en présence de facteurs de risque. Dans le doute, la recherche des anti-VHD est actuellement toujours répétée au LSPQ pour les personnes ayant obtenu des sérologies négatives antérieurement⁴. Afin d'atténuer les enjeux de la recherche des anti-VHD effectuée par test réflexe, le LSPQ pourrait envisager d'exiger que les laboratoires de biologie médicale fournissent le contexte de la demande (test réflexe ou justification clinique) au moment d'acheminer l'échantillon clinique au LSPQ. Avec l'information qu'il s'agit d'un test réflexe, lorsqu'un résultat antérieur négatif a déjà été obtenu, le LSPQ pourrait ne pas procéder à l'analyse, avec un commentaire explicatif.

Un contre-argument à la réalisation de la sérologie anti-VHD par test réflexe est que lorsqu'un nouveau diagnostic d'hépatite B est posé, il y a nécessairement d'autres analyses à effectuer (par exemple : AgHBe, anti-HBe, bilan de fonction hépatique, ADN du VHB). Ainsi, le *statu quo* pourrait être adopté en incluant la sérologie anti-VHD à ce bilan. Si la recommandation de procéder à la détection des anti-VHD par test réflexe n'est pas retenue, il sera alors important de rappeler les bonnes pratiques aux cliniciennes et cliniciens, afin de s'assurer que le dépistage de l'hépatite Delta soit réalisé dans le cadre du bilan complémentaire requis chez les personnes porteuses du VHB.

⁴ Communication personnelle Annabelle Mouammine, LSPQ, 28 mai 2025.

5.2 Impact sur la volumétrie

Si la recommandation de test réflexe était mise en place, une augmentation du nombre d'analyses sérologiques anti-VHD serait évidemment à prévoir.

Le nombre de tests réalisés au LSPQ pourrait ainsi passer de 2 000 à environ 3 000 par an. Le LSPQ a confirmé être en mesure de gérer cette augmentation de la volumétrie, qui tiendrait compte à la fois du nombre de nouveaux cas d'hépatite B déclarés au Québec, selon les données des dernières années, et des demandes additionnelles (risque de surinfection, facteurs de risque, voyage en pays endémique, patientes ou patients déjà connus pour lesquels une recherche anti-HDV voudrait être faite, etc.). L'analyse étant chiffré à 21 \$ selon le [Répertoire québécois et système de mesures des procédures de biologie médicales 2025-2026](#), ceci représente un coût estimé supplémentaire de 21 000 \$ en frais d'analyses. Par ailleurs, comme mentionné à la [section 3](#), le volume actuel d'analyses laisse croire qu'un dépistage systématique est déjà pratiqué par plusieurs cliniciennes et cliniciens et que l'augmentation estimée a déjà commencé à être absorbée par le LSPQ. Ce volume pourrait toutefois se stabiliser dans les prochaines années, à mesure qu'un plus grand nombre de personnes auront été dépistées pour les anti-VHD.

Également, bien que la plateforme automatisée Liaison XL[®] murex anti-HDV de Diasorin pour la détection des anti-VHD soit actuellement utilisée au LSPQ, la disponibilité du personnel de laboratoire nécessaire pour effectuer les analyses reste à évaluer et pourrait être un facteur limitant dans la gestion de l'augmentation volumétrique à venir.

Par ailleurs, en collaboration avec le Laboratoire national de microbiologie (LNM), la détection par test réflexe de l'ARN du VHD ainsi que la mesure de la charge virale (lorsqu'applicable) sont déjà en place pour tout prélèvement sérologique détecté positif au LSPQ. Par conséquent, une hausse du dépistage sérologique entraînera également une augmentation du volume des tests de détection par TAAN actuellement réalisés au LNM. Le LNM a été avisé de la possibilité d'une augmentation de volume pour le TAAN et aucun enjeu n'a été signalé à ce jour.

RÉFÉRENCES

1. WHO. Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection. [Internet]. Geneva. 2024. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>.
2. Clinical Practice Guidelines Committee Chair, Osiowy C, Panel Members, Alvarez F, Coffin CS, Cooper CL, et al. The management of chronic hepatitis B: 2025 Guidelines update from the Canadian Association for the Study of the Liver and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. *Can Liver J*. 1 mai 2025;8(2):368-401.
3. ASPC. Une recherche sur l'hépatite D souligne la nécessité d'un dépistage accru [Internet]. 2022. Disponible à : <https://science.gc.ca/site/science/fr/blogues/science-sante/recherche-lhepatite-d-souligne-necessite-dun-depistage-accru>.
4. OMS. Hépatite D [Internet]. 2025. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>.
5. Abbas D. AASLD Family of Website: Liver Fellow Network. 2024. Hepatitis D-Mystified. Disponible à : <https://www.aasld.org/liver-fellow-network/core-series/clinical-pearls/hepatitis-d-mystified>.
6. Osiowy C, Swidinsky K, Haylock-Jacobs S, Sadler MD, Fung S, Wong D, et al. Molecular epidemiology and clinical characteristics of hepatitis D virus infection in Canada. *JHEP Rep Innov Hepatol*. Mai 2022;4(5):100461.
7. Wong RJ, Hirode G, Feld J, Wong SS, Brosgart C, Glenn J, et al. An updated assessment of hepatitis delta prevalence among adults in Canada: A meta-analysis. *J Viral Hepat*. Juin 2024;31(6):324-41.
8. MSSS. La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite B (VHB) - Guide pour les professionnels de la santé du Québec [Internet]. 2011. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000688/>.
9. Terrault N, Lok A, McMahon B, Chang K, Hwang J, Jonas M, et al. Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment and of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. *Hepatology*. Avr 2018;67(4):1560-99.
10. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus. *J Hepatol*. Août 2023;79(2):433-60.
11. HAS, ANRS, CNS. Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite Delta [Internet]. 2023. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/argumentaire_vhd_2023_09_21.pdf.
12. Brook G, Brockmeyer N, van de Laar T, Schellberg S, Winter AJ. 2017 European guideline for the screening, prevention and initial management of hepatitis B and C infections in sexual health settings. *Int J STD AIDS*. Sept 2018;29(10):949-67.
13. Sarin SK, Kumar M, Lau GK, Abbas Z, Chan HLY, Chen CJ, et al. Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update. *Hepatology*. Janv 2016;10(1):1-98.
14. Lubel JS, Strasser SI, Thompson AJ, Cowie BC, MacLachlan J, Allard NL, et al. Australian consensus recommendations for the management of hepatitis B. *Med J Aust*. 16 mai 2022;216(9):478-86.

