



Infection par le virus de l'hépatite C dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan : défis et innovations

S Skinner¹, G Cote², I Khan^{3*}

Résumé

Au Canada, l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est devenue un problème majeur de santé publique, en particulier dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan. L'un des défis soulevés par l'élimination de l'hépatite C au Canada est l'accès aux populations difficiles à joindre, comme les membres des Premières Nations vivant dans les réserves. Au Canada, l'infection par le VHC est une maladie à déclaration obligatoire, mais il n'est pas toujours possible d'assurer une surveillance étroite et opportune des données sur le VHC dans les communautés éloignées. En outre, les données nationales de surveillance ne permettent pas, à elles seules, de déterminer le nombre de cas d'hépatite C dans les populations des Premières Nations, car dans bien des provinces, les données ne sont pas recueillies en fonction de l'ethnicité. Des statistiques sur les communautés des Premières Nations sont diffusées au niveau fédéral par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). De nombreux facteurs expliquent les taux élevés d'infection par le VHC dans les communautés des Premières Nations, notamment l'accès limité à des services de prévention ainsi qu'à un diagnostic et à un traitement précoce. Ces problèmes d'accès sont largement attribuables aux problèmes relatifs à l'éloignement géographique, au transport, à l'éducation et à la sensibilisation, ainsi qu'à un système de soins de santé conçu pour répondre aux besoins en santé des milieux urbains. Des nouveautés et des initiatives novatrices pour offrir de l'information et des services, comme la clinique mobile de l'hépatite C appelée « Journées de la santé du foie » et le programme communautaire de soins du VIH-VHC « Connaissiez votre statut sérologique », s'avèrent inestimables dans les communautés des Premières Nations situées en régions éloignées. L'extension de ces programmes axés sur la communauté et mis en œuvre par la communauté à d'autres communautés des Premières Nations et à la population carcérale pourrait s'avérer fort précieuse dans le cadre des efforts en vue d'atteindre l'objectif d'élimination mondiale du virus de l'hépatite C fixé par l'Organisation mondiale de la Santé.

Affiliations

¹ Regina Infectious Disease Clinic, Département de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

² Chef de Cote First Nation (Saskatchewan)

³ Bureau de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Regina, ministère des Services aux Autochtones Canada, Région de la Saskatchewan, Regina (Saskatchewan)

*Correspondance: ibrahim.khan@canada.ca

Citation suggérée : Skinner S, Cote G, Khan I. Infection par le virus de l'hépatite C dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan : défis et innovations. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2018;44(7/8):194-200. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i78a04f>

Mots-clés : virus de l'hépatite C, Premières Nations et communautés éloignées, populations carcérales, sensibilisation, diagnostic, traitement, prévention

Introduction

Quelque 170 millions de personnes dans le monde souffrent d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) (1-6). Au Canada, ce nombre se situe entre 250 000 et 275 000, et une tendance à la hausse des cas d'infection par le VHC et des maladies du foie associées est rapportée à l'échelle du pays (1-3,7-12). Des estimations récentes indiquent que 15 800 personnes vivaient avec une cirrhose et 5 500 avec une insuffisance hépatique en 2017. Selon certaines estimations, la prévalence des cas de cirrhose et de carcinome passera respectivement de 15 814 à 17 570 et de 338 à 379 pour la période de 2007 à 2027 (13). L'impact du VHC et les séquelles de l'infection par le virus de l'hépatite C sur la santé des Canadiennes et des Canadiens sont considérables si l'on

considère les cas d'insuffisance hépatique chronique, de greffe du foie et de décès prématuré (13).

L'usage de drogues injectables constitue le plus courant des facteurs de risque de transmission de l'hépatite C au Canada (7-10,13-17). Les membres des Premières Nations et les personnes incarcérées sont deux populations difficiles à joindre et au sein desquelles le risque d'infection par le VHC est élevé. Au Canada, les membres des Premières Nations sont sept fois plus susceptibles d'être infectés par le VHC que le reste de la population; le nombre de personnes infectées par le VHC est estimé à 34 900 (ou 3,0 %) chez les membres des Premières Nations et à 6 300 (ou 18,7 %) chez les personnes incarcérées



(13,14,18-20). C'est en Saskatchewan que l'infection par le VHC fait peser le plus lourd fardeau sur les membres des Premières Nations (1-12,21-23). De multiples facteurs sont associés à ce lourd fardeau, dont un accès limité à des tests de dépistage, à des professionnels de la santé et à un traitement (9,10,21,22). Ces problèmes d'accès ont surtout trait à l'éloignement géographique, à des problèmes de transport, d'éducation et de sensibilisation, et à un système de soins de santé conçu pour répondre aux besoins en santé des milieux urbains (1,2,8-12,21-23).

