RÉSUMÉ EN LANGAGE SIMPLE

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG CHEZ LES PEUPLES DES PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS : *résumé des taux et des tendances*

Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) sont une préoccupation importante en santé publique au Canada. Certaines infections sont principalement transmises lors de l'échange de fluides pendant les rapports sexuels et sont, de ce fait, désignées sous le nom d'infections transmissibles sexuellement, ou ITS. Les ITSS peuvent toutefois être transmises par d'autres moyens, y compris lors de contacts avec des organes génitaux de « peau à peau », par le sang ou par d'autres fluides corporels. Les ITSS les plus répandues sont la chlamydia (notamment la lymphogranulomatose vénérienne, ou LGV), la gonorrhée et la syphilis, toutes les trois des ITS, de même que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections aux virus de l'hépatite B (VHB) ou C (VHC). Le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont établi que ces infections doivent faire l'objet d'une surveillance et d'un contrôle prioritaires, ce qui en fait des ITSS à déclaration obligatoire au pays. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recueille régulièrement des données sur la surveillance de ces infections afin d'inspirer des stratégies de santé publique et de surveiller la progression du Canada vers l'atteinte des cibles globales d'élimination des ITSS. Parmi les autres ITSS, on compte l'hépatite A (VHA), le virus du papillome humain (VPH) et les virus de l'herpès simplex (VHS-1 et VHS-2) [1], qui ne sont pas à déclaration obligatoire au Canada.

Les populations autochtones [2] font face à des taux disproportionnés d'ITSS en raison de facteurs structurels et systémiques complexes qui font obstacle à la prestation de soins et de soutien adéquats. Ces facteurs sont principalement attribuables au colonialisme et à ses effets persistants à travers les générations. Malgré cela, les personnes s'identifiant comme Autochtones sont souvent exclues ou dénombrées avec incohérence lors de la collecte de données de surveillance des infections à déclaration obligatoire par les gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui entraîne un manque de données sur la prévalence des ITSS dans leur cas. Il devient donc alors difficile de concevoir des programmes et des stratégies efficaces de prévention des ITSS dans les communautés autochtones.

[1] Le VHA est à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, mais ce n'est pas le cas pour le VPH et le virus de l'herpès simplex.

[2] Dans le présent document, le terme « Autochtones » est utilisé globalement pour désigner les membres des Premières Nations (inscrits ou non), les Métis et les Inuits. Dans la mesure du possible, les termes Premières Nations, Métis et/ou Inuit sont utilisés pour désigner nommément une population particulière.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
National Collaborating Centre for Indigenous Health

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses
National Collaborating Centre for Infectious Diseases

Ce résumé en langage simple livre un survol des taux et tendances liés aux ITSS à déclaration obligatoire au pays au sein des peuples des Premières Nations, inuits et métis. Ce résumé est l'un des nombreux documents de transfert des connaissances produit conjointement par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) sur la prévalence des ITSS et l'accessibilité, la disponibilité et la prestation de services liés à ces infections pour les populations autochtones au Canada. L'information qui y est présentée provient du rapport de synthèse intitulé *Infections transmissibles sexuellement ou par le sang chez les populations autochtones*, dans lequel on trouve une revue de la littérature sur les ITSS chez les peuples de Premières Nations, inuits et métis ainsi que des moyens d'en réduire la transmission dans les communautés autochtones. On peut avoir accès à ces documents et à de l'information supplémentaire dans les sites Web du CCNSA et du CCNMI.

Chlamydia

Il y a peu de données de surveillance nationale sur la prévalence de la chlamydia chez les populations autochtones du Canada. Le dernier rapport de l'ASPC, en 2013, précisait que le taux de chlamydia était presque sept fois plus élevé chez les adultes autochtones que chez leurs vis-à-vis non autochtones. Les données de surveillance régionale montrent aussi des taux élevés de chlamydia chez les membres des Premières Nations et les Inuits. On constate par exemple des taux élevés de chlamydia chez les membres des Premières Nations de la Saskatchewan et de l'Alberta. En 2007, 2012 et 2016, les taux signalés de chlamydia chez les membres des Premières Nations de la Saskatchewan étaient respectivement 7,2, 6,8, et 5,2 fois plus élevés que les taux correspondants pour tout le Canada. En Alberta, la chlamydia était l'ITS la plus signalée au sein des populations de Premières Nations de 2007 à 2011, avec des taux en augmentation de 50 % au cours de cette période.