15. ANRS, CNS. Épidémiologie, Prévention, Dépistage des hépatites virales B, C et Delta [Internet]. 2023. Disponible à: <https://anrs.fr/wp-content/uploads/2024/06/epidemiology-prevention-depistage-recommandations-rapport-dexperts--20231120.pdf>
16. Terrault NA, Ghany MG. Enhanced Screening for Hepatitis D in the USA: Overcoming the Delta Blues. *Dig Dis Sci*. Août 2021;66(8):2483-5.
17. Palom A, Rando-Segura A, Vico J, Pacín B, Vargas E, Barreira-Díaz A, et al. Implementation of anti-HDV reflex testing among HBsAg-positive individuals increases testing for hepatitis D. *JHEP Rep Innov Hepatol*. Oct 2022;4(10):100547.
18. Bricler S, Roulot D, Dziri S, Gerber A, Le Gal F, Delagrèverie H. Hepatitis delta virus reflex testing in patients with hepatitis B improves the HDV screening cascade: 10 years of real-world experience from Avicenne University Hospital, France. *J Hepatol*. 2022;77:S271.
19. ASHM. Diagnostic strategies - Types of hepatitis B virus diagnostic tests - Hepatitis D testing [Internet]. 2020. Disponible à: <https://testingportal.ashm.org.au/national-hbv-testing-policy/diagnostic-strategies/>.

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS

MEMBRES RÉGULIERS

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue et présidente du CALI
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Maryse Cayouette, médecin microbiologiste-infectiologue
Direction de santé publique du CISSS de Lanaudière

Antoine Cloutier-Blais, médecin omnipraticien
Clinique L'Agora

Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Mirabelle Kelly, médecin microbiologiste-infectiologue
CIUSSS de l'Estrie, Hôpital de Granby et Brome-Missisquoi-Perkins

France Morin, médecin omnipraticienne
Direction de santé publique de la région des Terres cries de la Baie James et Nunavik

Cédric Yansouni, médecin microbiologiste-infectiologue
Centre universitaire de santé McGill

MEMBRES LIAISON

François Cholette, biologiste, Laboratoire national de microbiologie
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Ann Lévesque, directrice adjointe
Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé, INESSS

François Sanschagrin, conseiller en biologie médicale
Direction des laboratoires et de l'imagerie médicale (DLIM), MSSS

MEMBRES D'OFFICE

Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue et directrice médicale
Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Patricia Hudson, directrice scientifique

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique par intérim,
Direction des risques biologiques, INSPQ

COORDINATION PROFESSIONNELLE

Annick Trudelle, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques, INSPQ

Dépistage systématique de l'hépatite Delta en contexte de diagnostic d'hépatite B

AUTEURS ET AUTRICES

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI)

Annick Trudelle, conseillère scientifique

Direction des risques biologiques

Institut national de santé publique du Québec

Annabelle Mouammine, Spécialiste clinique en biologie médicale

Laboratoire de santé publique du Québec

Institut national de santé publique du Québec

Valérie Martel-Laferrrière, médecin microbiologiste-infectiologue

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de

l'Est-de-l'Île-de-Montréal

SOUS LA COORDINATION DE

Annick Trudelle, conseillère scientifique

et coordonnatrice du CALI

Anne Kimpton, cheffe d'unité scientifique

Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Aurélie Maheux-Dubuc, conseillère scientifique

Secrétariat général

RÉVISION

Laurie Dolcé, médecin microbiologiste-infectiologue

Hôpital de Rimouski

Noémie Savard, médecin spécialiste santé publique et médecine

préventive, Direction des risques biologiques

Institut national de santé publique du Québec

Réjean Dion, médecin-conseil en santé publique (maladies

infectieuses), Laboratoire de santé publique du Québec

Institut national de santé publique du Québec

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs et autrices, la collaboratrice, et les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative

Direction des risques biologiques

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-03168-5 (PDF)

DOI : <https://doi.org/10.64490/XUOZ1150>

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3782