En dépit d'importants obstacles à la surveillance du VHC, des rapports font état du fardeau persistant et croissant du VHC dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan et les établissements correctionnels où les membres des Premières Nations sont surreprésentés (1-5,11,12). Qui plus est, 21 % à 44 % des personnes présentant une infection chronique ignorent tout de leur statut sérologique (2,24,25).

Au cours des dernières années, de nouveaux traitements curatifs à base d'antiviraux à action directe (AAD) ont révolutionné le traitement de l'infection par le HVC et on fait naître l'espoir que le VHC et les maladies du foie associées puissent être éradiqués. Encore faut-il que les personnes infectées par le VHC soient accessibles, identifiées, informées et correctement traitées pour que ces traitements prometteurs tiennent leurs promesses. Cet article aborde le fardeau du VHC en Saskatchewan, décrit les défis et les obstacles aux soins et traite des moyens mis en œuvre par la Saskatchewan pour améliorer l'accès à des services de prévention et de traitement et promouvoir ainsi la santé du foie dans les communautés des Premières Nations établies dans des réserves.

Le VHC et les Premières Nations de la Saskatchewan

La Saskatchewan est une province en croissance rapide qui compte plus d'un million d'habitants. La Saskatchewan abrite 70 communautés distinctes des Premières Nations et un total de 156 828 Indiens inscrits vivant dans 84 communautés géographiquement isolées et dispersées. Chaque communauté regroupe entre 113 et 10 000 personnes. Plus de 50 % des membres des Premières Nations de la Saskatchewan vivent dans des réserves, et 14 % de ces réserves se trouvent en région isolée. Selon les projections démographiques de Statistique Canada, d'ici 2036, une personne sur cinq en Saskatchewan pourrait être autochtone (7-10).

À l'isolement géographique s'ajoute un taux élevé d'incarcération estimé à 1 024 pour 100 000, soit près de neuf fois le taux observé dans le reste de la population (14). De fait, en 2000-2001, alors que les membres des Premières Nations ne représentaient que 15 % de la population générale du Manitoba et de la Saskatchewan; ils représentaient 64 % de la population carcérale du Manitoba et 76 % de celle de la Saskatchewan (14). Parallèlement, les données indiquent que les populations des Premières Nations présentent un risque accru d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le VHC, et qu'elles sont infectées à un plus jeune âge que les personnes non autochtones. Les mouvements fréquents de ces populations entre les quartiers défavorisés des villes et les régions rurales

peut entraîner le risque de contracter le VIH et le VHC au sein même des communautés les plus éloignées (3,14,18-20,24).

En outre, les membres des Premières Nations sont surreprésentés dans les groupes présentant un risque élevé d'infection par le VIH, en particulier parmi les utilisateurs de drogues injectables. En Saskatchewan, une enquête transversale menée en 2005 par Hennink et ses collaborateurs a révélé que les utilisateurs de drogues injectables contractaient le VHC relativement peu de temps après avoir commencé à s'injecter des drogues (11). Selon les résultats de cette enquête, 50 % à 80 % des utilisateurs de drogues injectables contractaient une infection par le VHC dans les cinq années suivant le début de l'usage de drogues injectables. Ainsi, les utilisateurs de drogues injectables qui contractent une infection par le VIH sont nombreux à présenter une infection préexistante par le VHC. De même, Klein et ses collaborateurs ont constaté que les personnes co-infectées par le VIH-VHC demeuraient exposées à un risque de décès nettement plus élevé, malgré les traitements antirétroviraux (15). Une étude de cohorte canadienne a révélé que l'ethnicité autochtone et le sexe féminin étaient associés à une augmentation des taux de clairance du VHC, tandis que la co-infection VHC-VIH et l'usage de drogues illicites étaient associés à une diminution des taux de clairance (3). Pour compliquer davantage l'identification et le traitement des personnes infectées par le VHC, l'état d'environ 50 % à 85 % des personnes qui demeurent infectées évoluera vers l'infection chronique, mais ces personnes pourraient demeurer asymptomatiques pendant des décennies.