Bien que des données récentes propres aux Inuits ne soient pas disponibles, les données probantes des régions principalement inuites révèlent des taux tout aussi élevés d'infection à la chlamydia. De 2010 à 2015, les taux de chlamydia confirmés en laboratoire au Nunavut étaient de 3 791,2 cas par 100 000 personnes comparativement à la moyenne nationale de 325 cas par 100 000 habitants. De même, le taux d'incidence des infections à la chlamydia dans la région du Nunavik, au Québec, s'est accru de plus de 44 % pour la période de 2013 à 2017 et était 18 fois plus élevé que dans le reste du Québec en 2017. En revanche, les taux de chlamydia chez les populations des Premières Nations des provinces atlantiques pour la période de 2011 à 2015 étaient plus proches de ceux de la population en général. Aucune donnée sur les Métis n'est disponible.

[3] Bien que le VHA peut être transmis d'une personne à une autre lors d'une activité sexuelle, il a été exclu du présent exposé, car il se transmet principalement par l'ingestion d'aliments ou d'eau potable contaminés.

© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 499278830

Gonorrhée

Les données sur la prévalence de la gonorrhée chez les Autochtones sont également limitées. Il ne semble en effet y avoir aucune donnée nationale pour ces populations; des données régionales montrent toutefois des taux élevés de gonorrhée chez les membres des Premières Nations en Saskatchewan, avec des taux ayant augmenté pour passer de 540,3 par 100 000 personnes en 2007 à 638,7 par 100 000 personnes en 2012, le tout suivi d'une baisse à 445,7 par 100 000 personnes en 2016. Ces taux étaient respectivement 15, 17 et 6,8 fois plus élevés que les taux provinciaux correspondants. Les taux de gonorrhée semblent également plus élevés dans les régions à prédominance inuite. En 2018, le taux déclaré de gonorrhée était de 1 911,1 par 100 000 personnes au Nunavut, comparativement à 95,8 pour l'ensemble du Canada. De même, en 2017, le taux d'incidence de la gonorrhée était 28 fois plus élevé dans la région inuite du Nunavik que pour l'ensemble du Québec. Aucune donnée sur les Métis n'est disponible.

Syphilis

Des études antérieures ont démontré que les peuples autochtones pourraient être touchés par la syphilis de manière disproportionnée en raison des facteurs de risque tels que le travail du sexe et l'usage de drogues illicites. Néanmoins, les taux de syphilis ont varié grandement au sein des populations autochtones à travers le Canada. Chez les Premières Nations de la Saskatchewan, ce taux a augmenté pour passer d'un creux de 0,0 par 100 000 personnes en 2007 à 7,2 en 2012, puis a diminué légèrement pour se chiffrer à 6,7 par 100 000 personnes en 2016. Ces taux étaient plus bas que les taux correspondants dans la population canadienne en général pour la même période. En Alberta, 50 % des cas de syphilis infectieuse signalés en 2018-2019 touchaient des personnes s'identifiant comme Autochtones. En Colombie-Britannique, la proportion de cas de syphilis infectieuse chez les personnes s'identifiant comme Autochtones a diminué chaque année, passant de 8,8 % en 2008 à 2,3 % en 2017. Les taux nationaux de syphilis ont toutefois augmenté de façon générale au Canada et de nouveaux éléments probants provenant de la Saskatchewan font état d'une augmentation de 900 % du nombre de cas de syphilis signalés depuis 2019, ce qui semble indiquer que les taux augmentent aussi à une vitesse alarmante chez certaines Premières Nations.

