

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES : *document de context*



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

MALADIES INFECTIEUSES ET CHRONIQUES



© 2024 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI). 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.

Remerciements

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents axés sur la recherche, qui font intervenir des analyses de la documentation ou une synthèse des connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes en matière de connaissances. Nous tenons à remercier nos réviseurs, qui ont généreusement donné leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *Sexually transmitted and blood-borne infections in Indigenous populations: Background paper*.

Référence bibliographique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2024). *Infections transmissibles sexuellement ou par le sang chez les populations autochtones : document de context*.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (C-B)
V2N 4Z9 Canada

Téléphone : (250) 960-5250
Télécopieur : (250) 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (format imprimé):
978-1-77368-486-4
ISBN (format en ligne):
978-1-77368-487-1

TABLE DES MATIÈRES



Download publications at
nccih.ca/34/Publication-Search.nccih



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche-publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

GLOSSAIRE	5
-----------	---

INTRODUCTION	8
--------------	---

Contexte	8
----------	---

Stratégie de recherche	9
------------------------	---

COMPRENDRE LES ITSS	11
---------------------	----

ITSS – Transmission, résultats de santé et traitement	11
---	----

ITSS à déclaration obligatoire	12
--------------------------------	----

Infections transmissibles sexuellement (ITS)	12
--	----

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	12
---	----

Hépatites virales	14
-------------------	----

ITSS à déclaration non obligatoire	16
------------------------------------	----

Virus du papillome humain (VPH)	16
------------------------------------	----

Virus de l'herpès simplex (VHS)	16
---------------------------------	----

Historique des réponses de la santé publique aux ITSS au Canada	17
--	----

Surveillance des ITSS au Canada	18
---------------------------------	----

LES ITSS CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES	20
---	----

Facteurs influençant la prévention, la transmission et le traitement des ITSS chez les populations autochtones	20
---	----

Héritage du colonialisme	21
--------------------------	----

Facteurs socioéconomiques	22
---------------------------	----

Violence entre partenaires intimes	24
------------------------------------	----

Abus de pouvoir	24
-----------------	----

Maltraitance des enfants	26
--------------------------	----

Enjeux de santé mentale et dépendances	26
--	----

Stigmatisation	28
----------------	----

Accès aux services de santé	29
-----------------------------	----

TABLE DES MATIÈRES CONT.

Taux généraux et tendances des ITSS chez les populations autochtones -----	33
ITSS à déclaration obligatoire -----	33
ITSS à déclaration non obligatoire -----	43
Constatations au niveau des sous-groupes de la population -----	45
Jeunes autochtones -----	45
Femmes autochtones -----	46
Génération plus âgées -----	47
Personnes faisant usage de drogues par injection -----	48
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes -----	49
Communautés du Nord -----	49
PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET PRÉVENTION DES ITSS DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES --	51
Prendre en charge les déterminants sociaux de la santé ---	52
Améliorer l'accès à des programmes et à des services culturellement sûrs et appropriés en santé sexuelle ----	54
Concevoir une éducation culturellement appropriée en santé sexuelle -----	57
Pratiques prometteuses pour la prévention, le dépistage et les soins des ITSS, et pour la recherche ----	60
Prévention des ITSS -----	60
Dépistage et soins -----	63
Recherche sur les ITSS -----	65
CONCLUSION -----	67
BIBLIOGRAPHIE -----	68



GLOSSAIRE



Antiviraux à action directe

Les antiviraux à action directe (AAD) sont des médicaments ciblant des étapes précises du cycle de vie du virus de l'hépatite C (VHC). Il s'agit de molécules ciblant des protéines non structurales précises du virus de l'hépatite C et perturbant la réplication du virus (Pockros, 2023).

ARN-polymérase

La polymérase est l'une des nombreuses enzymes pouvant être utilisées pour catalyser la synthèse des molécules d'ARN à partir d'une matrice d'ADN lors d'un processus appelé transcription (Integrated DNA Technologies, 2023). La transcription permet à la séquence d'ADN d'un gène d'être reproduit pour former une molécule d'ARN.

ARN positif

Les virus à ARN à un seul brin sont classés selon qu'ils sont positifs ou négatifs, en fonction de la polarité de leur ARN. L'ARN négatif doit être transformé en ARN positif par l'ARN-polymérase avant de devenir infectieux (European Virus Archive – Global, 2020).

Bispirituel(le)

Le terme « bispirituel » (ou bispirituelle) est un mot autochtone utilisé pour désigner le fait d'avoir simultanément un esprit masculin et féminin; il englobe un large éventail d'identités sexuelles et de genre, notamment les identités LGBTQ+ (Hunt, 2016). Avant la colonisation, le point de vue des Autochtones à l'égard de la sexualité n'était pas hétéronormatif, mais se distinguait par une plus grande acceptation de pratiques et d'identités sexuelles variées. Historiquement, les personnes bispirituelles étaient généralement respectées et assumaient des responsabilités essentielles au bien-être collectif de leur nation.

Charge virale

La charge virale désigne la quantité de VIH dans l'organisme (CDC, 2023c).

Charge virale indétectable

La charge virale désigne le nombre de copies du VIH présentes dans un millilitre d'un échantillon sanguin. Une charge virale indétectable signifie qu'il y a si peu de copies du VIH dans un échantillon sanguin que les tests réalisés à ce moment sont incapables de le détecter (Land, 2023). Bien que cela ne veut pas dire que vous n'êtes plus séropositif, une charge virale indétectable signifie que vous ne pouvez plus transmettre le VIH lors de rapports sexuels et que le virus est moins apte à s'attaquer à votre système immunitaire. Une charge virale indétectable permet aux personnes de vivre en meilleure santé, plus longtemps. La charge virale indétectable est souvent exprimée à l'aide des lettres U = U (soit undetectable = untransmittable, en anglais).

Dépistage sérologique

Le dépistage sérologique est une procédure réalisée en laboratoire impliquant une analyse sanguine visant à détecter la présence d'anticorps spécifiques, soit des protéines que génère le système immunitaire pour lutter contre les substances étrangères telles que les virus et les bactéries (Medline Plus, n.d.).

Lymphadénopathie sensible

La lymphadénopathie sensible désigne une enflure des ganglions lymphatiques. Cette enflure survient le plus souvent à la suite d'une infection provoquée par une bactérie ou des virus, et est parfois un indice de la présence de maladies graves telles que les lymphomes ou la leucémie (Karpf, 1990).

Prophylaxie préexposition

La prophylaxie préexposition (PPrE) désigne le recours à des médicaments pour réduire les risques de contracter le VIH lors de rapports sexuels ou d'une injection (CDC, 2023d). Santé Canada a approuvé l'utilisation de deux médicaments pour la PPrE : Truvada^{MD} (un comprimé pour les personnes à risques lors des rapports sexuels ou de l'utilisation de drogues par injection) et Descovy (un comprimé pour les personnes à risques lors des rapports sexuels, sauf les personnes de sexe féminin attribué à la naissance qui courent un risque de contracter le VIH lors de rapports sexuels vaginaux réceptifs) (Community AIDS Treatment Information Exchange [CATIE], n.d.-a). Apretude, une suspension injectable offerte aux personnes à risques lors de rapports sexuels et dont le poids est d'au moins 77 lb/34 kg), constitue une troisième option, mais n'a toutefois pas encore été approuvé par Santé Canada (CATIE, n.d.-b). Ces médicaments sont généralement sans danger et n'engendrent que des effets secondaires mineurs.

Séroprévalence

La séroprévalence désigne le nombre de personnes qui, au sein d'une population, sont positives à la suite d'un test de dépistage d'une maladie précise. La séroprévalence est déterminée en fonction de la quantité d'anticorps présente dans leur échantillon sanguin, laquelle est établie à la suite d'un dépistage sérologique (Teslow, 2020).

Suppression virale

La suppression virale survient lorsqu'une personne compte moins de 200 copies du VIH par millilitre de sang, une mesure qui constitue la référence pour l'atteinte d'une charge virale indétectable (CDC, 2023c).



Syphilis maternelle

La syphilis maternelle survient lorsque la mère d'un enfant à naître lui transmet la maladie durant sa grossesse (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023a).

Thérapie antirétrovirale

La thérapie antirétrovirale, aussi connue sous l'acronyme TAR, est un régime thérapeutique à base de médicaments pouvant arrêter la réplication du VIH et réduire les probabilités que le virus développe une pharmacorésistance (Pan American Health Organization, 2020). L'objectif de la TAR consiste à réduire la présence du VIH jusqu'à des niveaux indétectables. La TAR a joué un rôle clé dans la réduction de la mortalité et des taux de morbidité chez les personnes infectées par le VIH, l'amélioration de leur qualité de vie et la prévention de la transmission du VIH.

Transmission verticale

La transmission verticale désigne la transmission d'un virus entre une mère infectée et son enfant à naître se trouvant encore dans son utérus (Ward & Holtzman, 2018).

Traumatisme historique

Lorsqu'un traumatisme est vécu collectivement par une population précise partageant un passé commun d'oppression et de victimisation ou un traumatisme collectif massif au fil du temps et qui s'étend sur plusieurs générations, on parle souvent dans ce cas de « traumatisme historique » (Mohatt et al., 2014).

Traumatisme intergénérationnel

Lorsque des personnes vivent des événements traumatisants à répétition, leurs réactions négatives sur les plans émotionnel et comportemental à l'égard de cet événement peuvent avoir des répercussions sur le développement de leurs enfants et entraîner chez eux les mêmes comportements et les mêmes émotions néfastes. Le traumatisme peut ainsi être transmis de génération en génération; on parle alors de « traumatisme intergénérationnel » (American Psychological Association, 2023).





INTRODUCTION

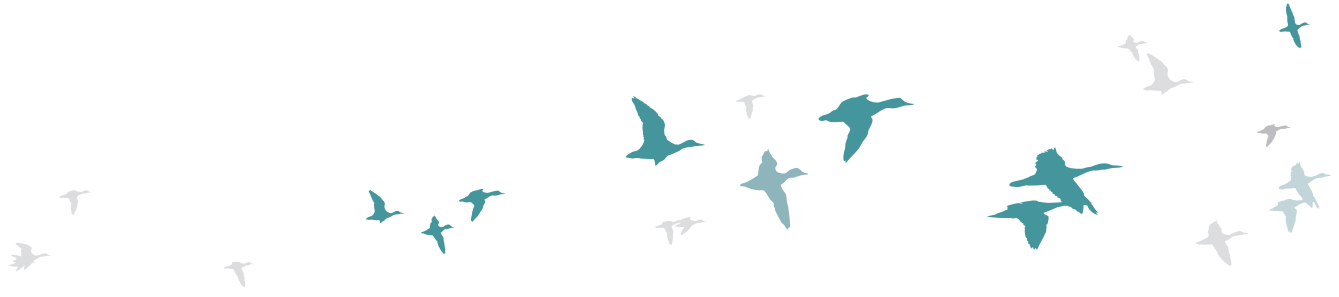
Contexte

Les populations autochtones¹ au Canada sont confrontées à des facteurs structurels et systémiques augmentant leurs risques de contracter certaines infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS). Ces facteurs engendrent des obstacles quand vient le temps de recevoir des soins et un soutien adéquats. Il est essentiel de comprendre ce que vivent ces populations avec les ITSS afin de favoriser de meilleures initiatives en santé publique et de réduire la transmission des ITSS au sein de leurs communautés.

À l'automne 2020, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a demandé au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et au Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) d'évaluer les répercussions de la pandémie de COVID 19 sur la capacité des jeunes et des adultes des Premières Nations, inuits et métis à accéder à de l'aide et à des soins pour les ITSS. Le présent document vise à compléter cette recherche en livrant une vue d'ensemble de la littérature sur ce sujet et à favoriser une meilleure compréhension des grands facteurs influençant la transmission, la prévention et le traitement des ITSS chez les Autochtones, de ce à quoi sont confrontées ces populations en matière d'ITSS et des stratégies pour remédier aux taux disproportionnés d'ITSS dans leurs communautés. Les autres produits de connaissance issus du projet évaluant les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les services et les soins des ITSS pour les jeunes et les adultes des Premières Nations, métis et inuits se trouvent dans les sites Web du CCNSA et du CCNMI.

Il est essentiel de comprendre ce que vivent ces populations avec les ITSS afin de favoriser de meilleures initiatives en santé publique et de réduire la transmission des ITSS au sein de leurs communautés.

¹ Dans le présent rapport, 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.