Les défis

Surveillance de l'hépatite C

Au Canada, l'hépatite C (VHC) est une maladie à déclaration obligatoire. La surveillance étroite et opportune des données sur l'hépatite C est essentielle pour le dépistage et l'intervention précoces en contexte d'éclosion de cas d'infection par le VHC, afin de réduire au minimum la transmission et de mettre en œuvre des stratégies de prévention qui ont fait leurs preuves. Dans les communautés des Premières Nations, il n'est toutefois pas toujours possible d'exercer une telle surveillance. En outre, les données de surveillance nationale sont insuffisantes pour déterminer le nombre de cas d'hépatite C dans les populations des Premières Nations, essentiellement parce que beaucoup de provinces ne recueillent pas les données selon l'ethnicité (1-5,7-15). Il en découle que les données relatives à l'ethnicité ont été confinées à des groupes de population présentant déjà un risque élevé d'infection par des agents pathogènes transmissibles par le sang (comme les détenus et les utilisateurs de drogues injectables) (3). Les données manquent, mais l'on considère que les peuples des Premières Nations sont les plus touchés.

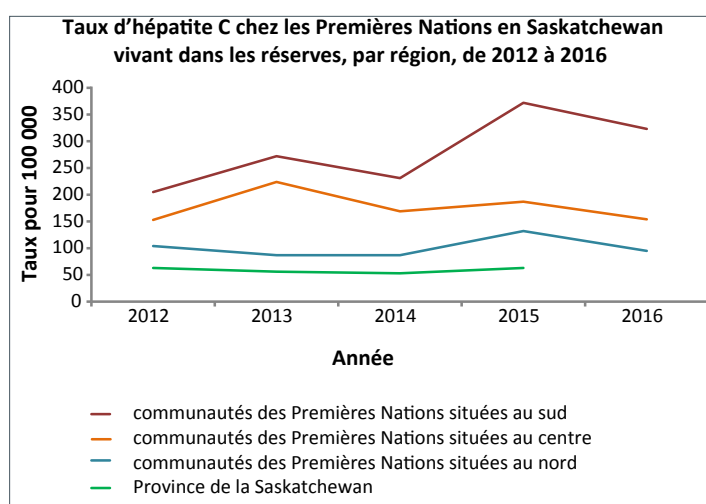
Certaines statistiques sur les communautés des Premières Nations sont disponibles au niveau fédéral par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Selon un rapport publié par la DGSPNI de Santé Canada pour la région de la Saskatchewan, en 2015, les taux d'incidence de l'infection par le VHC dans les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves atteignaient



respectivement 372,0, 186,7 et 129,0 cas pour 100 000 habitants dans les communautés des Premières Nations du sud, du centre et du nord de la province. En 2015, ces taux étaient respectivement six fois, trois fois et deux fois plus élevés que le taux provincial des cas d'infection par le VHC (62,7 cas pour 100 000 habitants).

En 2016, les taux d'incidence de l'hépatite C (VHC) ont continué de grimper, atteignant respectivement 401,2 cas, 211,6 et 130,0 cas pour 100 000 habitants dans les communautés situées au sud, au centre et au nord de la province (voir **figure 1**). Au cours des dernières années, les taux d'hépatite C ont aussi augmenté de façon marquée dans les communautés des Premières Nations situées au sud de la Saskatchewan.

Figure 1 : Taux d'hépatite C chez les Premières Nations en Saskatchewan vivant dans les réserves, par région, de 2012 à 2016



En 2016, la majorité des personnes atteintes par l'hépatite C dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan étaient des hommes (66 %), et une bonne proportion (33 %) des personnes diagnostiquées étaient âgées de 30 à 39 ans (7-10). Ces chiffres font contraste avec les données canadiennes, où les cas d'hépatite C sont associés à une tranche d'âge supérieure (3,25).

Accès au traitement anti-VHC et aux programmes de prévention

La plupart des communautés des Premières Nations de la Saskatchewan n'ont pas accès à des services de dépistage du VHC, et nombreuses sont celles qui n'ont même pas accès à des soins primaires (7-10,13-17,26). De plus, lorsqu'un cas d'infection par le VHC est diagnostiqué à l'extérieur de la réserve et qu'une adresse locale est utilisée, il s'ensuit une sous-représentation du fardeau qui pèse sur les réserves. La mobilité entraîne aussi des difficultés de taille lorsqu'il s'agit de localiser des patients, de sorte que beaucoup sont perdus de vue au moment du suivi. En effet, beaucoup ne reçoivent pas de diagnostic de confirmation de la charge virale, tout comme beaucoup ignorent même qu'ils ont contracté le VHC.

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada a été l'un des premiers régimes à rembourser le

traitement antiviral à action directe chez les patients atteints d'hépatite C des Premières Nations et les patients inuits. Des obstacles majeurs liés à la pauvreté, à la communication et à l'éloignement géographique des Premières Nations vivant dans les réserves ont entravé l'accès à tout traitement curatif. Le traitement requiert d'avoir accès à des services d'élastométrie impulsionnelle ultrasonore (FibroScan^{MD}) ou de détermination du stade de la maladie du foie (normalement offerts uniquement dans des centres de soins tertiaires), ainsi qu'à un fournisseur de traitements anti-VHC (dont les services sont surtout offerts dans les grands centres urbains). Qui plus est, une virémie non traitée, en présence d'un accès limité à des services de réduction des méfaits, ne peut que maintenir les taux à la hausse en raison de la transmission active continue.