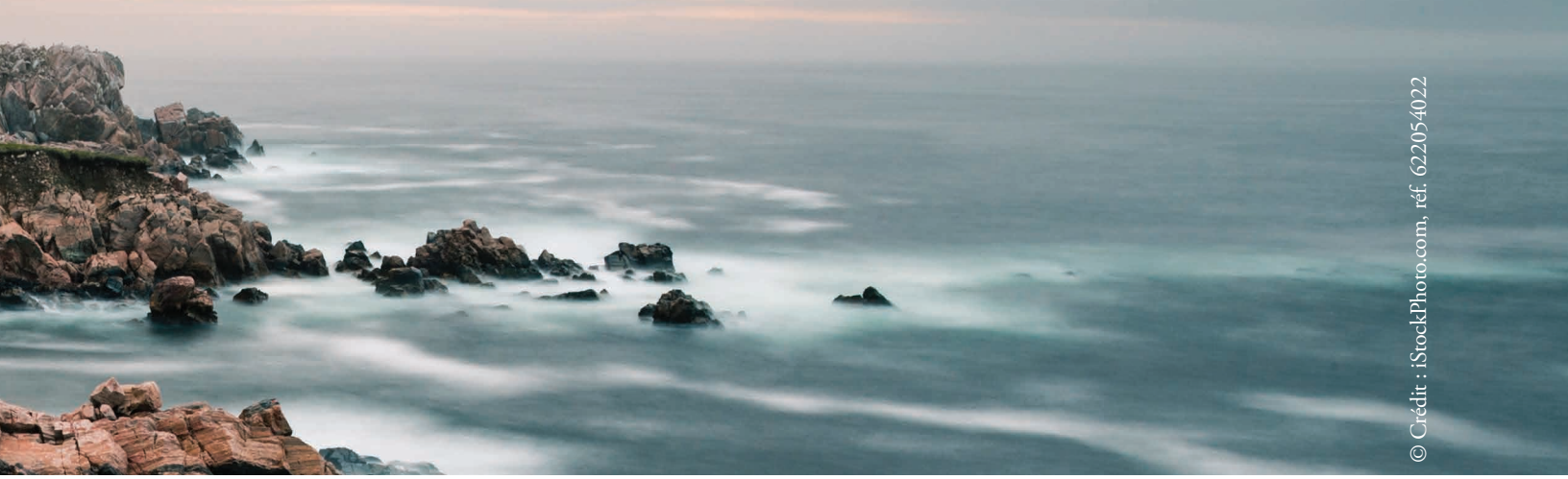
Les taux de syphilis infectieuse sont élevés dans les régions du nord du pays. En 2017, le Nunavut affichait le taux le plus élevé au Canada, avec 234 cas par 100 000 personnes, comparativement à seulement 11,2 pour le Canada. Des taux tout aussi élevés de syphilis infectieuse ont aussi été constatés au Nunavik. Aucune donnée sur les Métis n'est disponible.

VIH/sida

Diverses publications font état des taux et des tendances en matière de VIH chez les populations autochtones; l'information sur la prévalence du syndrome d'immunodéficience acquise (sida)[4] chez les Autochtones est toutefois limitée, en raison principalement de la tendance à déclarer les cas de VIH et de sida globalement[5]. La littérature révèle que les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont touchés par le VIH de manière disproportionnée. En 2020, les Autochtones étaient touchés par 18,2 % de toutes les nouvelles infections par le VIH au Canada, soit une augmentation de 3,5 % depuis 2018, alors que le taux d'incidence du VIH était presque quatre fois plus élevé qu'au sein de la population en général. Les données régionales montrent également des taux élevés de VIH chez les populations autochtones. En 2018, par exemple, 50 % des nouveaux cas de VIH signalés au Manitoba touchaient des personnes

[4] Le sida est le stade avancé de l'infection par le VIH et peut survenir lorsque le VIH n'est pas traité. À ce stade, la réponse immunitaire de l'organisme est si faible que l'espérance de vie sans médicaments n'est que d'un à trois ans.

[5] Les rapports collectifs sur le VIH et le sida peuvent être attribuables au fait que le VIH est désormais traité adéquatement, et donc que peu de personnes infectées développent le sida.



s'identifiant comme autochtones. Ce taux représente une augmentation considérable des nouveaux diagnostics de VIH signalés chez les Autochtones déclarés dans la province depuis 2006. Les Premières Nations en Alberta et en Saskatchewan affichaient aussi un nombre disproportionné de nouveaux diagnostics de VIH. En revanche, aucun nouveau cas de VIH n'a été signalé au Nunavut de 2007 à 2014. Aucune donnée sur les Métis n'est disponible.