Nous proposons d'abord une introduction présentant les objectifs et les finalités, l'approche et la stratégie de recherche utilisées pour préparer ce document. On y explique ensuite les constatations d'une revue de la littérature sur les ITSS au sein des populations autochtones au Canada. Ces constatations sont regroupées sous trois grands thèmes. Dans le premier, « Comprendre les ITSS », on explique brièvement ce que sont les ITSS, comment elles sont transmises, leurs effets sur la santé et les moyens de les traiter. On y trouve aussi un survol des interventions de la santé publique en matière d'ITSS et on y explique comment sont préparés les rapports sur les taux d'ITSS au Canada. Le deuxième thème, « Les ITSS chez les populations autochtones » résume les facteurs influençant la transmission, la prévention et le contrôle des ITSS chez les populations autochtones, notamment l'héritage du colonialisme, les facteurs socioéconomiques, la violence à l'égard d'un partenaire intime, la violence faite aux enfants, la santé mentale et les dépendances, la stigmatisation et l'accès aux services de santé. On y décrit ensuite ce que l'on sait des taux et tendances liés à des types précis d'ITSS au sein des populations autochtones et de sous-groupes précis. La dernière section du rapport explique les considérations liées à la promotion de la santé sexuelle et à la prévention des ITSS dans les communautés autochtones, en se concentrant notamment sur les déterminants sociaux de la santé, l'accès à des programmes, à des services et à de l'information de santé culturellement sûrs et appropriés. La dernière section du document livre enfin des exemples de pratiques prometteuses en prévention, dépistage et soins des ITSS, de même qu'en recherche dans le contexte des populations autochtones.

Stratégie de recherche

Le présent rapport comporte une analyse des documents évalués par les pairs et de la littérature grise. Une recherche initiale a été réalisée dans des plateformes de recherche universitaire (Google Scholar, PubMed)*, à l'aide des termes suivants : First Nations, Inuit, Métis, Indigenous, Aboriginal de même que STI, STBBI, HIV, HPV, Hépatite A, B et C, Chlamydia, Gonorrhoea, Syphilis, Sexual Health et Canada. L'analyse initiale a aussi donné lieu à une recherche dans le site Web des publications du gouvernement du Canada, puis à une recherche de citations dans les documents repérés. Bien que la stratégie de recherche initiale visait à répertorier les documents publiés au cours des 10 dernières années sur les ITSS au sein des populations autochtones au Canada, le manque de données disponibles et de documentation sur certains sujets précis a fait en sorte que des articles publiés hors de cette période ont été inclus à la recension. Cette analyse a aussi donné lieu à des revues systématiques sur l'ensemble des populations autochtones si les populations autochtones du Canada y étaient incluses. Elles ont révélé l'existence de travaux de recherche portant principalement sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et sur l'hépatite C, avec très peu de documents sur les autres ITSS, surtout en ce qui concerne les populations autochtones. Cette constatation se reflète donc dans le contenu du présent document.



* Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.



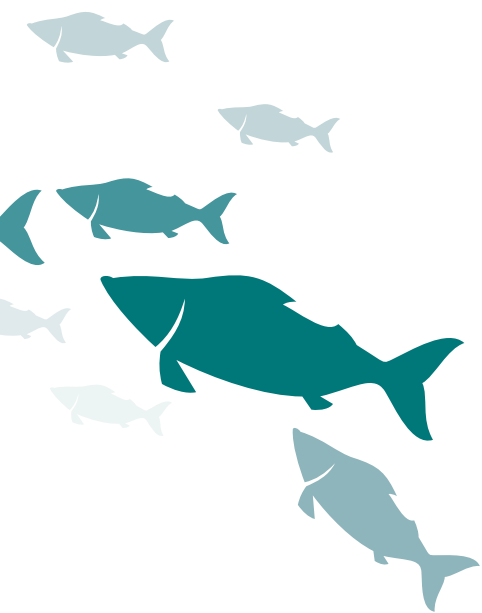
Les ITSS à déclaration obligatoire à l'échelle nationale sont considérées comme des priorités dans le cadre des mesures de surveillance et de contrôle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

(PHAC, 2023a).

COMPRENDRE LES ITSS



Cette section livre un survol des ITSS et vise à fournir au lecteur des connaissances de base sur ces infections. On y répertorie les ITSS les plus répandues et on y explique comment elles sont transmises, comment les prévenir et les traiter, et on aborde également les effets de ces infections sur la santé. On y présente également un aperçu de la réponse de la santé publique aux ITSS au Canada au fil du temps et on y explique comment les taux d'infection pour ces ITSS sont déclarés.



ITSS – Transmission, résultats de santé et traitement

Les ITSS sont des infections pouvant être transmises lors d'un rapport sexuel vaginal, oral ou anal ou de l'échange de fluides sexuels, de contacts cutanés directs entre les organes génitaux ou avec le sang ou avec d'autres fluides corporels (Ottawa Public Health, 2023). Les ITSS demeurent une préoccupation importante en santé publique au Canada (Canadian Public Health Association [CPHA], 2023). Les ITSS les plus répandues sont la chlamydia (notamment la lymphogranulomatose vénérienne, ou LGV), la gonorrhée, la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (HBV) et le virus de l'hépatite C (HVC), toutes à déclaration obligatoire au Canada. Les ITSS à déclaration obligatoire à l'échelle nationale sont considérées comme des priorités dans le cadre des mesures de surveillance et de contrôle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (PHAC, 2023a). Pour cette raison, les gouvernements des provinces et des territoires envoient régulièrement des données sur ces infections au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

afin de surveiller les tendances et les taux à l'échelle nationale. Les autres ITSS sont l'hépatite A (VHA), le virus du papillome humain (VPH) et les virus de l'herpès simplex (VHS-1 et VHS-2)², qui ne sont pas à déclaration obligatoire au pays (PHAC, 2023a).

Les voies de transmission, la gravité des ITSS et leurs modes de traitement varient. Certaines infections sont principalement transmises par contact sexuel et sont donc désignées sous le nom d'infections transmissibles sexuellement, ou ITS. Parmi celles-ci, certaines peuvent être transmises par une mère à son enfant lors de l'accouchement ou de contacts « peau à peau », par l'échange de fluides corporels ou par l'usage de drogues par injection et sont, de ce fait, désignées sous le nom d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang, ou ITSS. Certaines ITSS d'origine virale peuvent être guéries (le VHC, par exemple), alors que d'autres sont incurables et ont des symptômes qui peuvent être éliminés (c'est le cas du VPH) ou qui peuvent être contrôlés à l'aide d'un traitement approprié (comme le VIH). Néanmoins, toutes les ITSS peuvent entraîner de mauvais résultats de santé si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées comme il se doit.

² Les acronymes couramment utilisés pour les ITSS sont utilisés dans le présent document afin de tenir compte de ce que le lecteur pourra trouver dans la littérature et la recherche.

ITSS à déclaration obligatoire

Infections transmissibles sexuellement (ITS)

La chlamydia, la gonorrhée et la syphilis sont des ITS causées par des bactéries et sont généralement guéries à l'aide d'antibiotiques, même si leur résistance aux antibiotiques s'accroît rapidement en raison d'une mauvaise utilisation de ces antibiotiques ou de leur surutilisation, particulièrement pour le traitement de la gonorrhée³ (Pan American Health Organization [PAHO], 2016). Ces ITS sont généralement transmises lors de contacts sexuels, mais peuvent aussi l'être d'une mère infectée à son nouveau-né durant l'accouchement (Choudhri et al., 2018a). Les ITS peuvent poser des risques et des complications graves sur les plans sexuel et de l'appareil reproducteur et entraîner notamment l'accouchement d'un enfant mort-né, des décès néonataux, des bébés de faible poids, des septicémies, une pneumonie chez le nouveau-né ou des complications liées à l'appareil reproducteur, comme l'infertilité, des symptômes génitaux ou extragénitaux, un cancer, une grossesse ectopique ou une atteinte inflammatoire pelvienne chez les femmes (PAHO, 2016; PHAC, 2021a; World Health Organization

[WHO], 2022a). La gonorrhée et la chlamydia peuvent aussi entraîner l'infertilité chez les hommes (PAHO, 2016).

La chlamydia, la gonorrhée et la syphilis peuvent être traitées à l'aide d'antibiotiques à prendre en une seule dose ou sur plusieurs jours⁴. Des preuves émergentes confirment également que le risque de contracter une ITS bactérienne peut être réduit grâce à la prophylaxie post-exposition à l'aide d'un antibiotique appelé doxycycline, une thérapie connue sous le nom anglais DoxyPEP. La DoxyPEP suppose la prise d'un comprimé de 200 mg dès que possible et au plus tard trois jours après le rapport sexuel. Des études ont révélé que la DoxyPEP est hautement efficace pour la prévention des ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et chez les femmes transgenres (Kurtzman, 2023; Leutkemeyer et al., 2023; National Institutes of Health, 2023). En fait, le département de la santé publique de la Californie (2023) recommande maintenant son utilisation pour la prévention des ITS bactériennes chez ces deux groupes de la population et a publié des lignes directrices pour son utilisation. L'utilisation de la DoxyPEP comporte toutefois un risque léger de résistance accrue aux antibiotiques au fil du temps, ce qui aura pour effet d'amoindrir les bienfaits de la prophylaxie et de nuire à l'efficacité

des options de traitement qui pourraient être offertes à long terme (National Institutes of Health, 2023; Reichert & Grad, 2023). D'autres travaux de recherche seraient nécessaires pour évaluer l'efficacité de cette thérapie auprès d'autres groupes de la population et après une utilisation répétée.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Le VIH est un virus qui s'attaque au système immunitaire. Pour cette raison, la personne infectée par le VIH devient plus vulnérable à d'autres infections comme la tuberculose, les infections fongiques ou bactériennes et certains types de cancer (WHO, 2022b). À l'inverse, le fait d'avoir certaines ITS comme l'herpès, la gonorrhée et la syphilis peut augmenter le risque d'être infecté par le VIH ou de le transmettre (WHO, 2022b). Selon les données nationales disponibles, l'utilisation de drogues par injection et le partage du matériel d'injection sont à la source de la plupart des cas chez les populations autochtones (Miller et al., 2011; Pearce et al., 2021; PHAC, 2011a, 2014a). D'autres substances qui affectent le jugement et entraînent des comportements sexuels à risques ou nuisent à l'observance des traitements à l'aide d'antirétroviraux (TAR) peuvent aussi augmenter le risque

³ En fait, *Neisseria gonorrhoeae*, l'agent pathogène provoquant la gonorrhée, a acquis une résistance à toutes les classes d'antibiotiques utilisées pour son traitement, et sa résistance antimicrobienne a augmenté progressivement, ce qui fait que les infections gonococciques sont devenues une menace pour la santé publique à travers le monde (PHAC, 2015).

⁴ Le traitement à dose unique offre un avantage pratique et une observance pratiquement absolue (100 %); il comporte toutefois des inconvénients et de plus grands risques pour certaines populations. Pour en savoir plus, veuillez consulter Kingston et Carlin (2002).

d'être infecté par le VIH ou de le transmettre (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). La transmission sexuelle chez les personnes hétérosexuelles est la deuxième voie de transmission la plus courante, alors que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes forment la troisième plus importante catégorie de personnes exposées au virus chez les hommes autochtones (PHAC, 2011a). Le VIH peut aussi être transmis d'une mère infectée à son nouveau-né lors de l'accouchement (Adachi et al., 2018).

La prophylaxie préexposition (PPrE)⁵, prise telle que prescrite, peut être très efficace pour prévenir le VIH (CDC, 2022a). L'adoption de la PPrE peut toutefois être plus faible chez certains groupes de la population en raison d'un faible degré de sensibilisation à cette forme de thérapie, de la stigmatisation associée au VIH et aux visites dans les cliniques de VIH ou de la préférence pour un cadre communautaire digne de confiance pour discuter du dépistage et de la prévention du VIH (Estcourt et al., 2023). L'adoption de la PPrE peut aussi être faible en raison des préjugés associés à ce type de thérapie, notamment parce qu'elle est associée à une certaine « promiscuité » et à des pratiques à risques élevés (Mosley et al., 2018). En raison de la stigmatisation et des

normes associées aux genres, les efforts déployés pour « vendre » la PPrE pour le VIH pourraient être moins efficaces chez les personnes hétérosexuelles, qui pourraient craindre de « se percevoir comme étant à risques de contracter une infection par le VIH ou comme candidates pour la PPrE » (Baugher et al., 2021, p. 1637). De plus, il est bien connu que la stigmatisation peut faire obstacle à l'éducation et à l'adoption de mesures de prévention (Woodgate et al., 2017b) et que certains Autochtones doivent composer avec de multiples préjugés du fait qu'ils sont autochtones, parce qu'ils vivent dans la pauvreté ou qu'ils s'identifient comme personne lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre, queer, en questionnement ou bispirituelle (LGBTQ+) (Woodgate et al., 2017a). Il est donc important que l'information sur la PPrE pour le VIH soit intégrée aux services de promotion de la santé sexuelle adaptés culturellement, afin que les membres de ces communautés la considèrent crédible, ceci afin de remédier aux préjugés et de favoriser l'adoption de cette forme de thérapie et son acceptation par toutes les personnes qui pourraient en bénéficier (Estcourt et al., 2023; Goymann et al., 2023; Mosley et al., 2018).