La greffe du foie est aussi un problème, car l'accès aux cliniques spécialisées en hépatite et aux traitements est limité en Saskatchewan, de sorte que de plus en plus de patients sont dirigés vers le programme de transplantation hépatique d'Edmonton (20,22,23,27-29). En Saskatchewan, seulement 28 patients ont reçu une greffe du foie depuis 2008, et 225 autres sont actuellement en attente d'une greffe (22,23,26).

Les innovations

Services de prévention

Les communautés des Premières Nations en sont à différentes étapes sur le plan des capacités et des mesures d'intervention dont elles disposent pour faire face aux taux croissants de cas d'infection par le VHC (et le VIH). À l'heure actuelle, 21 centres de réduction des méfaits (y compris les programmes d'échange de seringues) sont en activité dans les réserves de la Saskatchewan. Ces programmes sont liés à des services de dépistage, de santé mentale et de toxicomanie, ainsi qu'à d'autres programmes d'aide aux familles. La DGSPNI de la région de la Saskatchewan (Services aux Autochtones Canada) travaille en étroite collaboration avec tous les partenaires pour épauler les communautés en train de s'ajuster aux modèles de soins des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) « Connaissez votre statut sérologique ».

Le modèle de soins du VIH « Connaissez votre statut sérologique », initialement mis en œuvre par deux communautés des Premières Nations de la Saskatchewan, fait intervenir 1) la mobilisation communautaire, l'éducation, la prévention et la réduction des méfaits, et 2) la prise en charge clinique, ainsi que la surveillance et l'évaluation. Le personnel clé du programme pour le VIH-VHC « Connaissez votre statut sérologique » regroupe des professionnels spécialisés dans les domaines suivants : santé communautaire, travail de proximité sur la réduction des méfaits, services de laboratoire, soins primaires, maladies infectieuses, prévention et sensibilisation, et appui aux dirigeants (7-10,21,26,30). Le programme pour le VIH « Connaissez votre statut sérologique » s'est révélé être un modèle de soins pour le VIH très efficace pour les communautés habitant dans les réserves. En 2015, le programme a atteint la cible 90-90-90 fixée par les Nations Unies (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique (31), 90 % des personnes qui se savent atteintes du VIH reçoivent un traitement, et 90 % des personnes traitées voient leur charge virale supprimée) (7-10,21,26,30). En partenariat avec



les Premières Nations de la Saskatchewan, des programmes similaires sont actuellement mis en œuvre dans plus de 50 autres communautés. Ce modèle de soins est en ce moment même élargi pour inclure le VHC.

Pour appuyer les 84 communautés des Premières Nations de la Saskatchewan, il existe actuellement 12 postes de soins infirmiers dans les réserves de la région du nord, 23 centres offrant des services de dépistage du VIH et du VHC aux points de service dans les communautés des régions du centre et du sud, et 13 équipes mobiles de sensibilisation ou spécialisées en soins infirmiers qui parcourent la Saskatchewan.

Cliniques mobiles de dépistage et de traitement de l'hépatite C

Ces deux dernières années, un changement d'approche à l'égard du traitement de l'hépatite C a pu être observé dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan. Un partenariat a été établi entre la santé publique, les communautés des Premières Nations, leurs dirigeants, les laboratoires et les fournisseurs de soins cliniques, afin que des tests et des soins soient directement offerts dans les communautés des Premières Nations situées en région éloignée. Pour ce faire, des cliniques mobiles de l'hépatite C se rendront dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan qui auront ainsi directement accès à des tests (y compris l'élastométrie impulsionnelle ultrasonore), de l'éducation et des traitements à base d'AAD.

Ces cliniques mobiles sont par nature multidisciplinaires. Leur présence est annoncée à l'avance et une invitation à participer à la clinique est lancée aux membres de la communauté atteints d'hépatite C ou à ceux qui ont des comportements à risque. Les participants ont accès à des séances individuelles d'éducation et de counselling approfondi. Des tests et une évaluation de l'état de santé et du foie du patient sont aussi réalisés et, s'il y a lieu, un plan est élaboré pour l'administration de soins intégrés et l'orientation vers un traitement en milieu communautaire le même jour. Par ailleurs, la sensibilisation et l'expertise acquises à l'échelle locale ont permis aux communautés de s'approprier cette approche globale à l'égard de l'infection par le VHC, de ses facteurs de risque sous-jacents et de la santé de leurs membres en offrant dans le cadre d'équipes des soins culturellement adaptés et accessibles.