En 2014, l'ONUSIDA, un programme conjoint des Nations Unies pour le VIH/sida, a élaboré un cadre pour l'élimination du sida à l'échelle mondiale, avec des cibles de 90-90-90[6]. En 2023, ces cibles ont été révisées et établies à 95-95-95. Le Canada a toujours rendu compte de ses progrès vers l'atteinte de ces cibles et est sur le point d'atteindre les cibles de 90-90-90; il reste toutefois du travail à faire pour atteindre les cibles de 95-95-95. Les données sur la progression du Canada vers ces objectifs pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont peu nombreuses. Des données régionales montrent que les cibles ont été plus difficiles à atteindre pour les populations de Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta, mais plus faciles pour les Autochtones des établissements correctionnels fédéraux, ce qui pourrait indiquer qu'il est plus facile d'atteindre les cibles dans un milieu institutionnel où la nourriture, le logement et, éventuellement, les services liés aux ITSS et les programmes de réduction des méfaits sont peut-être plus accessibles.

La difficulté à atteindre les cibles de l'ONUSIDA chez les populations autochtones pourrait être attribuable aux obstacles qui empêchent les Autochtones d'avoir accès à des soins ou qui nuisent à leur volonté et à leur capacité d'observer un traitement. On pense notamment à l'utilisation de drogues injectables, considérée comme la principale voie d'exposition au VIH chez les Autochtones, de même qu'aux services et traitements qui n'offrent pas la sécurité culturelle nécessaire. Des études récentes montrent que les Autochtones pourraient courir un risque plus élevé de ne jamais atteindre la charge virale indétectable et de subir un rebond viral[7], ce qui vient confirmer cette constatation dans une certaine mesure[8]. Bien qu'il n'y ait pas de données récentes disponibles sur la prévalence du sida chez les populations autochtones, les difficultés du Canada à atteindre ses cibles globales tendent à confirmer que les Autochtones seront surreprésentés dans l'ensemble des cas de sida.

---

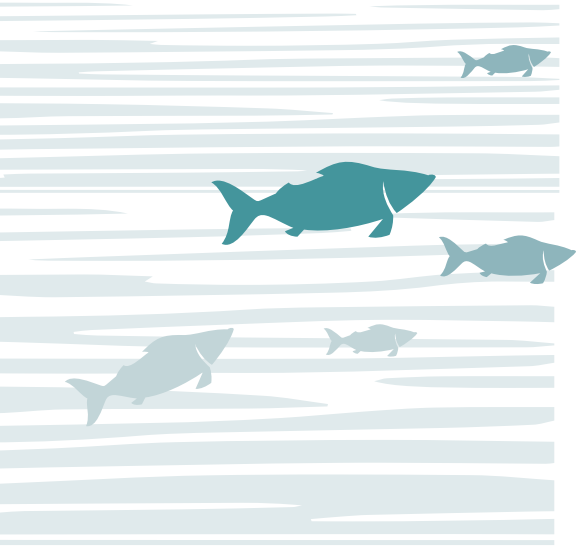
[6] Ces cibles désignent la proportion de la population qui connaît sa séropositivité, la proportion de personnes diagnostiquées recevant un traitement aux antirétroviraux et celle des personnes en traitement ayant atteint la suppression virale à la date cible. En 2014, ces cibles étaient de 90-90-90, à atteindre en 2020; la récente cible de 95-95-95 devrait être atteinte d'ici 2030.

[7] Lorsque les médicaments sont pris tels que prescrits, la présence du virus dans l'organisme peut être réduite à des niveaux jugés indétectables (charge virale indétectable). À ce niveau, le VIH n'est plus hautement infectieux et ne peut être transmis à d'autres personnes. Toutefois, si le traitement est interrompu, la présence du virus (charge virale) augmente, et son infectiosité aussi.

[8] Voir par exemple Hosein (2017). Exploring viral suppression rates among some Indigenous people who started ART. *CATIE News*, 12 janvier; Kerkerian et coll. (2018). Attrition across the HIV cascade of care among a diverse cohort of women living with HIV in Canada. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 79(2), 226-236; et Palmer et coll. (2018). Viral suppression and viral rebound among young adults living with HIV in Canada. *Medicine*, 97(22), e10562.