Non traité, le VIH peut entraîner le développement du sida, une maladie invalidante pouvant provoquer des souffrances prolongées et dont on

peut mourir. Avec l'utilisation de médicaments antirétroviraux, que la personne prendra toute sa vie, les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH peuvent éliminer leur charge virale, éviter de transmettre le VIH et vivre plus longtemps, en meilleure santé. Avec les progrès accomplis par les TAR, le sida n'est plus une préoccupation de santé à l'échelle mondiale (WHO, 2022b). Tout le monde ne profite pas de la TAR de manière égale et tous ne parviennent pas non plus à la suppression virale, c'est le cas notamment des Autochtones séropositifs au Canada (Benoit et al., 2017). Ce phénomène s'explique par un certain nombre de facteurs possible, dont la gravité de la maladie associée au VIH lorsque la personne a amorcé la prise d'antirétroviraux, une moins bonne observance du traitement, l'usage de drogues par injection, la composition médicamenteuse de la TAR, la participation et les inégalités associées aux soins du VIH (Barker et al., 2018; Benoit et al., 2017; McClarty et al., 2021). Pour améliorer les résultats de santé liés au VIH chez les populations autochtones, il est essentiel d'offrir un accès égal au traitement et de veiller à ce qu'il soit rigoureusement observé (McNeil et al., 2017). Pour ce faire, il importe de remédier aux multiples obstacles auxquels sont confrontés les Autochtones pour l'accès à de tels soins (cette question est abordée plus loin dans le présent document).

⁵ Plusieurs types de PPrE sont disponibles en fonction des divers facteurs de risque (rapports sexuels ou utilisation de drogues par injection) et d'autres caractéristiques comme le genre et le poids de la personne (CDC, 2022b). nt risk factors (through sex or injection drug use), as well as other characteristics such as gender and weight (CDC, 2022b).

Hépatites virales

L'hépatite virale est une affection inflammatoire du foie causée principalement par des virus, soit ceux de l'hépatite A (VHA), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC), de l'hépatite D, de l'hépatite E et de l'hépatite G (Jefferies et al., 2018; Odenwald & Paul, 2022). L'hépatite virale est un important enjeu de santé publique touchant des millions de personnes dans le monde. Elle peut avoir de graves conséquences pour la santé, peut entraîner le cancer du foie et même la mort (CDC, 2020). Bien que certaines personnes infectées par un virus de l'hépatite aient des symptômes, plusieurs n'en ont aucun, ce qui favorise la transmission. L'hépatite virale peut se manifester, entre autres, par les symptômes suivants : jaunisse, fièvre, fatigue, perte d'appétit, nausées, vomissements, douleurs abdominales ou articulaires, urine foncée ou selles grises ou couleur d'argile. Il est possible de prévenir ou de traiter certains types d'hépatite virale, alors que d'autres sont incurables (CDC, 2020). On observe aussi des différences dans les types d'hépatite virale en ce qui a trait aux populations les plus touchées et à la gravité des résultats de santé qui y sont associés. En tant que maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, le VHA, le VHB et le VHC seront expliqués plus en détail ci-dessous.



Hépatite A (VHA)

Bien que le VHA soit principalement transmis en ingérant des aliments ou de l'eau potable contaminés, ce virus est inclus dans le présent document parce qu'il peut être transmis d'une personne à l'autre lors de contacts rapprochés ou intimes, y compris lors de rapports sexuels (CDC, 2020; WHO, 2022c). Les personnes courant un risque plus élevé d'infection sont notamment celles vivant dans des régions où le revenu est plus faible ou qui sont en situation d'itinérance (CDC, 2020; Jefferies et al., 2018; Smith et al., 2019), les personnes qui voyagent à l'étranger, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ainsi que les personnes utilisant ou administrant des drogues par injection, qui sont exposés au virus dans le cadre de leur travail ou qui ont eu des contacts rapprochés avec un enfant adopté provenant d'un pays où le VHA peut être répandu (CDC, 2020). En 2021, le taux d'infection au VHA au Canada était de 0,46 par 100 000 personnes (PHAC, 2023b).

Les conséquences pour la santé sont moins graves avec le VHA qu'avec toute autre forme d'hépatite virale. Les personnes infectées par le VHA peuvent avoir de la diarrhée, un symptôme courant de la maladie (CDC, 2020). La plupart des gens sont malades pendant quelques semaines ou quelques mois, et guériront d'eux-mêmes avec l'aide de soins de soutien pour soulager leurs symptômes (CDC, 2020). Les conséquences pour la santé d'une telle infection seront plus graves pour les personnes âgées que pour les plus jeunes (WHO, 2022c), et seront plus sérieuses également pour les

personnes vivant avec une maladie chronique du foie ou avec le VIH; dans leur cas, bien que ce soit rare, le VHA peut être fatal (CDC, 2020). Contrairement aux autres formes d'hépatite virale, le VHA ne peut pas se transformer en une infection chronique ou à long terme (CDC, 2020; Odenwald & Paul, 2022). On peut aussi la prévenir par la vaccination (CDC, 2020).

Hépatite B (VHB)

L'infection au VHB peut se manifester par une maladie légère qui ne durera que quelques semaines; elle peut cependant avoir des conséquences plus graves pour la santé et entraîner notamment le développement d'une affection chronique et permanente, d'une cirrhose, d'un cancer du foie et même le décès. En fait, le VHB est la principale cause du cancer du foie dans le monde (CDC, 2020). Plus de la moitié des personnes infectées par le VHB ignorent qu'elles le sont, ce qui constitue un obstacle à la prévention de sa propagation (CDC, 2020). Plus une personne est jeune lorsqu'elle est infectée par le VHB, plus ses risques de développer une infection chronique sont importants. Environ 90 % des nourrissons infectés développeront éventuellement une infection chronique, alors que les enfants plus âgés et les adultes guériront complètement et n'auront pas d'infection chronique (CDC, 2023b). En 2021, le taux d'infection au VHB au Canada était de 9,22 par 100 000 personnes (PHAC, 2023b).

Le VHB se transmet principalement lors de l'échange de fluides corporels comme le sang ou le sperme.



Ses voies de transmission sont notamment les rapports sexuels, la transmission du virus par une mère infectée à son nouveau-né lors de l'accouchement, le partage d'accessoires médicaux ou servant à la consommation de drogues, le contact direct avec le sang ou avec la plaie ouverte d'une personne infectée, un contrôle déficient de l'infection dans les milieux de soin et, parfois, quoique rarement, le partage d'articles personnels comme une brosse à dents ou un rasoir (CDC, 2020). On peut prévenir l'infection au VHB par la vaccination, surtout durant l'enfance (Odenwald & Paul, 2022). L'hépatite B aiguë est généralement traitée à l'aide de soins de soutien pour en soulager les symptômes, car aucun traitement précis n'est disponible; la forme chronique du VHB peut toutefois être traitée à l'aide de médicaments antiviraux (CDC, 2020). Ces médicaments comportent un degré d'efficacité élevé, mais ne sont toutefois pas entièrement efficaces, présentent des effets secondaires importants et doivent

être pris sur une longue période, ce qui peut constituer un obstacle important à l'observance du traitement (Castaneda et al., 2021; Odenwald & Paul, 2022). De plus, même si les patients observent rigoureusement leur traitement, il persiste un risque important de rechute une fois la thérapie médicamenteuse terminée (c'est le cas pour environ 30 % des patients dans les 5 années qui suivent); un suivi des patients est donc recommandé (Odenwald & Paul, 2022). Certaines personnes courent un plus grand risque d'exposition au VHB. C'est le cas notamment des personnes nées dans des pays où la prévalence du VHB est élevée, des utilisateurs de drogues par injection et des personnes vivant avec le VIH, le VHC ou qui ont une ITS. Les autres groupes à risques élevés sont les personnes ayant de nombreux partenaires sexuels, qui partagent des seringues, ont des contacts rapprochés avec une personne infectée, ont besoin d'une thérapie immuno-suppressive, doivent subir de la dialyse, font des dons de sang ou de plasma, d'organes, de tissus ou de sperme (CDC, 2020).

Hépatite C (VHC)

Le VHC se transmet de la même façon que le VHB, soit par l'échange de fluides corporels d'une personne infectée à une personne non infectée lors de rapports sexuels; par une mère infectée à son nouveau-né lors de l'accouchement; par le partage d'instruments contaminés destinés à percer la peau ou encore par un contrôle inadéquat de l'infection dans les milieux de soin (CDC, 2020). Avant 1992, le VHC se transmettait aussi couramment lors de transfusions sanguines ou de la transplantation d'un organe. Les drogues par injection sont à la source de la plupart des cas d'infection au VHC au Canada, y compris chez les populations autochtones (Lourenço et al., 2021, Miller et al., 2011). En 2021, le taux d'infection au VHC au Canada était de 19,71 par 100 000 personnes (PHAC, 2023b).



Certaines personnes infectées par le VHC ne sont que légèrement malades, mais environ 40 % des personnes infectées développeront une hépatite chronique pouvant entraîner une cirrhose (CDC, 2020). Le VHC ne peut être prévenu par la vaccination. Cette forme d'hépatite peut toutefois être traitée à l'aide d'antiviraux à action directe (AAD), lesquels ont des effets secondaires minimaux et un fort degré d'efficacité, avec une guérison chez environ 95 % des personnes ayant terminé un traitement (CDC, 2020). Ces antiviraux permettent d'espérer que le VHC sera un jour éradiqué dans le monde entier, mais certaines populations marginalisées, dont les populations autochtones et les femmes consommant des drogues par injection, sont moins susceptibles d'amorcer un traitement avec des AAD au Canada (Saeed et al., 2017). Ces conclusions viennent souligner la nécessité de disposer de stratégies ciblées pour aplanir les obstacles d'accès aux thérapies à l'aide d'AAD et aux soins du VHC pour les populations marginalisées (Pearce et al., 2019; Saeed et al., 2017). On songe notamment à une plus grande sécurité culturelle dans les relations entre les prestataires de soins et les patients autochtones (Pearce et al., 2019). Le traitement doit néanmoins être amorcé rapidement afin d'éviter des dommages au foie et la poursuite de la transmission du virus (CDC, 2020).

ITSS à déclaration non obligatoire

Virus du papillome humain (VPH)

Le VPH est probablement l'infection transmissible sexuellement la plus courante, avec plus de 80 % des personnes actives sexuellement infectées à un moment ou l'autre de leur vie (Bird et al., 2017). On compte plus de 200 types de VPH, dont la plupart sont asymptomatiques et s'éliminent d'eux-mêmes; une réinfection est toutefois possible (Szymonowicz & Chen, 2020). Le VPH 6 et le VPH 11 provoquent l'apparition de verrues génitales et n'entraînent pas le cancer; il en existe toutefois 14 types à risques élevés (les VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68) pouvant causer divers types de cancer (col de l'utérus, anus, pénis, vagin, vulve, oropharynx, amygdales, cavité buccale). C'est le cas du VPH 16 et du VPH 18, qui provoquent la majeure partie des cancers attribuables à ce type de virus (Bird et al., 2017; Coglian et al., 2005; Stein et al., 2015; Volesky et al., 2019).

Le VPH peut être transmis de multiples façons, soit lors des rapports sexuels, de contacts de peau à peau ou de peau à muqueuses, et d'une mère infectée à son enfant lors

de l'accouchement (Petca et al., 2020). Trois vaccins hautement efficaces sont disponibles au Canada pour prévenir l'infection au VPH, soit CERVARIX^{MD} (VPH2), GARDASIL^{MD} (VPH4) et GARDASIL^{MD} 9 (VPH9) (Government of Canada, 2017). D'autres efforts sont toutefois nécessaires pour favoriser une plus grande adoption du vaccin (administré en deux ou trois doses) au sein de la population canadienne afin de réduire le fardeau lié aux maladies provoquées par le VPH (Bird et al., 2017).

Virus de l'herpès simplex (VHS)

Le VHS, communément appelé herpès, est extrêmement contagieux et peut être transmis par un baiser, un contact de peau à peau, par le sexe oral ou avec pénétration ou d'autres formes de rapport sexuel. Ce virus peut aussi être transmis d'une mère infectée à son enfant à naître, durant la grossesse (troisième trimestre) ou lors de l'accouchement (Samies et al., 2021). L'herpès néonatal, s'il n'est pas traité, peut provoquer la mort néonatale.

Il existe deux types de VHS : le type 1 (VHS-1) et le type 2 (VHS-2) (Heilingloh et al., 2020). Autrefois, le VHS-1 se transmettait principalement par infection orale dans ou autour de la bouche et le VHS-2 se situait presque exclusivement dans la région génitale. Aujourd'hui toutefois, les deux peuvent se trouver indifféremment dans la région buccale ou génitale, vraisemblablement en raison de la recrudescence de la pratique du



sexe oral (PAHO, 2019). Le VHS cause habituellement des symptômes inconfortables et parfois douloureux, soit des feux sauvages (herpès labial) ou de l'herpès génital⁶, mais peut aussi avoir des conséquences plus graves pour la santé, telles que :

- des infections oculaires risquant d'altérer la vision,
- des ulcérations génitales,
- des complications neurologiques chez le nouveau-né,
- des infections au cerveau ou à la moelle épinière mettant la vie en péril et
- pouvant même entraîner la mort (Harfouche et al., 2021; WHO, 2023; Suryawanshi et al., 2023).