Ces cliniques communautaires mobiles du VHC sont appelées « Journées de la santé du foie ». Non seulement ont-elles suscité l'intérêt des membres des Premières Nations touchés par le VHC, mais elles ont aussi amélioré la mise en œuvre des traitements, les résultats pour la santé et les taux d'observance. Le nombre de ces cliniques mobiles s'accroît à mesure que les communautés des Premières Nations s'approprient et prennent en charge les programmes de prévention. Cette réussite repose sur les éléments essentiels que sont le leadership communautaire et l'administration de soins liés au VHC par un personnel (p. ex. infirmières et infirmiers en santé communautaire, infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens) formé en santé du foie et en sécurisation culturelle. L'administration de soins culturellement sûrs ou appropriés signifie que tous les intervenants du système de soins de santé sont conscients de l'histoire et de l'incidence des traumatismes intergénérationnels vécus par les Premières Nations et des obstacles (comme le

racisme) que ces communautés doivent actuellement surmonter lorsqu'elles tentent d'avoir accès à des soins de santé, et que, par conséquent, ils font tout leur possible pour offrir aux Premières Nations des soins respectueux, complets et holistiques.

Usage de drogues injectables : agir sur les déterminants de la santé

Comme l'usage de drogues injectables est l'un des principaux facteurs de risque d'infection par le VHC ou de transmission du VHC, la prise en charge de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale associés est cruciale pour lutter contre le VHC. La surveillance communautaire des tendances en matière de drogues et de toxicomanie est un outil efficace. Au moment d'offrir des services communautaires liés à l'infection par le VHC, la sensibilisation aux facteurs qui favorisent la résilience ainsi que la prise en compte des déterminants de la santé, tels que les traumatismes intergénérationnels engendrés par un passé de colonisation et de pensionnats, le racisme, le surpeuplement, l'éducation et l'alphabétisation, l'exclusion sociale et l'inégalité entre les sexes, pourrait faciliter l'accès des Premières Nations aux services de santé (16,17).

Discussion

Le VHC est devenu un enjeu mondial majeur de santé publique, comme en témoigne le fardeau croissant qu'il impose aux membres des Premières Nations de la Saskatchewan vivant dans les réserves. Il n'y a pas si longtemps, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves en Saskatchewan n'avaient pas accès à un traitement. Des innovations récentes sous forme de programmes communautaires, notamment les cliniques mobiles pour l'hépatite C (« Journées de la santé du foie ») et le programme pour le VIH-VHC « Connaissez votre statut sérologique », qui offrent des tests et du counselling sur place, ainsi que des services de réduction des méfaits, de diagnostic et de traitement, sont des atouts de plus en plus précieux pour s'attaquer au problème du VHC dans les réserves des Premières Nations (7-10,21,26,30,32).

Le Canada, de concert avec les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé, a adopté en 2016 la toute première Stratégie mondiale de lutte contre l'hépatite virale, qui vise l'élimination, d'ici 2030, de cette maladie en tant que menace importante pour la santé publique, ainsi que l'accès à un traitement sûr, abordable et efficace pour toutes les personnes qui en sont atteintes (33). La stratégie cible le sous-diagnostic comme un obstacle important à l'éradication du VHC (2,6,34). Il est crucial d'adopter des pratiques exemplaires et des modèles novateurs qui encouragent les clients à jouer un rôle actif dans la prévention, le diagnostic et le traitement précoces de l'infection par le VHC afin de mettre un terme à la transmission de la maladie dans tous les milieux, dans les réserves et hors des réserves. Compte tenu de la forte proportion de cas d'infection par le VHC chez les utilisateurs de drogues injectables, l'attention est dirigée vers ce sous-groupe de la population. Une méta-analyse récente des stratégies permettant de réduire la séroconversion anti-VHC a révélé que le recours à une combinaison d'interventions s'avérait le moyen le plus efficace pour réduire la transmission du VHC chez les utilisateurs



de drogues injectables (24,25,32,35-41), avant que la cirrhose ne se manifeste (stades de fibrose F0 à F3), et pour limiter les complications à long terme liées au VHC, par comparaison avec l'obtention d'une réponse virologique soutenue (RVS) une fois la cirrhose installée (stade de fibrose F4) (2,4). Une intervention thérapeutique précoce s'est avérée efficace, non seulement pour prévenir la progression de la maladie du foie, mais aussi pour mettre un terme à la transmission de l'infection dans les communautés.