Virus de l'hépatite B (VHB)

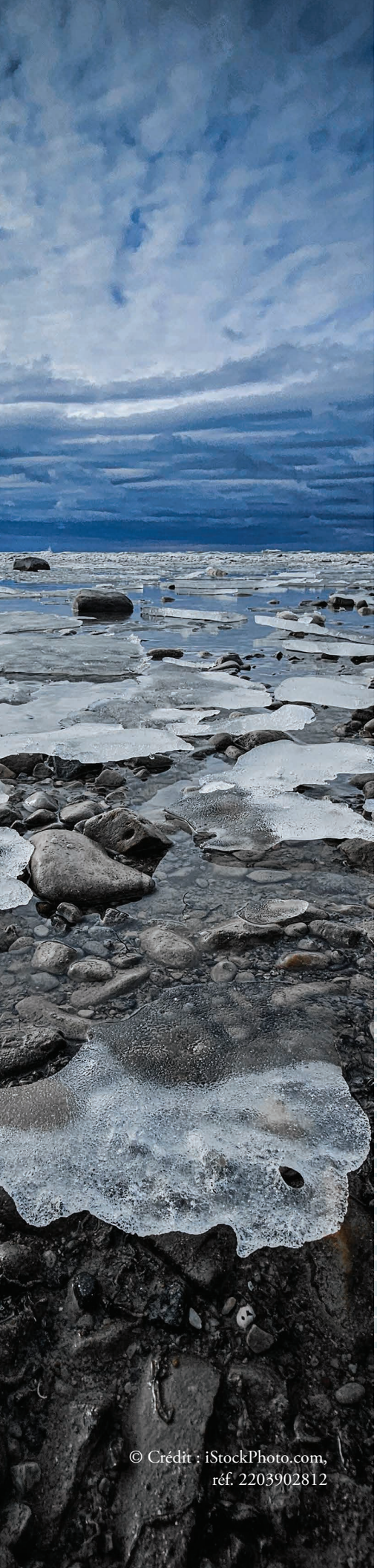
Les données sur la prévalence du VHB dans les communautés autochtones sont grandement limitées; on ne trouve en effet aucune nouvelle donnée pour les populations métisses ou de Premières Nations datant des dix dernières années. En 2019, le taux de VHB chronique au Nunavut était de 10,4 cas par 100 000 personnes, ce qui est moins que le taux national de 13,1 cas. Avant le lancement du programme de vaccination des enfants, le VHB était considéré comme endémique au Nunavut; l'exposition à ce virus a toutefois diminué de façon spectaculaire chez les enfants nés après le déploiement du programme de vaccination. Les populations autochtones courent un plus grand risque de co-infection au VIH et au VHB, car ces virus sont contractés de la même façon.



Virus de l'hépatite C (VHC)

Les taux de VHC ont grandement fluctué chez les populations autochtones et ont toujours été de 2 à 6 fois plus élevés que la moyenne nationale. En 2016, le taux de VHC nouvellement diagnostiqué était trois fois plus élevé chez les populations des Premières Nations vivant dans des réserves comparativement à la population générale au Canada. La prévalence du VHC a été particulièrement élevée chez les hommes et les femmes autochtones en détention. Les données régionales, bien que limitées, donnent à penser que le nombre de cas de VHC pourrait être disproportionné chez les Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan par rapport à celui des provinces atlantiques ainsi que de Premières Nations de l'Ontario vivant hors des réserves par rapport à celles vivant sur des réserves. Les données régionales montrent aussi des taux plus bas de VHC dans les Premières Nations des communautés du Nord comparativement aux communautés du Sud, et chez les Inuits vivant au Nunavut. En 2019, le Nunavut comptait le plus faible taux de VHC au pays.

L'utilisation de drogues injectables est la voie d'exposition la plus fréquente au VHC pour les Autochtones, surtout les jeunes. Puisque ce virus partage certains modes de transmission avec le VIH, une co-infection est possible, ce qui vient appuyer la nécessité d'interventions en prévention et d'un dépistage communs.

