
L'hépatite C chez les Premières nations et les Inuits du Canada : un fardeau inconnu

*Peter Riben, Gillian Bailey, Shauna Hudson,
Karen McCulloch, Tom Dignan, David Martin*

L'hépatite C est une cause importante de maladie du foie. On a décrit son fardeau au Canada, comme le montrent les divers rapports du présent supplément.

On ne connaît ni l'épidémiologie ni le fardeau de l'hépatite C pour les Premières nations et les Inuits. On se trompe peut-être en supposant que l'épidémiologie et le fardeau seront les mêmes que pour la population non autochtone, à en juger d'après l'expérience acquise avec la tuberculose, le VIH/sida et la maladie pneumococcique. La fréquence de la maladie et ses facteurs de risque peuvent ne pas être les mêmes que dans le reste du Canada, ce qui peut influencer sur les possibilités d'intervention.

Les systèmes de prestation de services de santé publique aux collectivités autochtones connaissent actuellement des mutations suite à la politique du gouvernement concernant l'autonomie gouvernementale, qui s'est traduite par le transfert des fonds pertinents de la Direction générale des services médicaux (DGSM) aux communautés. Toutefois, comme il n'existe pas de législation fédérale en matière de santé publique (*plus précisément de lutte contre les maladies transmissibles*) sur les réserves autochtones ou dans les collectivités inuites, il est entendu que les méthodes de santé publique dans les collectivités autochtones doivent se conformer aux politiques et règlements des provinces/territoires.

Bien que les méthodes varient selon les régions et qu'elles dépendent en partie du degré d'avancement du transfert des

responsabilités aux communautés, le suivi des maladies transmissibles dans les réserves relève des organismes de santé des Premières nations et (ou) de la DGSM. Le processus de déclaration des maladies dans les communautés autochtones est le même que chez les non-Autochtones.

MÉTHODES

Une enquête a été effectuée dans les sept régions de la DGSM pour établir combien de cas d'hépatite C ont été identifiés l'an dernier dans les communautés autochtones et inuites. On a aussi obtenu, le cas échéant, des renseignements de la DGSM ou des bases de données provinciales sur les maladies à déclaration obligatoire, sur les groupes d'âge, le sexe et les facteurs de risque.

RÉSULTATS

Quatre régions ont pu, à des degrés variables, fournir de l'information sur l'hépatite C à partir des bases de données sur les maladies à déclaration obligatoire. Une cinquième région a pu fournir des renseignements tirés d'une étude continue auprès de clients de centres de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes.¹

Toutes les régions ne sont pas aussi à même d'identifier le nombre de cas d'hépatite C chez les Autochtones. Chaque province utilise son propre formulaire pour recueillir des données sur l'hépatite C, et la plupart des provinces/territoires ne recueillent pas d'informations sur le statut autochtone/l'ethnicité des porteurs, ce qui fait qu'elles sont souvent incapables d'identifier les Autochtones ou les Inuits dans leurs données et qu'elles ne sont souvent

pas en mesure de déterminer si le lieu de résidence se trouve dans une communauté autochtone. La proportion de cas (nouveaux et courants) enregistrés chez les Autochtones en 1999 variait entre les provinces de 0,4 % jusqu'à 29,3 %. Dans certaines régions, les cas comprenaient les Autochtones habitant tant dans les réserves qu'ailleurs; dans d'autres, on n'incluait que les Autochtones des réserves.

Deux régions ont pu fournir des données sur les groupes d'âge et le sexe des porteurs en 1999. Dans une de ces régions, 12 des 25 cas déclarés chez les Autochtones des réserves concernaient des hommes. La plupart des cas concernaient le groupe des 30 à 39 ans. Le deuxième groupe le plus fréquent était celui des 40 à 59 ans. Dans l'autre région, 45,6 % des 228 cas signalés étaient des hommes, l'âge moyen était de 31 ans et 50 % des cas se sont présentés chez des personnes de 24 à 38 ans. La plupart des cas ont été signalés chez des personnes de 30 à 39 ans (35,1%) et 34,6 % chez des personnes de 20 à 29 ans.

On n'a pas pu obtenir d'informations uniformes sur les cas en ce qui concerne les facteurs de risque. Dans une région, les deux seuls facteurs mentionnés ont été l'utilisation de drogues injectables et des transfusions sanguines. Dans l'autre région qui a fourni des données sur les facteurs de risque, l'utilisation de drogues injectables (21 %), les partenaires sexuels multiples (10,5 %), les transfusions de sang ou les produits sanguins, de même que les tatouages, étaient au nombre des facteurs de risque les plus souvent signalés.