Prochaines étapes

Compte tenu du succès des programmes modèles de la Saskatchewan pour le VIH (« Connaissez votre statut sérologique ») et le VHC, la mise en œuvre de programmes communautaires similaires et culturellement appropriés dans d'autres réserves des Premières Nations de cette province contribuera à améliorer le traitement et à freiner la transmission du VHC. Indirectement, cela pourrait aussi améliorer l'information sur la surveillance et générer de bonnes données sur les résultats.

Des partenariats entre les programmes, dans les réserves et hors des réserves, doivent être créés afin que des soins optimaux, un soutien de proximité et des campagnes de sensibilisation soient offerts par diverses administrations, à l'échelle nationale et des provinces. Il sera important de corriger les attitudes susceptibles de compromettre les activités de prévention, de traitement et de soins, de même que de réduire les préjugés et la discrimination associés au VHC et au VIH dans l'ensemble des services.

Compte tenu des taux alarmants d'infection par le VHC dans les populations carcérales, en particulier chez les détenus des Premières Nations, des initiatives anti-VHC ciblées, conçues par et pour les détenus des Premières Nations, sont nécessaires en Saskatchewan. Les programmes mis en place dans les communautés des Premières Nations afin de lutter contre le VHC pourraient être liés aux soins en milieu carcéral. Des interventions ciblant les facteurs de risque modifiables (p. ex. la consommation de drogues et le tabagisme), l'observance du traitement antirétroviral et l'administration en temps opportun du traitement contre l'hépatite C pourraient limiter considérablement les complications et réduire les taux de décès.

D'autres recherches doivent être menées afin d'évaluer l'ampleur de l'infection par le VHC et les déterminants connexes, obtenir des estimations représentatives de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VHC dans la population des Premières Nations de la Saskatchewan, élaborer des programmes communautaires dirigés par les Premières Nations pour prévenir de nouveaux cas d'infection, approfondir les connaissances sur l'infection par le VHC et mettre en œuvre des méthodes d'une efficacité accrue pour la prise en charge de la toxicomanie chez les patients atteints par le VHC.

Conclusion

De multiples facteurs sont associés aux taux élevés d'infection par le VHC dans les communautés des Premières Nations, notamment l'accès limité à des services de prévention, de diagnostic précoce et de traitement. Ces problèmes d'accès sont surtout liés à l'éloignement, au transport, à l'éducation et à la sensibilisation, ainsi qu'à un système de santé conçu

pour répondre aux besoins en santé des milieux urbains. Les méthodes novatrices instaurées pour offrir de l'information et des services, comme la clinique mobile de l'hépatite C et le modèle communautaire de soins des infections transmissibles sexuellement et par le sang « Connaissez votre statut sérologique », se révèlent d'une valeur inestimable dans les communautés éloignées des Premières Nations. L'extension de ces programmes aux autres communautés des Premières Nations et à la population carcérale, qui regroupe bien souvent un nombre disproportionné de membres des Premières Nations et de personnes infectées par le VHC, pourrait s'avérer des plus précieuses pour lutter contre l'infection par le VHC et aider le Canada à atteindre l'objectif mondial d'élimination du VHC.

Déclaration des auteurs

Le Dr Skinner et le Dr Khan ont collaboré avec le chef Cote, et tout le contenu de cet article est issu des programmes offerts en partenariat direct avec les communautés des Premières Nations.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Financement

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada accorde des fonds pour différents programmes et services destinés aux Premières Nations de la Saskatchewan vivant dans les réserves. En particulier, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits appuie le Dr Skinner et la prestation de ses programmes dans les réserves.

Remerciements

Nous aimerions remercier de leur appui Mustafa Andkhoie, épidémiologiste, et le Dr Tom Wong, médecin hygiéniste en chef à la Direction générale des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

Références

1. McDevitt N, Salamone G. Les années à venir seront critiques pour la lutte contre le virus de l'hépatite C. Montréal (QC); Centre universitaire de santé McGill; July 2016. <https://cusc.ca/our-stories/article/les-ann%C3%A9es-%C3%A0-venir-seront-critiques-pour-lutte-contre-virus-%E2%80%99h%C3%A9patite-c>
2. Cadieux G, Sachdeva H. Toward ending hepatitis C virus infection: what are the next steps? CMAJ 2017 Apr;189(16):E583-4. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.170274>. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5403640/>)
3. Uhanova J, Tate RB, Tataryn DJ, Minuk GY. The epidemiology of hepatitis C in a Canadian Indigenous population. Can J Gastroenterol 2013 Jun;27(6):336-40. <http://dx.doi.org>