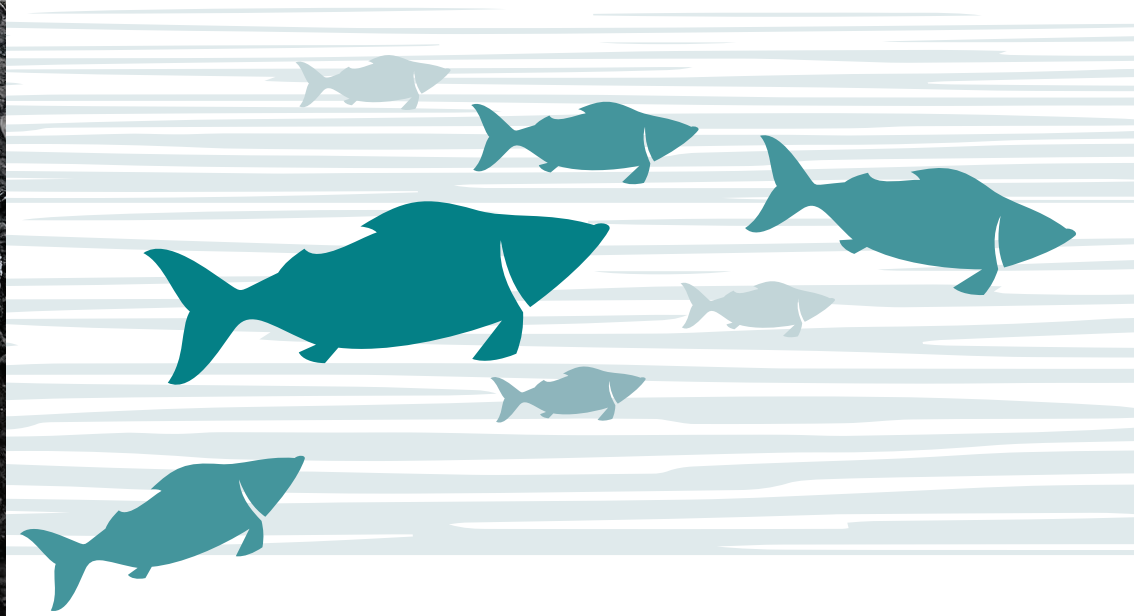


© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 2203902812

Conclusion

Les statistiques contenues dans ce résumé livrent un aperçu des taux d'ITSS et des tendances en la matière chez les populations autochtones à travers le Canada. Cet aperçu révèle des taux particulièrement élevés d'ITSS au sein de certaines populations inuites et de Premières Nations. Les taux des ITSS principalement transmises lors d'activités sexuelles – comme la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia – semblent être en hausse. Puisque ces ITSS peuvent être transmises d'une mère à son bébé lors de l'accouchement, une augmentation des ITSS chez les femmes autochtones peut aussi entraîner une augmentation des infections chez les nourrissons et des conséquences graves pour leur santé à plus long terme.

La faible quantité de données nationales sur les ITSS chez les peuples autochtones est problématique. Des données obsolètes risquent de nuire à la mise en œuvre de solutions efficaces qui permettraient d'améliorer les résultats de santé liés aux ITSS pour ces populations. Il faut remédier à cette lacune dans la surveillance des ITSS en appliquant uniformément des critères permettant d'identifier les Autochtones lors de la collecte de données sur les ITSS par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Il importe toutefois de noter que les statistiques à elles seules ne suffisent pas à rendre compte des contextes structurels et systémiques plus larges auxquels les populations autochtones sont confrontées. Pour comprendre pleinement les taux et tendances en matière d'ITSS et favoriser le déploiement de solutions efficaces chez ces populations, il est essentiel de mieux saisir les facteurs qui se recoupent et influencent la santé et le bien-être des populations autochtones.



RESSOURCES DU CCNSA ET DU CCNMI CONCERNANT LES ITSS

Documents explorant les effets de la pandémie de COVID-19 sur l'accès des Autochtones aux services de santé liés aux ITSS et aux autres services

Ensemble, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI), avec le soutien de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ont préparé une série de dix produits de connaissance visant à mieux comprendre comment la pandémie de COVID-19 a affecté l'accessibilité, la disponibilité et la prestation de services de santé liés aux infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), notamment aux services de réduction des méfaits chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis durant la pandémie.

ccnsa.ca/543/Nouvelles_du_CCNSA.nccih?id=531

LA COVID-19 ET L'ACCÈS DES AUTOCHTONES AUX SERVICES DE SANTÉ LIÉS AUX ITSS : **ÉTUDE QUALITATIVE**

Rapport sommaire sur l'étude qualitative et infographie avec recommandations.

LA COVID-19 ET L'ACCÈS DES AUTOCHTONES AUX SERVICES DE SANTÉ LIÉS AUX ITSS : **RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE**

Rapport sommaire et infographie résumant l'enquête nationale.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES : **DOCUMENT DE CONTEXT**

Trois résumés en langage simple couvrant les taux et les tendances, la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
National Collaborating Centre for Indigenous Health

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses
National Collaborating Centre for Infectious Diseases

© 2024 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.
Photographie de bannière de la fiche d'information : iStockPhoto.com, réf. 1409771532.