On a trouvé des anticorps de l'hépatite C chez 412 clients de programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans la région du Pacifique.¹ Sur ce nombre, 2 avaient un

Correspondance : Dr. Peter Riben, Director, Community Medicine Residency Program, Department of Health Care and Epidemiology, University of British Columbia, Mather Building, 5804 Fairview Avenue, Vancouver (C.-B.) V6T 1Z3, Tél. : 604-822-2772, Téléc. : 604-822-4994, Courriel : priben@interchange.ubc.ca

résultat indéterminé et 75, ou 18 % (95 % CL 14-22), avaient un résultat positif. Quarante-neuf des 211 hommes et 26 des 200 femmes étaient positifs. On n'a pas pu obtenir aucune information sur l'hépatite C chez les Inuits.

DISCUSSION

L'expérience acquise avec la tuberculose² et avec le VIH/sida³ au Canada montre pourquoi il est nécessaire d'obtenir des données sur l'ethnicité identifiant clairement le fardeau de la maladie dans la communauté autochtone. Il est clair que le fardeau de la tuberculose et du VIH/sida chez les Autochtones et les Inuits est considérablement plus lourd que chez les non-Autochtones nés au Canada, bien que l'on ne puisse dire avec certitude quels sont les déterminants (ou groupes de déterminants) de la santé qui sont à l'origine de ce phénomène.

Le fardeau de la maladie résultant de l'hépatite C chez les Autochtones est inconnu. L'écart entre moins de 1 % des cas et plus de 30 % des cas dans une même province reflète peut-être une variation réelle de l'incidence, des différences en matière de déclaration ou une distorsion des données résultant de l'existence d'études et de projets de surveillance spéciaux. Selon un rapport récent émanant du système de surveillance renforcée des jeunes sans-abri au Canada, 6 % des Autochtones auto-identifiés étaient VHC positifs.⁴

Les facteurs de risque connus reliés à la transmission de l'hépatite C chez les donneurs de sang canadiens⁵ sont probablement aussi des facteurs de risque pour les Autochtones. Ils comprennent, entre autres, des transfusions de sang antérieures, les tatouages, le fait de vivre dans un établissement fermé et les relations sexuelles avec un utilisateur de drogues injectables. L'exposition percutanée au sang contaminé (drogues injectables) est probablement ce qui explique le taux élevé de séropositivité des clients des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, ainsi que des jeunes sans-abri. Le rôle des autres facteurs de risque ne peut faire l'objet que de conjectures. Pour ce qui est du rôle de la pauvreté, surtout en l'absence des autres facteurs de risque connus, on ne le connaît pas encore.

Il est impossible de dire aujourd'hui si d'autres facteurs pourraient être importants, comme les facteurs génétiques.

Jusqu'à présent, les données concernant les maladies à déclaration obligatoire n'ont pas produit l'information requise pour mesurer le fardeau de la maladie chez les membres des Premières nations. Parmi les raisons susceptibles d'expliquer cette absence d'information, mentionnons l'ajout relativement récent de l'hépatite C à la liste des maladies à déclaration obligatoire, l'absence de facteurs d'identification ethnique dans les rapports, ne permettant pas d'identifier le statut autochtone, et la réticence des organisations à échanger des renseignements. Parmi les raisons avancées pour expliquer cette réticence au partage

de données, mentionnons des préoccupations touchant la propriété des données et le caractère confidentiel des informations relatives aux patients.

L'absence d'informations sur l'incidence et la prévalence de l'hépatite C chez les Autochtones et les Inuits rend d'autant plus difficile la détermination des interventions spécifiques à ces collectivités qui pourraient être nécessaires. Étant donné les coûts potentiels du point de vue de la morbidité, de la qualité de vie et de la mortalité, ainsi que les coûts économiques directs et indirects reliés à l'hépatite C, il est crucial de mesurer exactement le fardeau de la maladie. Pour ce faire, la meilleure solution serait d'agir en collaboration avec la communauté autochtone et ses dirigeants, avec tous les paliers de gouvernement et avec les universitaires.

RÉFÉRENCES

1. Mathias RG. AIDS, Hepatitis and HTLV Infections at First Nations Drug and Alcohol Treatment Centers British Columbia. 1992-1999. Rapport soumis à la Medical Services Branch, Région du Pacifique. Mars 2000.
2. Division de la lutte antituberculeuse, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM. La Tuberculose au Canada 1996, Rapport annuel.
3. Division de la surveillance du VIH/sida. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM. Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 1999.
4. Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM. Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth - Phase II. Self Identified Aboriginal Youth. A sub analysis. Juin 2000.
5. Delage G, Infante-Rivard C, Chiavetta J, et coll. Risk factors for acquisition of hepatitis C virus infection in blood donors: Results of a case-control study. *Gastroenterology* 1999;116:893-99.