- org/10.1155/2013/380963. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684368/)
4. D'Ambrosio R, Della Corte C, Colombo M. Hepatocellular carcinoma in patients with a sustained response to anti-hepatitis C Therapy. *Int J Mol Sci* 2015 Aug;16(8):19698–712. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms160819698>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26295392)
 5. Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology* 2013 Apr;57(4):1333–42. <http://dx.doi.org/10.1002/hep.26141>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23172780)
 6. Organisation mondiale de la Santé. Hépatite C (Principaux faits). OMS: 2014. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
 7. Indigenous Services Canada. First Nations Health Status Reports 2012 - Saskatchewan Region. Ottawa (ON); Health Canada: 2015. http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/sc-hc/H34-293-2015-eng.pdf
 8. Statistique Canada. Projections de la population et des ménages autochtones au Canada, 2011 à 2036. Ottawa (ON); Statistique Canada: 2015. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/150917/dq150917b-fra.htm>
 9. Khan I. View point: First Nations making big gains in HIV/AIDS. *Saskatoon Star Phoenix*; December 6, 2016. <http://thestarphenix.com/opinion/columnists/1206-edit-khan-view>
 10. Khan I. First Nations Forum focuses on "Know Your Status Program" success to combat HIV. *Global News*; February 15, 2017. <https://globalnews.ca/news/3247047/first-nations-forum-focuses-on-know-your-status-program-success-to-combat-hiv/>
 11. Hennink M, Abbas Z, Choudhri Y, Diener T, Lloyd K, Archibald CP, Cule S. Comportments à risque de contracter le VIH et le virus de l'hépatite chez utilisateurs de drogues par injection à Regina (Saskatchewan). *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2007 Mar;33(5):53–9. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17520768)
 12. Grad R, Thombs BD, Tonelli M, Bacchus M, Birtwhistle R, Klarenbach S, Singh H, Dorais V, Holmes NM, Martin WK, Rodin R, Jaramillo Garcia A; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on hepatitis C screening for adults. *CMAJ* 2017 Apr;189(16):E594–604. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.161521>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28438952)
 13. Agence de la santé publique du Canada. Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007. Ottawa (ON); ASPC: 2007. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/surveillance-epidemiology-infections-transmissibles-sexuellement-hep-b-c/modelisation-incidence-prevalence-hepatite-séquelles.html>
 14. Canadian HIV/AIDS legal network. HIV and hepatitis C in prisons: the facts (Position papers 1-13). <http://librarypdf.catie.ca/PDF/P48/HIVandhepatitisCinprisons.pdf>
 15. Klein MB, Rollet-Kurhajec KC, Moodie EE, Yaphe S, Tyndall M, Walmsley S, Gill J, Martel-Laferrriere V, Cooper C; Canadian Co-infection Cohort Investigators. Mortality in HIV-hepatitis C co-infected patients in Canada compared to the general Canadian population (2003-2013). *AIDS* 2014 Aug;28(13):1957–65. <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000000377>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25259703)
 16. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto (ON); York University School of Health Policy and Management: 2010. http://thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf
 17. Cooper CL, Giordano C, Mackie D, Mills EJ. Equitable access to HCV care in HIV-HCV co-infection can be achieved despite barriers to health care provision. *Ther Clin Risk Manag* 2010 Apr;6:207–12. <http://dx.doi.org/10.2147/TCRM.S9951>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861442/)
 18. Agence de santé publique du Canada. Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada : résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH). Ottawa (ON); ASPC: 2009. http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/aspc-phac/HP40-41-2009-fra.pdf
 19. Wylie JL, Shah L, Jolly AM. Demographic, risk behaviour and personal network variables associated with prevalent hepatitis C, hepatitis B, and HIV infection in injection drug users in Winnipeg, Canada. *BMC Public Health* 2006 Sep;6:229. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-6-229>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1586015/)
 20. Buxton JA, Yu A, Kim PH, Spinelli JJ, Kuo M, Alvarez M, Gilbert M, Krajden M. HCV co-infection in HIV positive population in British Columbia, Canada. *BMC Public Health* 2010 Apr;10:225. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-225>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20429917/)
 21. Khan I, Ndubuka N, Stewart K, McKinney V, Mendez I. Utilisation de la technologie pour améliorer les soins de santé dans les collectivités des Premières nations de la Saskatchewan. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2017 Juin;43(6):134–9. <http://dx.doi.org/10.14745/ccdr.v43i06a01>. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764719/)
 22. McAdam B. A second chance at life: organ donation in Sask. Mar 31, 2015. *paNOW, Prince Albert (SK)*. <http://panow.com/article/507610/second-chance-life-organ-donation-sask>
 23. Canadian Blood Services. Organ donation and transplantation in Canada. System Progress Report 2006-2015. Ottawa (ON); CBS: 2016. https://blood.ca/sites/default/files/ODT_Report.pdf
 24. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections Agence de santé publique du Canada. L'hépatite C au Canada : rapport de surveillance de 2005-2010. Ottawa (ON); ASPC: 2011. http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-70-2012-fra.pdf
 25. Trubnikov M, Yan P, Archibald C. Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2014 Déc;40(19):429–36. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29769874/)
 26. Ibrahim K, Skinner S. Know your HIV status: outcome of multidisciplinary HIV testing and care project in Saskatchewan's First Nations Community. *Proceedings 21st Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research – CAHR 2012 (Montreal QC)*. <https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2012/09/CAHR-PROG-2012-EFO-5.pdf>
 27. Galabuzi G. The Social Determinants of Health: Canadian Perspectives. 3rd edition. Ed. Dennis Raphael. Toronto (ON); Canadian Scholars' Press; 2004. Chapter 17, Social Exclusion; p. 388-623.
 28. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto (ON); York University School of Health Policy and Management: 2010. <http://thecanadianfacts.org/>
 29. Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG, Li K, Sherlock CH, Rekart ML, Strathdee SA, Currie SL, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ* 2001 Oct;165(7):889–95. PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81496/)
 30. Testing clinic in Kamsack aimed to help reduce area's high rate of HIV infection. *Kamsack Times*; Sept 4, 2017. www.kamsacktimes.com/news/testing-clinic-in-kamsack-aimed-to-help-reduce-area-s-high-rate-of-hiv-infection-1.22345436