Les personnes infectées par le VHS-2 sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé graves, comme c'est le cas pour les personnes immunodéprimées ou au système immunitaire immature (Heilingloh et al., 2020). Les VHS peuvent augmenter les probabilités de transmettre ou de contracter le VIH lors des rapports sexuels (Harfouche et al., 2021) et peuvent entraîner des conséquences psychosexuelles graves, notamment des effets sur les relations sexuelles, de la dépression, de l'anxiété et un sentiment de honte (Yousuf et al., 2020).



De nombreuses personnes infectées par le VHS n'ont aucun symptôme visible, ce qui rend ce virus difficile à détecter. Comme il s'agit en plus d'un virus chronique et récurrent, le VHS est très prévalent et constitue un problème de santé grandement préoccupant à l'échelle mondiale (Harfouche et al., 2021; Heilingloh et al., 2020). Ses symptômes sont notamment des ulcères génitaux douloureux, des lésions, des plaies, des gales, une lymphadénopathie sensible, de la douleur et de l'inconfort lors de la miction (Fleming et al., 2006). Un texte de dépistage du VHS, réalisé le plus souvent par frottis, test sanguin ou ponction lombaire, peut être utilisé pour vérifier si le virus est présent dans l'organisme, pour déterminer si les plaies sur la bouche ou les organes génitaux sont attribuables au VHS ou pour confirmer la présence d'une infection au VHS chez une femme enceinte, un nouveau-né ou une personne à risques d'ITSS (MedLine Plus, 2020). Divers médicaments antiviraux peuvent aider à réduire la gravité et la fréquence des symptômes associés au VHS, mais ils ne peuvent pas guérir l'infection. Il n'existe pas non plus de vaccin homologué pour le prévenir (Heilingloh et al., 2020). Éviter les contacts oraux avec d'autres personnes en présence d'herpès buccal peut aider à prévenir l'infection au VHS. L'utilisation du condom peut aussi aider à en réduire la transmission, bien que ce moyen ne soit pas toujours efficace (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2018; WHO, 2023).

Historique des réponses de la santé publique aux ITSS au Canada

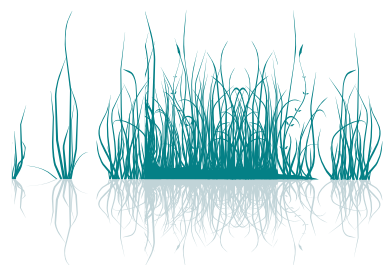
En réaction aux changements dans les attitudes et aux changements sociaux survenus dans les années 1960 et à l'épidémie de sida des années 1980, la réponse de la santé publique du Canada aux ITSS a évolué pour passer d'une réaction à ces maladies vers leur prévention, et ce, en ciblant des populations en particulier (PHAC, 2011a). En 2004, en réponse à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le gouvernement du Canada avait créé l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans le but d'offrir une réponse plus coordonnée aux épidémies et aux pandémies (PHAC, 2008). L'ASPC assure la surveillance régulière de certaines ITSS et a créé des cadres d'action afin d'en réduire l'incidence à travers le pays. Aidée d'une série de lignes directrices et de normes, l'ASPC formule aussi des recommandations à l'intention des prestataires de soins et de la santé publique pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des ITSS (voir PHAC, 2023a). Ces guides de pratique et ces recommandations sont utilisés conjointement avec les lignes directrices provinciales et territoriales et avec d'autres guides de pratiques et recommandations des gouvernements, lesquels sont adaptés aux contextes régionaux (PHAC, 2021a).

⁶ L'herpès génital est l'une des ITS les plus courantes (Mathew & Sapra, 2022).

Les lignes directrices et les normes fédérales présentées par l'ASPC (2021a) résument les responsabilités liées à la prévention primaire et secondaire des ITSS à l'échelle provinciale. La prévention primaire des ITSS consiste à déployer des stratégies de prévention des infections à l'aide de counseling individuel et d'information axée sur la personne en vue de réduire les risques, alors que la prévention secondaire « vise à minimiser l'impact et la propagation de l'infection par la détection précoce, le traitement, le counseling et la notification aux partenaires » (PHAC, 2021a, n.p.). Les prestataires de soins sont responsables d'intégrer la prévention primaire et secondaire des ITSS aux soins de soutien qu'ils prodiguent. Ils doivent notamment :

- fournir des renseignements sur les signes et symptômes des ITSS;
- évaluer les risques et en discuter;
- offrir de la vaccination lorsqu'elle est disponible;
- offrir un dépistage et des tests;
- fournir un traitement, un suivi et des conseils aux personnes et à leurs partenaires, le cas échéant;
- signaler les cas d'ITSS à déclaration obligatoire aux autorités locales de la santé publique (PHAC, 2021a).

Le *Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, publié en 2018, comporte un plan d'action quinquennal assorti d'objectifs stratégiques visant à réduire l'incidence des ITSS au Canada; améliorer l'accès au dépistage, au traitement, aux soins et au soutien continus; réduire la stigmatisation et la discrimination qui créent une vulnérabilité aux ITSS, et ce, d'ici 2030 (PHAC, 2018a). En réponse à ce cadre stratégique, l'ASPC a publié un plan d'action intitulé *Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Ce document précise les priorités gouvernementales en vertu du cadre proposé (Jackson & Tremblay, 2019). Il est toutefois important de noter que ce cadre adopte une approche pancanadienne et ne comporte pas d'étapes concrètes pour respecter l'échéance de 2030. Une approche distincte et appropriée sur le plan culturel est nécessaire, de même que des actions mesurables, élaborées conjointement et visant à réduire les taux d'ITSS, et qui permettront d'instaurer un espace sûr, où profiter de soutien pour les soins de ces infections.



Surveillance des ITSS au Canada

En raison des limitations associées aux méthodes de surveillance et de collecte des données, les taux d'ITSS propres à la clientèle autochtone sont souvent indisponibles. L'Agence de la santé publique du Canada assure une surveillance des « maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale » en coordination avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, par le biais du Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO). Très peu de caractéristiques démographiques sont toutefois recueillies relativement aux cas déclarés et, le cas échéant, la race et l'ethnicité n'en font pas partie (PHAC, 2018b). L'ASPC assure la surveillance du VIH par le biais du Système national de surveillance du VIH/sida, lequel permet de colliger des données que soumettent volontairement les provinces et les territoires canadiens et qui sont issues des rapports de la santé publique et de laboratoires (PHAC, 2022a). Cela veut donc dire que les seules données disponibles sur les taux d'ITSS relativement aux populations autochtones sont celles qui pourraient avoir été recueillies par la Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada, par des mécanismes de surveillance sur les réserves créés par les communautés autochtones elles-mêmes⁷, ou qui auraient été

⁷ Voir par exemple Health Canada (2010) et Yacoub et al. (2020).

recueillies de façon volontaire par les systèmes provinciaux ou territoriaux de surveillance des maladies contagieuses.

L'ASPC participe à plusieurs programmes améliorés de surveillance qui livrent de l'information sur les données cliniques ou les traitements, les pratiques à risques et les indicateurs des déterminants sociaux de la santé (PHAC, 2023c). Parmi les programmes de surveillance sur de multiples sites fournissant une meilleure information sur les taux d'ITSS au Canada, mentionnons :

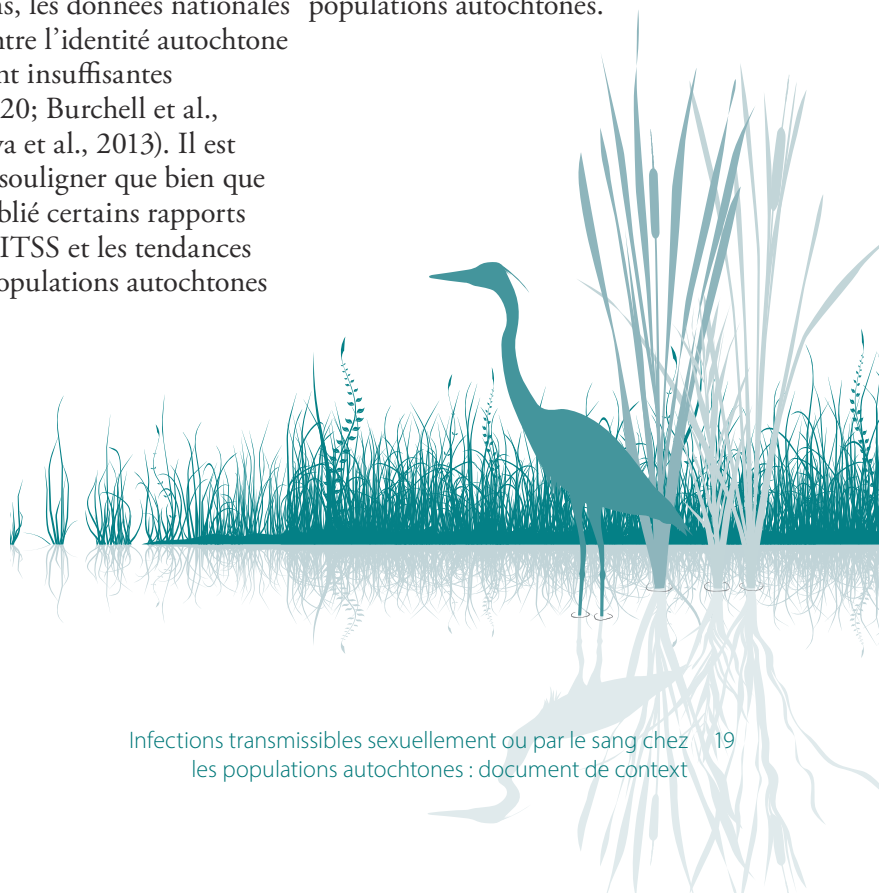
- le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH), un système multicentre qui fournit des données sur les nouvelles infections aiguës et chroniques au VHC, notamment ce qui concerne l'ethnicité et l'identité autochtone, de même que de l'information sur les facteurs de risque;
- I-Track, un système assurant la surveillance des modèles d'utilisation de drogues par injection, des comportements sexuels à risques et de la prévalence du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada;
- le programme multicentre Surveillance accrue des jeunes de la rue (SJAR), qui surveille la prévalence des ITSS, les facteurs de risque et d'autres facteurs associés aux jeunes vivant dans la rue en divers endroits du Canada (PHAC, 2011b).

La collecte de données liées à l'ethnicité n'est toutefois pas uniforme à travers le Canada. Certaines provinces et certains territoires ne déclarent pas la race ou l'ethnie des personnes infectées, alors que d'autres le font à des degrés divers d'exhaustivité (de 22 à 100 %) (Haddad et al., 2021). L'exclusion de l'identité autochtone ou son utilisation non uniforme dans une grande part des données de surveillance ont contribué à limiter les données sur la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis infectieuse chez les populations autochtones au Canada (Smylie & Firestone, 2015).

Des données sur les ITSS dont aussi recueillies dans le cadre de projets de recherche indépendants à travers le pays, le plus souvent lors d'enquêtes sur les taux d'ITSS et sur les tendances au sein de sous-populations précises, telles que les jeunes autochtones vivant dans la rue, les personnes détenues, etc. En raison de ces tendances dans la surveillance et les déclarations, les données nationales sur les liens entre l'identité autochtone et les ITSS sont insuffisantes (Atkinson, 2020; Burchell et al., 2014; Uhanova et al., 2013). Il est important de souligner que bien que l'ASPC ait publié certains rapports sur les taux d'ITSS et les tendances propres aux populations autochtones

au Canada, ces données peuvent être plus anciennes que celles disponibles pour l'ensemble de la population du Canada. En fait, on constate des lacunes importantes dans les données non regroupées de la dernière décennie; il est donc difficile de comparer les taux et les tendances des diverses populations.

Conscient de la nécessité d'harmoniser les modes de collecte de données de qualité des divers gouvernements au pays afin de faciliter les comparaisons d'une province et d'un territoire à l'autre, l'Institut canadien d'information sur la santé (2022) a publié des directives pancanadiennes sur l'utilisation des normes de collecte de données sur la race et l'identité autochtone dans les systèmes de santé. Bien que l'élaboration de ces normes soit un pas dans la bonne direction, leur adoption demeure volontaire, ce qui risque de constituer un obstacle permanent à l'obtention de données de grande qualité sur les populations autochtones.



LES ITSS CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES



Cette section se penche sur les éléments déjà connus quant au contexte, aux taux et aux tendances relatifs aux ITSS chez les populations autochtones au Canada. On y expose plus précisément les facteurs ayant une influence sur la prévention, la transmission et le traitement des ITSS chez les Autochtones et on y livre un aperçu des taux et tendances pour certaines ITSS et sous-groupes de la population en particulier.

Facteurs influençant la prévention, la transmission et le traitement des ITSS chez les populations autochtones

Bien que les statistiques permettent de dégager un portrait cohérent des taux d'ITSS et des tendances en la matière au sein des populations autochtones au Canada, elles ne peuvent livrer un historique des contextes structurel et systémique plus larges vécus par ces populations. En fait, pour comprendre pleinement ces taux et tendances et élaborer des solutions efficaces pour améliorer les conséquences des ITSS sur la santé des Autochtones, il nous faut comprendre les facteurs concourants qui influencent la santé et le bien-être des Autochtones en général.

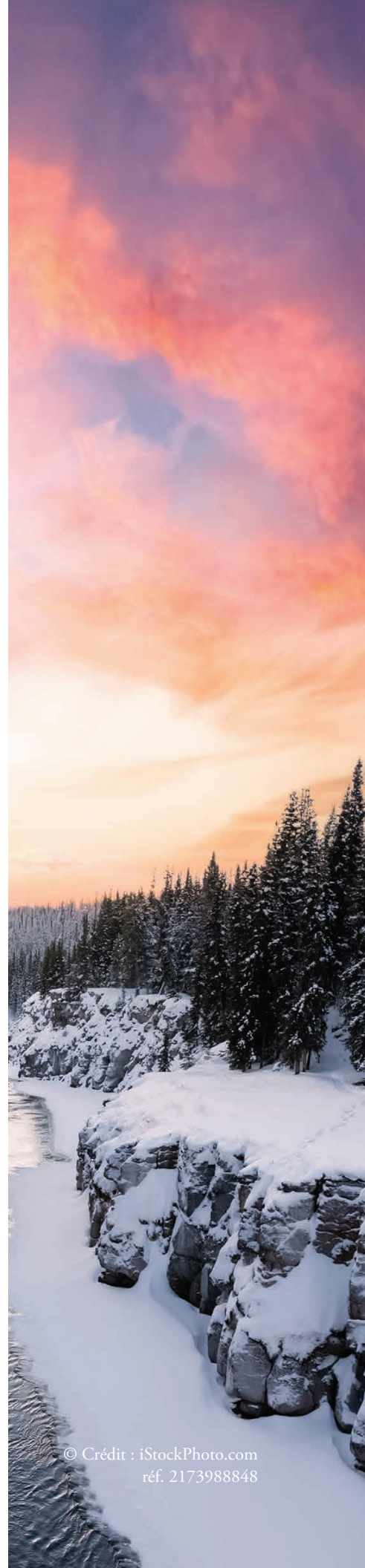
Selon Andermann (2017), il est possible d'améliorer la santé des Autochtones en abordant les maladies contagieuses à l'aide d'un concept appelé syndémie. Proposée à l'origine par Singer (1996), la théorie des syndémies offre un cadre conceptuel permettant de comprendre les états de santé en relation avec la façon dont ils peuvent être exacerbés par des facteurs sociaux, économiques, environnementaux et politiques (comme cité dans Tsai, 2019). En utilisant cette perspective, la littérature dégage divers facteurs influençant les taux d'ITSS chez les populations autochtones au Canada, lesquels sont issus de l'héritage du colonialisme et sont interreliés – marginalisation socioéconomique, violence entre partenaires intimes, abus de pouvoir, maltraitance des enfants, santé mentale et dépendances, stigmatisation et inégalités dans l'accès aux services de santé.

L'héritage du colonialisme, notamment la marginalisation socioéconomique, la discrimination fondée sur la race, les traumatismes intergénérationnels et les taux élevés de problèmes de santé mentale et de dépendances, la violence et le désespoir créent des conditions qui influencent la prise de risques et les comportements visant à demeurer en santé chez les Autochtones – ce qui entraîne, en parallèle, des taux plus élevés d'ITSS.

Héritage du colonialisme

La prévention des ITSS exige que l'on se concentre sur la perception du risque et les comportements en matière de santé d'une personne, de même que sur les contextes social, culturel et interpersonnel dans lesquels elle évolue et au sein desquels elle adopte des pratiques permettant de se protéger ou qui la rendent plus vulnérable aux infections (Mooney-Somers et al., 2011). Chez les populations autochtones au Canada, ces contextes sont grandement influencés par le colonialisme. Des lois, des politiques et des pratiques prônant l'assimilation ont exposé de nombreux Autochtones à de la violence, à des traumatismes et à des abus de pouvoir qui se sont étendus sur des générations et qui ont mis fin aux pratiques parentales traditionnelles, aux enseignements traditionnels, à l'usage des langues et des cérémonies autochtones par lesquelles les connaissances liées à la santé et aux relations sexuelles auraient normalement été transmises (Gesink et al., 2016; Lys et al., 2018a). L'héritage du colonialisme, notamment la marginalisation socioéconomique, la discrimination

fondée sur la race, les traumatismes intergénérationnels et les taux élevés de problèmes de santé mentale et de dépendances, la violence et le désespoir créent des conditions qui influencent la prise de risques et les comportements visant à demeurer en santé chez les Autochtones – ce qui entraîne, en parallèle, des taux plus élevés d'ITSS. Comme les signalent Burchell et al. (2014), bien que les comportements des individus soient des facteurs déterminants dans la transmission des ITSS, ils ne peuvent être considérés distinctement de l'héritage du colonialisme dans le cas des populations autochtones. La façon dont la tragédie des pensionnats et les traumatismes intergénérationnels, avec leur violence physique, sexuelle, psychologique et affective, ont pu contribuer aux modèles d'utilisation de drogues par injection constitue un bon exemple à ce titre, car ces pratiques pourraient contribuer indirectement à des taux plus élevés de VIH et de VHC au sein de ces populations (Burchell et al., 2014) et à des perspectives plus sombres en matière de santé sexuelle, de façon générale (Craib et al., 2009; Healey, 2014a, 2014b, Varcoe & Dick, 2008, Wilk et al., 2017).



Le colonialisme et les traumatismes intergénérationnels contribuent à des taux élevés d'ITSS chez les populations autochtones de manière directe et indirecte. En raison du colonialisme, les femmes et les filles autochtones subissent des degrés élevés de violence physique et sexuelle (Heidinger, 2022), ce qui nuit à leur capacité d'imposer par elles-mêmes des pratiques sexuelles sans risques, notamment de choisir d'avoir des rapports sexuels et de décider si un préservatif ou un autre mode de contraception sera utilisé. Des niveaux élevés de violence, d'abus, de problèmes de santé mentale et de dépendances chez les populations autochtones peuvent accroître le risque de contracter une ITSS en raison d'une stigmatisation aggravante, de l'adoption de comportements sexuels à risques et d'une faible observance des traitements qu'exige une ITSS (Armenta et al., 2021; Burchell et al., 2014). L'héritage du colonialisme se manifeste également par la marginalisation socioéconomique des populations autochtones, notamment par des niveaux de pauvreté plus élevés, des logements inadéquats et de moins bonnes perspectives en matière d'éducation et d'emploi – des facteurs qui, ensemble, peuvent augmenter les risques d'ITSS au sein de ces populations (Andermann, 2017). L'héritage du racisme et de la discrimination légué aux populations autochtones et avec lequel elles doivent continuer de vivre a eu des répercussions considérables sur leur accès à des services de santé à la fois disponibles et culturellement sûrs (Nguyen et al., 2020). De plus, l'exclusion sociale et la

discrimination fondée sur la race peuvent être internalisées et avoir des effets sur l'estime de soi et l'équilibre fonctionnel de ces personnes, ce qui peut affecter la prise de risques et l'adoption de comportements visant à garder une bonne santé (Wynne & Currie, 2011). Les politiques coloniales qui dénigraient les cultures et les modes de vie autochtones ont tenté d'effacer les perspectives des populations autochtones à l'égard de la sexualité et de l'expression du genre, qui étaient pourtant saines, et ont créé un environnement marqué par la stigmatisation et la honte, qui sont autant d'obstacles connus en matière de prévention des ITSS et d'accès à des services de santé sexuelle tels que le dépistage (Barkman et al., 2022).

Combinés, les effets du colonialisme posent des défis pour la prévention des ITSS et les soins pour traiter ces infections dans les communautés autochtones. Ces effets (aussi connus sous le nom de déterminants) s'allient à d'autres déterminants et augmentent, de ce fait, le risque de transmission des ITSS au sein des populations autochtones. De plus, lorsqu'ils sont aux prises avec de multiples difficultés concurrentes au quotidien, certains Autochtones peuvent accorder la priorité à leurs besoins physiques immédiats plutôt que de s'occuper de leurs inquiétudes à l'égard de leur santé sexuelle (Healey, 2016; MacPhail & McKay, 2018).



Facteurs socioéconomiques

La littérature suggère que les facteurs socioéconomiques sont d'importants déterminants de la santé qui influencent les taux d'ITSS et les tendances en la matière chez les populations autochtones. Au Canada, les populations autochtones sont confrontées à des disparités socioéconomiques importantes comparativement à la population en général. On songe notamment à la pauvreté, au logement, à l'insécurité alimentaire, à l'emploi, à l'éducation et à la littératie (National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH], 2017a, 2017b, 2017c, 2020). La recherche sur les tendances relatives au VIH en Ontario suggère que l'instabilité en matière de logement est un facteur de risque pour le VIH et que des déménagements fréquents – surtout durant l'enfance – pourraient être un indicateur de mauvais résultats de santé (Burchell et al., 2014). Les auteurs insistent sur le fait que cette instabilité et ces déménagements fréquents peuvent affecter la capacité d'un individu à tisser « des réseaux sociaux solides, à garder un emploi ou à demeurer aux études et à maintenir la continuité dans les services de soins de santé qu'il reçoit [traduction] », autant d'aspects qui peuvent influencer sur le risque de contracter le VIH (Burchell et al., 2014, p. 33). Des réseaux solides sur le plan social peuvent par exemple jouer un rôle clé dans la prévention des ITSS en influençant l'adoption de comportements sexuels à risques et en favorisant la diffusion d'information sur la santé sexuelle (Pagkas-Bather et al., 2020). De plus, comme les écoles sont le principal lieu de



Il est important de fournir de l'information sur les ITSS de manière appropriée sur le plan culturel pour arriver à réduire la stigmatisation et dissiper les mythes entourant les ITSS

(CAAN & CATIE, 2017; Woodgate et al., 2017a).

diffusion de l'éducation sur la santé sexuelle, les perturbations dans le cheminement scolaire provoquées par une instabilité du logement peuvent nuire à l'éducation sur la santé publique chez un segment de la jeune population qui ne pourra pas recevoir d'éducation adéquate en matière de santé sexuelle (Burchell et al., 2014).

La pauvreté et l'insécurité alimentaire constituent d'autres facteurs qui contribuent à un risque plus important d'ITSS chez les populations autochtones (Lys et al., 2019; Minichiello et al., 2013; NCCIH, 2020). La pauvreté augmente la sensibilité biologique au VIH en raison de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition, favorise la migration des Autochtones vers les grands centres urbains, qui sont les endroits d'une plus grande prévalence des infections par le VIH. Elle est aussi associée à des problèmes d'accès aux soins de santé (p. ex., en ne pouvant pas payer les coûts du transport vers les rendez-vous médicaux, de l'assurance maladie, des médicaments ou

de certains traitements) et à une incapacité financière de se procurer des condoms (Duncan et al., 2011). L'accès aux aliments et à un logement stable sont importants pour aider les personnes séropositives à assurer la gestion de leur maladie avec des médicaments (German & Latkin, 2012) et pour améliorer leurs résultats de santé sur les plans physique et psychologique en général (Rourke et al., 2012; Zurba et al., 2012). Dans une étude menée par Logie et coll. (2019b) en collaboration avec un programme autochtone de santé sexuelle des Territoires du Nord-Ouest (TNO), les chercheurs ont constaté que l'insécurité alimentaire était associée à une moins grande efficacité des rapports sexuels protégés chez les jeunes. Cette étude a révélé de multiples voies de transmission, de l'insécurité alimentaire au risque de VIH, notamment lorsque l'insécurité alimentaire peut entraîner la dépression et l'usage de substances, qui ont pour effet de réduire l'occurrence de pratiques sexuelles sans risques (Logie et al. 2019b).

L'éducation et la littératie sont aussi d'importants déterminants des risques d'ITSS chez les populations autochtones. La stigmatisation liée aux mythes entourant les ITSS et à la santé sexuelle peut progresser grandement dans un environnement où l'éducation et la littératie se font rares. Il a été démontré que la réussite scolaire est associée à une meilleure connaissance des ITSS et à une utilisation accrue du condom (Kinasevych, 2011). La réussite scolaire est aussi un facteur important de sensibilisation aux risques : elle influence l'adoption de pratiques à risques et contribue à la réduction de la pauvreté, ce qui influe sur la transmission des ITSS (Scheidell et al., 2018). Il est important de fournir de l'information sur les ITSS de manière appropriée sur le plan culturel pour arriver à réduire la stigmatisation et dissiper les mythes entourant les ITSS (CAAN & CATIE, 2017; Woodgate et al., 2017a).