31. ONUSIDA. 2015 - Rapport d'avancement sur le Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan
32. New outreach centre opened in Kamsack aims to combat mental illness, HIV and addictions. Kamsack Times; October 17 2016. www.kamsacktimes.com/news/local-news/new-outreach-centre-opened-in-kamsack-aims-to-combat-mental-illness-hiv-and-addictions-1.2366703
33. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021. OMS; 2016. <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/fr/>
34. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008 Nov;372(9650):1661-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6). PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18994664>)
35. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. J Infect Dis 2011 Jul;204(1):74-83. <http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jir196>. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21628661>)
36. Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, Godfrey C, John C, Corrin B, Tibbs C, Oyefeso A, de Ruiter M, Ghodse H. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. Harm Reduct J 2008 Jul;5:25. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-5-25>. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18671853>)
37. Razali K, Thein HH, Bell J, Cooper-Stanbury M, Dolan K, Dore G, George J, Kaldor J, Karvelas M, Li J, Maher L, McGregor S, Hellard M, Poeder F, Quaine J, Stewart K, Tyrrell H, Weltman M, Westcott O, Wodak A, Law M. Modelling the hepatitis C virus epidemic in Australia. Drug Alcohol Depend 2007 Dec;91(2-3):228-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.026>. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17669601>)
38. van den Berg CH, Smit C, Bakker M, Geskus RB, Berkhout B, Jurriaans S, Coutinho RA, Wolthers KC, Prins M. Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. Eur J Epidemiol 2007;22(3):183-93. <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-006-9089-7>. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17334821>)
39. Hagan H, Thiede H, Des Jarlais DC. Hepatitis C virus infection among injection drug users: survival analysis of time to seroconversion. Epidemiology 2004 Sep;15(5):543-9. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ede.0000135170.54913.9d>. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15308953>)
40. Nancy Macdonald. Canada's prisons are the 'new residential schools' - A months-long investigation reveals that at every step, Canada's justice system is set against Indigenous people. Macleans 2016;18 (February). www.macleans.ca/news/canada/canadas-prisons-are-the-new-residential-schools/
41. Mamneet M. Growing Crises of HIV/AIDS, Hepatitis C, and Chronic Mental Illnesses Among Prison Populations in Canada: Implications for Policy Prescriptions With a Special Focus on Aboriginal Inmates. Manitoba Policy Perspectives. 2014; 1(1):82-102. https://umanitoba.ca/centres/mipr/media/6._HIVAIDS_Manghera.pdf

Recevez le **RMTC** dans votre boîte courriel

- Connaître les tendances
- Recevoir les directives en matière de dépistage
- Être à l'affût des nouveaux vaccins
- Apprendre sur les infections émergentes
- Recevoir la table des matières directement dans votre boîte courriel

ABONNEZ-VOUS AUJOURD'HUI

Recherche web : RMTC+abonnez-vous