Violence entre partenaires intimes

Les femmes autochtones sont confrontées à des taux disproportionnellement élevés de violence fondée sur le genre (Heidinger, 2022). Les travaux de recherche de Logie et coll. (2019a) soulignent les liens entre la violence entre partenaires intimes (VPI) et l'efficacité des pratiques sexuelles sans risques chez les jeunes femmes autochtones. Les auteurs soulignent que la VPI peut jouer un rôle dans la détermination du risque sexuel et la capacité d'agir en matière de sexualité chez les jeunes femmes, y compris sur la décision d'utiliser le condom.

Le projet Cedar, amorcé en 2003 en Colombie-Britannique par un organisme indépendant formé d'aînés et de dirigeants autochtones, d'experts en santé et services sociaux et d'universitaires, cherchait à comprendre les liens entre les effets continus du colonialisme

et la transmission d'IST chez les jeunes autochtones consommant des drogues, à Vancouver et Prince George. Il a permis de révéler des associations multiples entre la violence sexuelle et les taux d'ITS chez les participants au projet (Chavoshi et al., 2013). Les jeunes femmes, plus particulièrement, avaient moins tendance à toujours utiliser le condom lors de rapports sexuels si elles avaient été récemment victimes de violence sexuelle. L'étude a aussi révélé que la violence sexuelle a des répercussions sur la santé mentale, le renforcement de l'autonomie et les vulnérabilités globales en matière de santé, ce qui pourrait faire courir aux femmes de plus grands risques de toxicomanie, d'itinérance et d'autres facteurs qui, à leur tour, peuvent augmenter leurs probabilités de contracter le VIH.

Au moment d'évaluer les risques de VPI et de HIV, il est essentiel de positionner la prévention du VIH et les soins qui s'y rattachent dans le contexte des relations. Une

étude qualitative réalisée auprès de femmes autochtones au Québec suggère que la prise de décisions entourant la prévention du VIH est complexe et dépend des relations et de la dynamique des pouvoirs – autant d'aspects liés aux inégalités des genres et à l'autonomisation des femmes (O'Brien et al., 2020). Les décisions concernant la sexualité et la prévention du VIH ne peuvent donc pas être considérées séparément de la dynamique du pouvoir dans les relations; l'égalité des genres et le renforcement de l'autonomie doivent aussi faire partie intégrante des programmes de prévention.

Abus de pouvoir

Les abus de pouvoir peuvent aussi contribuer à la propagation des ITSS dans les communautés autochtones (Gesink et al., 2016; Lys et al., 2019). Gesink et coll. (2016) ont mené des entrevues avec des membres de la communauté d'une Première Nation en Alberta pour mieux comprendre

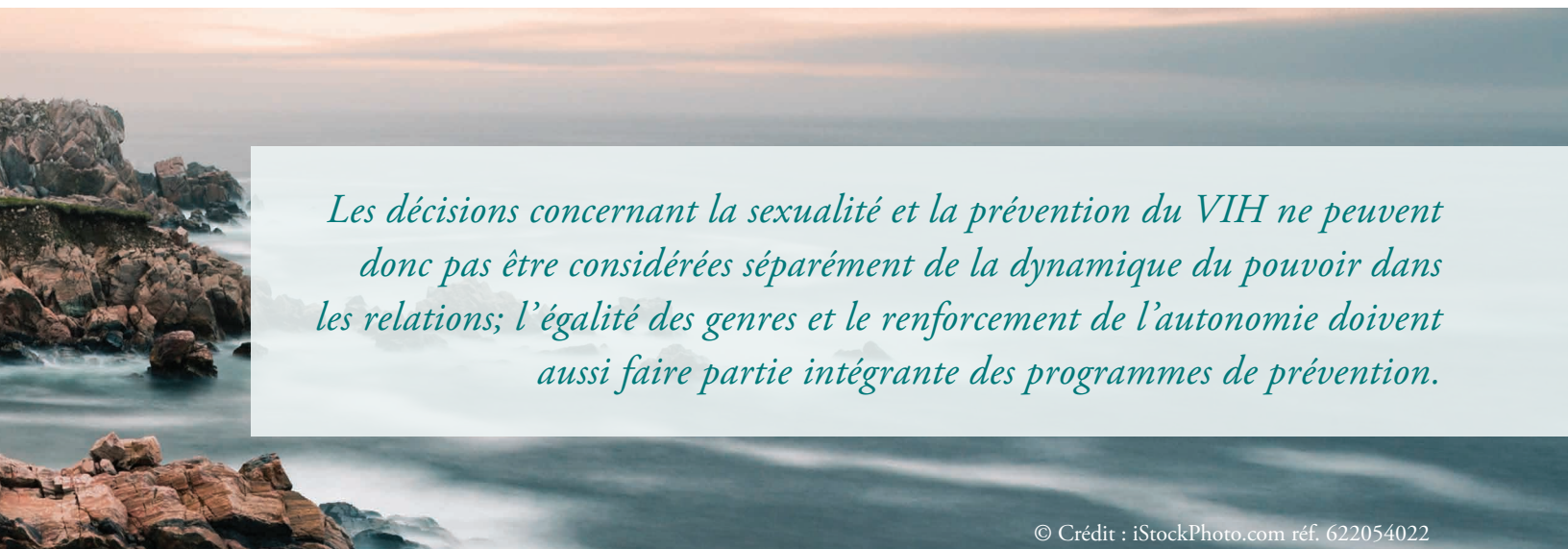


les taux élevés d'ITS et voir comment les réduire, en mettant à contribution les modes de connaissances propres aux Cris. À partir des nombreux récits de maltraitance, de violence et de traumatismes entendus, leur recherche a souligné que les abus de pouvoir dans les relations constituaient un thème central à partir duquel comprendre les taux élevés d'ITS. Ces abus de pouvoir survenaient à de multiples niveaux – de personne à personne, au sein de parents d'une même famille, au niveau intergénérationnel, communautaire, sociétal ou des systèmes, ce qui a provoqué des blessures sur les plans psychologique, affectif et spirituel. Certaines personnes participant à l'étude ont attribué les taux élevés d'ITS au fait que certains individus cherchaient la guérison à travers des « médicaments » comme le sexe, la drogue ou l'alcool pour apaiser la douleur et la souffrance entraînées par ces blessures. Certaines personnes ont aussi raconté que la peur d'être expulsées ou abandonnées pouvait empêcher des jeunes filles de signaler

la violence sexuelle que leur imposait d'autres membres de leur famille, créant ainsi un environnement de silence à l'égard de ces gestes et normalisant la violence sexuelle. D'autres ont mentionné à quel point les abus de pouvoir dans les relations monogames avaient entraîné une diminution de la sécurité et une incapacité à négocier l'utilisation du condom, une conclusion évoquée dans d'autres études (Devries & Free, 2010; Krüsi et al., 2018; Pulerwitz et al., 2002). Les participants à l'étude de Gesink et coll. (2016) ont mentionné les cérémonies, les enseignements traditionnels et le rétablissement des relations comme solutions pour favoriser la guérison, suggérant de ce fait que résoudre les problèmes d'abus de pouvoir dans les relations et se concentrer sur des méthodes enracinées dans les enseignements et les cérémonies traditionnelles pouvaient aider à réduire les risques d'ITSS.

On a aussi conclu que les abus de pouvoir contribuaient à la propagation des ITSS chez les jeunes des Territoires

du Nord-Ouest (Lys et al., 2019); une étude de Corosky et Blystad (2016) sur l'accès des jeunes inuits aux droits et à la santé sexuelle réalisée à Arviat, au Nunavut, est parvenue à la même conclusion. Dans l'étude de Lys et coll. (2019), certains participants ont fait mention des comportements de prédateurs des hommes plus âgés, qui invitaient des femmes plus jeunes à faire la fête avec eux, comme étant l'un des plus importants problèmes de santé sexuelle auxquels les femmes étaient confrontées dans leur communauté, puisque les rapports sexuels dans ce cas étaient souvent non consentis et sans utilisation de moyens de contraception. Dans cette étude, l'accès à l'alcool devenait un outil d'exercice de pouvoir des hommes plus âgés à l'encontre des femmes plus jeunes. Dans une étude de Corosky et Blystad (2016), la normalisation de la violence sexuelle dans la communauté a été définie comme une source d'impuissance pour les filles inuites et comme un obstacle au soutien de la santé sexuelle.



Les décisions concernant la sexualité et la prévention du VIH ne peuvent donc pas être considérées séparément de la dynamique du pouvoir dans les relations; l'égalité des genres et le renforcement de l'autonomie doivent aussi faire partie intégrante des programmes de prévention.

© Crédit : iStockPhoto.com réf. 622054022



Maltraitance des enfants

Des travaux de recherche suggèrent que la maltraitance sexuelle et affective des enfants peut accroître leur exposition au VIH et au VHC en influençant les comportements associés aux risques découlant d'une exposition plus élevée. La maltraitance des enfants a été associée à plusieurs facteurs de risque, notamment une plus grande consommation d'alcool et de substances, l'itinérance, l'automutilation, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, la maladie mentale, la multiplication des partenaires sexuels, la prostitution et les surdoses de drogues (Bucharski et al., 2006; Pearce et al., 2008; Ross et al., 2015). Ces conditions posent chez les individus un risque plus important de contracter le VIH ou d'autres ITSS (Bucharski et al., 2006).

Les conclusions issues de la cohorte du projet Cedar confirment ces résultats et parlent du cheminement entre la maltraitance des enfants et l'infection au VIH ou à l'hépatite C comme d'une « cascade de conséquences », comprenant entre autres des pratiques à risques liées au sexe ou à l'usage de drogues (Pearce et al., 2021, p. 7). Comme les populations autochtones au Canada affichent des taux disproportionnellement élevés de maltraitance des enfants en raison des effets du colonialisme (Corosky & Blystad, 2016; Fallon et al., 2021; Trocmé et al., 2021), les chercheurs ont constaté que les Autochtones ayant subi de la maltraitance durant leur enfance présentaient « un groupe à risques élevés au sein d'un groupe à risques élevés » en matière de facteurs de risque de contracter l'hépatite C (Parmar et al., 2016, p. 6).

Enjeux de santé mentale et dépendances

La recherche a démontré que les populations autochtones courent un plus grand risque de vivre des problèmes de santé mentale et des troubles associés à l'usage de substances (Antonio & Chung-Do, 2015). Ces disparités en matière de santé ont été attribuées aux répercussions du traumatisme historique sur les populations autochtones (Gone et al., 2019; Jongbloed et al., 2016). Les problèmes de santé mentale et de dépendances peuvent élever les risques de contracter une ITSS lors de l'utilisation de drogues par injection ou d'un parcours de prise de risques sur le plan sexuel (Argento et al., 2019; Kalichman et al., 2013; Mooney-Somers et al.,



© Crédit : iStockPhoto.com ref. 1315219023

2011), décourager les comportements visant à chercher de l'aide (Benz et al., 2021) et nuire à l'observance du traitement des ITSS (Kalichman et al., 2013; Willie et al., 2016).

L'utilisation de drogues par injection est l'un des déterminants les plus courant d'infection au VHC (Skinner et al., 2018) et au VIH (Haddad et al., 2018; Tarasuk et al., 2021) chez les populations autochtones. Des études examinant les risques de contracter une ITSS chez les travailleuses et travailleurs du sexe ont révélé que chez ces personnes, les risques de vivre avec le VIH étaient plus de deux fois plus élevés que chez leurs vis-à-vis non autochtones et que l'usage de substances était associé à un risque accru (Duff et al., 2013; Goldenberg et al., 2014; Shannon et al., 2007;

Wood et al., 2007). Dans une étude, l'alcool et les drogues ont été associés à une diminution de l'usage du condom chez les jeunes vivant dans les Territoires du Nord-Ouest, en majorité des Autochtones (Logie et al., 2018c). L'abus de substances a aussi été établi comme un obstacle à l'accès aux soins et à la participation à des services de prévention des ITSS (Falade-Nwulia et al., 2016; MacAfee et al., 2019; Tingey et al., 2022).

La santé mentale façonne la transmission et la prévention des ITSS. Une étude de Logie et coll. (2018b) qui se penche sur les facteurs en santé mentale associés à la vulnérabilité à la transmission d'ITSS chez des jeunes femmes des Territoires du Nord-Ouest, a révélé que chez la majorité de celles qui étaient autochtones, la dépression avait

un effet indirect sur les pratiques sexuelles à risques élevés (tels que la multiplicité des partenaires sexuels) en raison de l'utilisation de substances. Des médicaments peuvent être utilisés comme mécanisme de survie pour faire face à un traumatisme émotionnel, mais ils contribuent d'autant à l'adoption de pratiques plus risquées pour la santé sexuelle (Argento et al., 2019; Shrier et al., 2001). Cette relation entre santé mentale, utilisation de substances et ITSS met en relief la pertinence de services intégrés et regroupés en santé mentale, abus de substances et santé sexuelle comme moyen de joindre les populations à risques de contracter une ITSS et de susciter leur implication (Mendlowitz et al., 2023a; Salway et al., 2019; Socías et al., 2019).

Stigmatisation

De multiples formes de stigmatisation se recoupent et influencent la transmission et la prévention des ITSS chez les populations autochtones. En plus de la stigmatisation liée au fait d'être autochtone, l'orientation sexuelle, la présence d'une ITSS et le colonialisme ont joué un rôle considérable dans l'émergence de la stigmatisation entourant la sexualité et le corps, en renforçant les concepts normatifs de honte entourant la sexualité et en imposant une compréhension occidentale du genre et de la sexualité reposant sur une idée binaire de l'homme et de la femme hétérosexuels (Burns, 2020; Hunt, 2016; Sanderson et al., 2021). Il a été établi que le colonialisme, et sa capacité à perturber les mécanismes d'adaptation et le processus de guérison traditionnels, constitue un facteur clé ouvrant la voie à la stigmatisation et au sentiment de honte liés à la santé sexuelle dans les communautés autochtones, où de tels sentiments n'existaient pas auparavant (Armenta et al., 2021; Gesink et al., 2016). Résultat : parler de santé sexuelle est presque tabou, ce qui favorise le silence dans de nombreuses communautés autochtones et empêche les discussions sur les ITSS (Barkman et al., 2022). Ce phénomène peut donner lieu à l'émergence d'idées fausses sur les risques de transmission et à une diminution de la sensibilisation aux services de prévention (Armenta et al., 2021; Barkman et al., 2022). La stigmatisation sexuelle est donc un obstacle reconnu à la prévention des ITSS et un important facteur

favorisant les disparités en matière de santé (Layland et al., 2020).

Malgré les efforts déployés pour réduire la stigmatisation entourant les ITSS au Canada et dans le monde, une importante stigmatisation touche encore les Autochtones cherchant à obtenir des services de prévention, des tests ou un traitement permanent pour une ITSS, ce qui les amène à éviter ou retarder le recours aux services de prévention et de soins liés à la santé sexuelle (Barkman et al., 2022; Lys et al., 2019; MacLean, 2018). Selon MacLean (2018), les milieux où sont offerts des services de santé et des services sociaux peuvent être une source importante de stigmatisation en raison de nombreux facteurs contributifs tels que les comportements et les attitudes du personnel soignant, les normes et les perceptions sociales des comportements (p. ex. les jugements portés à l'égard des comportements sexuels ou de l'utilisation de substances), le manque de sécurité culturelle et les difficultés d'accès pour les personnes nécessitant des soins. On constate aussi une stigmatisation importante associée aux ITSS sur

le plan sociétal, car les personnes touchées peuvent sentir qu'elles font l'objet de préjugés de la part de gens de leur entourage, de leur employeur ou d'autres membres de la communauté. Ces degrés divers de stigmatisation peuvent, conjointement, altérer l'estime de soi, le bien-être et les comportements visant à favoriser la santé.

Les obstacles qu'engendrent la stigmatisation et la honte peuvent être particulièrement importants dans les petites communautés autochtones où les personnes recevant des soins en santé sexuelle peuvent connaître personnellement le personnel soignant et où la capacité de préserver la confidentialité et l'anonymat ne peut être garantie, surtout chez les jeunes, qui peuvent se sentir jugés, honteux ou embarrassés d'être actifs sexuellement à leur âge (Barbour, 2017; Barkman et al., 2022; Gesink Law et al., 2008; Lys et al., 2019; O'Brien et al., 2020). À l'inverse, Barkman et coll. (2022) ont constaté que les personnes qui ont accès à des soins de santé liés aux ITSS dans les centres urbains bénéficient d'un

Malgré les efforts déployés pour réduire la stigmatisation entourant les ITSS au Canada et dans le monde, une importante stigmatisation touche encore les Autochtones cherchant à obtenir des services de prévention, des tests ou un traitement permanent pour une ITSS, ce qui les amène à éviter ou retarder le recours aux services de prévention et de soins liés à la santé sexuelle

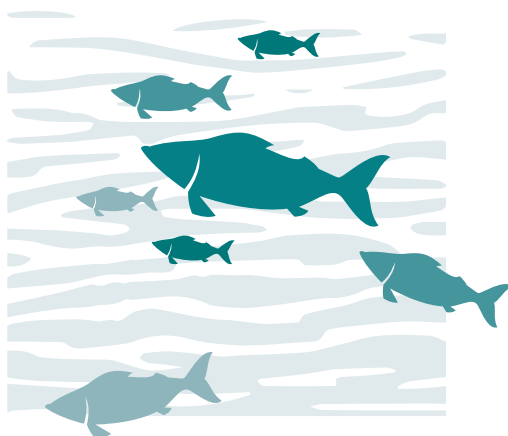
(Barkman et al., 2022; Lys et al., 2019; MacLean, 2018).

meilleur accès aux services de santé, peuvent obtenir plus facilement de l'information sur ces infections et sur les tests de dépistage, vivent moins de stigmatisation associée à la santé sexuelle et profitent de plus d'ouverture à l'égard de la sexualité, ce qui favorise l'adoption de comportements plus normalisés en ce qui concerne les mesures pour avoir une meilleure santé sexuelle.

En plus de la stigmatisation liée aux ITSS et à la santé sexuelle, l'appartenance aux communautés LGBTQ+ peut aussi imposer des obstacles à des services de santé sexuelle appropriés. Le discours dominant voulant que les personnes cisgenres et hétérosexuelles soient « normales », et qui vient occulter la diversité sexuelle et de genre, peut rendre invisibles les personnes des communautés LGBTQ+ dans la recherche, les politiques et les programmes qui visent à répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle (Logie et al., 2018a). Cette situation peut nuire à « l'accès à de l'information sur les pratiques sexuelles sans risque pour les personnes de même sexe... [traduction] »; limiter « l'accès à des ressources en matière de pratiques sexuelles sans risque et de soins de santé sexuelle affirmatifs pour les personnes LGBTQ+ [traduction] » et contribuer à la stigmatisation sexuelle (Logie et al., 2018a, p. 2). La stigmatisation sexuelle peut être encore plus grande pour les personnes des communautés LGBTQ+ vivant dans les régions rurales en raison de « normes au sein de la communauté qui [dévalorisent] les identités de même sexe et de stigmatisation entourant les services

et les organismes dédiés aux personnes LGBTQ+ [traduction] » (Logie & Lys, 2015, p. 2; voir également Dahl et al., 2015; Logie et al., 2019c).

Il est important de souligner que la stigmatisation liée aux ITSS n'existe pas séparément des autres formes de stigmatisation et de discrimination auxquelles sont confrontés les populations autochtones au Canada (Goodman et al., 2017; Malama et al., 2023; Smye et al., 2023). MacLean (2018) mentionne la stigmatisation en couches successives pouvant survenir lorsque les préjugés associés aux ITSS s'ajoutent à ceux qu'entraînent d'autres identités ou comportements, tels que les rapports sexuels (p. ex. le fait d'avoir de multiples partenaires ou d'être travailleuse ou travailleur du sexe), l'orientation sexuelle ou l'utilisation de drogues par injection. Cette stigmatisation à multiples facettes peut être exacerbée encore davantage par le racisme et la discrimination, puisque l'identité autochtone peut susciter certains biais et préjugés. Les problèmes de santé mentale et la classe sociale peuvent être d'autres préjugés interreliés. Ensemble, ces préjugés concourants peuvent poser de multiples obstacles à l'accès à des ressources pour des relations sexuelles protégées et une réduction des méfaits, et mener à une diminution de l'efficacité des pratiques sexuelles plus sûres (Logie et al., 2018a; Poteat & Logie, 2022). Pour comprendre ce que vivent les populations autochtones avec les ITSS, nous devons tenir compte de l'importance de ces préjugés concourants, en particulier lorsqu'on se penche sur la façon dont certaines populations autochtones peuvent être confrontées à de multiples préjudices.



Accès aux services de santé

L'accès rapide à des soins de santé est essentiel pour contrôler les ITSS (Fairley, 2018). Les communautés et les populations autochtones sont confrontées à des obstacles particuliers en matière d'accès aux services. Dans les communautés rurales, éloignées et du Nord, l'accès à des services de prévention des ITSS, le diagnostic précoce et les traitements peuvent être compliqués par l'éloignement géographique et par la petite taille des populations concernées. L'accès à des services de santé de façon générale peut être limité par le manque de prestataires de soins qualifiés et le roulement de personnel, par les heures réduites où de tels services sont disponibles de même qu'en raison des préjugés, d'enjeux de confidentialité, de l'absence de services de soins primaires ou de la nécessité de parcourir de longues distances pour obtenir des services lorsqu'ils ne sont pas disponibles dans la région – ensemble, tous ces facteurs ont un effet sur la continuité des soins (Barbour, 2017; Corosky & Blystad, 2016; Fairley, 2018; Gesink Law et al., 2008; Larcombe et al., 2019).

Bien que la disponibilité des tests de dépistage des ITSS telles que les infections par le VIH ou le VHC continue de s'élargir à travers le pays, leur disponibilité varie grandement d'un contexte géographique à l'autre.

Dans la littérature, on insiste de plus en plus sur l'importance des analyses hors laboratoire (AHL) pour améliorer l'accès aux examens de dépistage du VIH et d'autres ITS. L'AHL désigne l'analyse d'échantillons à l'extérieur des laboratoires centraux et dans des endroits situés plus près des patients, tels que les bureaux de médecins, les pharmacies, les ambulances, les milieux de soins de longue durée ou le domicile des patients. Ce type de test est habituellement offert en même temps que du counseling avant ou après le test en question (Cowling & Dolcine, 2017). Pour réaliser des AHL, on a généralement recours à de petits appareils médicaux portatifs pouvant analyser des échantillons et générer des résultats dès le moment où le test est réalisé (Madimenos et al., 2022). Selon le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique (BCCDC, 2012), les AHL devraient être offertes pour réaliser des tests de routine dans les services de santé auxquels le public a régulièrement accès (c. à d. dans les cabinets de médecins de famille ou les cliniques de santé). D'autres AHL ciblées devraient être offertes à certains segments clés de la population dans le cadre de services de proximité.

La recherche a démontré que les AHL peuvent aider à diriger rapidement les patients vers les traitements et les soins (LeBlanc, 2019); en ce sens, ce type d'analyse offre une stratégie prometteuse pour améliorer les perspectives de santé des Autochtones ayant contracté une ITS (Hughes & Fifer, 2018). Une évaluation des tests de dépistage du VIH au Canada en 2017 soulignait toutefois que les AHL pouvaient ne pas être disponibles dans de nombreuses communautés rurales ou éloignées, y compris dans des communautés autochtones. En 2017, il n'y avait aucun accès à des AHL pour le VIH dans les territoires (Yukon, TNO et Nunavut) ni dans les provinces atlantiques (Minichiello et al., 2017). Plus récemment, on a commencé à offrir des AHL dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavik et au Nunavut en réponse à des éclosions de syphilis (Caya et al., 2022; Government of the Northwest Territories, 2022; Singh et al., 2022), alors que le Nouveau-Brunswick (Gould, 2018), Terre-Neuve-et-Labrador (CATIE, 2020) et l'Île-du-Prince-Édouard avaient commencé à offrir certaines analyses de ce genre pour le VIH, le VHC ou les deux. Pour améliorer les résultats de santé chez les populations autochtones, des parcours de soins intégrés sont nécessaires, avec des AHL offertes conjointement avec des traitements rapides et complets, un mécanisme pour aviser les partenaires ainsi que des tests réguliers (Hughes

& Fifer, 2018). Un engagement communautaire et une prise de décisions seront essentiels à l'organisation et à la prestation de ces services afin d'améliorer la « confiance et l'accès aux soins » (Hughes & Fifer, 2018, p. 1055).

La disponibilité d'options permettant de procéder à des tests soi-même permet aussi d'accroître l'accès au dépistage des ITSS dans les communautés autochtones. Avec les tests auto-administrés, on peut recueillir soi-même ses propres échantillons, puis les poster au laboratoire aux fins d'analyse. Ce type de test offre l'avantage de renforcer l'autonomie des individus et de réduire la stigmatisation associée aux ITSS. Il présente toutefois aussi des inconvénients, notamment des temps d'attente plus longs pour obtenir le résultat, avec le risque de ne pas recevoir de counseling ou d'avoir accès à un traitement en temps opportun, ou encore la possibilité de recevoir un faux-négatif, sans compter que les trousses de tests peuvent être offertes à un coût prohibitif (Atkinson, 2020). Les trousses de tests auto-administrés ont été utilisées avec succès pour le dépistage du VIH et d'autres ITS comme la gonorrhée et la chlamydia, y compris dans les communautés autochtones où les ressources sont limitées. Une communauté métisse de l'Alberta a supervisé par exemple un projet-pilote pour l'analyse des gouttes de sang séché (GSS)⁸ pour

⁸ L'analyse des gouttes de sang séché (GSS) implique une piqûre de la peau, habituellement sur le bout d'un doigt, puis le prélèvement d'une goutte de sang que l'on place sur un papier-buvard spécial appelé « papier de Guthrie ». L'échantillon est ensuite envoyé à un laboratoire pour être analysé.

la détection des ITS. Ces tests ont été administrés par du personnel d'un service communautaire local spécialement formé et ont été offerts conjointement avec de l'information de santé pertinente. Les utilisateurs de l'analyse de GSS ont eu des expériences très positives, ont jugé que le test était facile, ont reçu de l'information adéquate sur les ITS et ont dit qu'ils recommanderaient cette solution et l'utiliseraient de nouveau à l'avenir (Atkinson, 2020). Les tests auto-administrés peuvent aussi être liés à une gestion clinique à partir d'Internet ou d'une application mobile et aider à remédier aux obstacles d'accès aux services de dépistage des ITS dans les centres urbains, y compris aux inquiétudes relatives aux longs délais d'attente et au manque d'intimité; les utilisateurs doivent cependant demander un accès à ces appareils et disposer des compétences technologiques nécessaires pour les utiliser (Fuller et al., 2013; Gilbert et al., 2017). De plus, des recherches effectuées auprès de femmes inuites et des Premières Nations ont révélé que les tests auto-administrés pour le VPH, qui impliquent l'insertion d'un coton-tige, le prélèvement d'un échantillon puis son envoi à un laboratoire aux fins d'analyse constitue une manière de procéder acceptable et précise, que ces femmes préfèrent au lieu d'un test Pap effectué par un prestataire de soins pour le dépistage du VPH (Cerigo et al., 2012, 2013; Zehbe et al., 2011, 2017).

Dans les communautés rurales et isolées, l'accès aux tests et aux traitements des ITSS peut être

complexe, particulièrement lorsqu'il s'agit du VHC. Selon Skinner et coll. (2018), le traitement contre le VHC exige un accès à des services médicaux (p. ex. à un test de mesure de l'élasticité hépatique désigné sous le nom commercial Fibroscan^{MD} ou à une stadification hépatique) habituellement offerts par des spécialistes dans les centres urbains. Les personnes vivant dans des communautés rurales et isolées doivent donc se rendre dans un centre urbain pour traiter leur infection au VHC. Les travaux de recherche de Barbour (2017) soulignent les obstacles d'accès à des services de santé dans les communautés autochtones rurales de la région atlantique et observent que trouver un moyen de transport entre la communauté et les services de santé centralisés peut être difficile lorsque la personne ne dispose pas d'un moyen de transport. De plus, dépendre d'un service de transport communautaire risque de mettre en péril la confidentialité et l'anonymat du patient s'il est connu du conducteur.

Plusieurs complexités au chapitre des compétences des gouvernements peuvent constituer des obstacles à des soins adéquats et constants pour les populations autochtones. On pense notamment aux difficultés à naviguer à travers des processus compliqués et disparates pour le renvoi en consultation entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les fournisseurs autochtones de services à l'échelle locale (Dunn et al., 2021). Les autres problèmes ont trait aux membres des Premières Nations vivant hors réserve et à leur capacité

à accéder à des services de santé particuliers, puisque les programmes et services offerts par les communautés des Premières Nations sont habituellement disponibles seulement pour les personnes vivant sur les réserves en raison d'une capacité limitée ou d'un financement limité, ou d'autres facteurs (BC Association of Aboriginal Friendship Centres [BCAAFC], 2020).

En outre, la littérature suggère que la méfiance à l'égard du système de santé chez les populations autochtones est aussi un obstacle considérable aux soins de prévention et de traitement des ITSS comme à tous les soins de santé de façon générale (Negin et al., 2015; O'Brien et al., 2020; Pearce et al., 2021). Les sources de cette méfiance sont multiples et profondément enracinées dans les expériences historiques et contemporaines des populations autochtones à l'égard du système de santé (Jacklin et al., 2017). Ces expériences consistent, sans s'y limiter, à une participation forcée à des expériences médicales menées sur ces populations, dont des expériences en nutrition dans les pensionnats et l'essai de nouveaux vaccins (Jacklin et al., 2017; Greenwood & MacDonald, 2021; Mosby & Swidrovich,



2021); des milieux de soins et des services séparés de ceux du reste de la population – dans ce que l’on appelait jadis les « hôpitaux indiens » (Greenwood & MacDonald, 2021); des stérilisations forcées, sans en informer les personnes concernées (Collier, 2017; Stote, 2017); des politiques et des systèmes « d’alerte des naissances » (Matheson et al., 2022; Tyler Doenmez et al., 2022).

À la défiance à l’égard du système de santé s’ajoute un manque de services de santé accessibles et culturellement sûrs pour les patients autochtones, surtout dans les centres urbains (Bucharski et al., 2006; Pilarinos et al., 2023; Weerasinghe et al., 2023). Des expériences passées négatives avec le système de santé, telles que l’impression de se voir refuser des soins, des soins de qualité inférieure, des stéréotypes négatifs visant les Autochtones, du racisme, de multiples formes de discrimination et des politiques peu favorables à la culture minent encore davantage la confiance dans les services de santé généraux (Browne, 2017; Browne et al., 2016; Jacklin et al., 2017; Lavoie et al., 2015; McCallum & Perry, 2018; Wylie et al., 2019; Wylie & McConkey, 2019). Dans une étude sur les points de vue des femmes autochtones à l’égard des soins culturellement appropriés pour le VIH, les participantes ont affirmé qu’elles pourraient éviter de se diriger vers les soins de santé généraux en raison

des traitements discriminatoires qu’elles ont vécus ou qui font partie des souvenirs qui leur ont été relatés par des générations d’Autochtones (Bucharski et al., 2006). Lorsque des patients autochtones sont aussi membres d’une communauté LGBTQ+, la confiance dans le système de santé peut être encore plus réduite lorsqu’ils sentent qu’ils ont été jugés par leurs prestataires de soins ou qu’ils ont reçu des services non inclusifs sur le plan du genre (Logie et al., 2019c). Il peut être difficile de contourner ces difficultés.

Comme le colonialisme a joué un rôle central dans les disparités propres à la santé autochtone et la défiance de cette clientèle à l’égard du système de santé général, remédier à ces difficultés exigera de l’attention et des mesures qui feront progresser les efforts de réconciliation entre les Autochtones et les non-Autochtones relativement aux soins de santé. La Commission de vérité et réconciliation (CVR) du Canada (2015) formule plusieurs grandes recommandations pour travailler à la réconciliation et toutes peuvent s’appliquer à l’amélioration de l’accès des Autochtones aux services de santé liés aux ITSS. Ces recommandations sont :

1. d’établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités

- non autochtones, en plus de publier des rapports d’étape;
2. de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant hors réserve, et de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Premières Nations hors réserve;
3. de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d’utiliser ces pratiques dans le traitement des patients autochtones lorsque ces patients en font la demande;
4. de voir à l’accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
5. d’offrir une formation en matière de compétence culturelle à tous les professionnels de la santé;
6. de veiller à ce que les étudiants des écoles de médecine et de soins infirmiers suivent un cours portant sur l’histoire des Autochtones, leurs enseignements, leurs pratiques et leurs droits, et acquièrent des habiletés en compétence interculturelle, résolution des différends, droits de la personne et antiracisme.



⁹ Par le passé, les hôpitaux envoyaient des « alertes » aux services provinciaux d’aide à l’enfance et à la famille pour les aviser de la naissance de bébés autochtones, souvent en raison d’un préjugé à l’encontre des parents autochtones et du faux prétexte d’assurer la sécurité et le bien-être du nourrisson. Ces alertes étaient associées à une menace que l’État retire ces nouveau-nés à leurs parents.

Comme le colonialisme a joué un rôle central dans les disparités propres à la santé autochtone et la défiance de cette clientèle à l'égard du système de santé général, remédier à ces difficultés exigera de l'attention et des mesures qui feront progresser les efforts de réconciliation entre les Autochtones et les non-Autochtones relativement aux soins de santé.



Taux généraux et tendances des ITSS chez les populations autochtones

Comme mentionné précédemment, les taux généraux et les tendances en matière d'ITSS chez les populations autochtones ne sont pas faciles à dégager des données nationales en raison des limites dans les variables recueillies à partir de sources provinciales et territoriales. De plus, les données disponibles sur les ITSS pourraient sous-représenter les taux et tendances en la matière, car elles tiennent uniquement compte des personnes qui déclarent elles-mêmes leur diagnostic dans un cadre de recherche (p. ex. sondages) et des diagnostics

enregistrés dans un cadre médical. Les sections suivantes résument les données disponibles provenant de diverses sources, y compris celles des rapports de surveillance fédéraux, provinciaux et territoriaux et des projets de recherche. Les auteurs reconnaissent toutefois les limites de la pertinence de certains ensembles de données pour toutes les populations autochtones à travers le Canada et des conclusions d'études trop anciennes (qui ont été publiées avant 2013) ou dont la portée géographique et la population visée sont restreintes. Malgré ces limites, on constate des tendances constantes et observables voulant que les populations autochtones soient touchées de manière disproportionnée par les ITSS au Canada et plus particulièrement par le VIH et l'hépatite C.

ITSS à déclaration obligatoire

Chlamydia

À l'échelle nationale, l'ASPC (2013) estimait qu'en 2013, les taux de chlamydia étaient presque sept fois plus élevés chez les adultes autochtones comparativement aux adultes non autochtones. Un tel écart a aussi été observé chez les adultes des Premières Nations dans l'enquête régionale 2008-2010 menée en 2012 par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (FNIGC).

Certaines données régionales de surveillance de la Saskatchewan et de l'Alberta font état de taux exceptionnellement élevés de chlamydia chez les Premières Nations. En Saskatchewan, les taux de chlamydia chez ce groupe de la



population ont augmenté pour passer de 1 616 cas par 100 000 personnes en 2007 à 2 064,9 cas par 100 000 personnes en 2012, avant de diminuer pour se situer à 1 770,8 cas par 100 000 personnes en 2016 (Indigenous Services Canada [ISC], 2018). Ces taux sont respectivement 7,2, 6,8 et 5,2 fois plus élevés que les taux au Canada pour les mêmes périodes, ce qui suggère que l'écart entre les deux populations diminuerait avec le temps, peut-être en raison de la plus grande sensibilisation ou de la disponibilité des tests, du dépistage et des activités de recherche des contacts. De 2008 à 2013, la chlamydia constituait 51,1 % de toutes les maladies contagieuses déclarées dans la région de la Saskatchewan desservie par l'Inter-Tribal Health Authority (Lam et al., 2017). La médecin-hygiéniste de Santé Canada (2013) en Alberta signalait des taux croissants d'ITS chez les membres des Premières Nations vivant sur les réserves pour la période de 2007 à 2011. La chlamydia était l'ITS la plus couramment déclarée, avec des taux en augmentation de 50 % au cours de cette période. La transmission verticale de la chlamydia a aussi fait l'objet d'un suivi au cours de cette période, avec un taux de 1,4 par 10 000 naissances vivantes (Medical Officer of Health, 2013).

Les taux les plus élevés de chlamydia ont été signalés dans les régions du nord du Canada. Bien que souvent, les données de surveillance pour ces régions ne soient pas ventilées par populations autochtones, il est important de se rappeler que les Autochtones forment la majorité de la population des Territoires du Nord-Ouest (51 %) et du Nunavut (86 %) (ISC, 2020). Pour la période de 2010

à 2015, le taux de cas de chlamydia confirmés en laboratoire était de 2 002,5 par 100 000 personnes dans les Territoires du Nord-Ouest et de 3791,2 par 100 000 personnes au Nunavut, comparativement à la moyenne nationale de 325 cas par 100 000 personnes (Choudhri et al., 2018b). En 2020, ce taux avait augmenté pour passer à 3816,1 par 100 000 personnes (PHAC, 2023d). Collectivement, la chlamydia constituait environ 54 % de toutes les maladies déclarées et 74 % de toutes les ITS déclarées au Nunavut pour la période de 2007 à 2014 (Office of the Chief Medical Officer of Health, 2016). En 2013, le taux de chlamydia normalisé selon l'âge au Nunavut était de 3 000 par 100 000 personnes comparativement à 500 par 100 000 pour le reste du Canada (Office of the Chief Medical Officer of Health, 2016). Le gouvernement du Québec a aussi déclaré une infection d'envergure à la chlamydia dans la région du Nunavik, une région principalement habitée par des Inuits. En 2017, le taux d'incidence de la chlamydia était 18 fois supérieur dans cette région que dans le reste de la province (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Pour la période de 2013 à 2017, le taux d'infection à la chlamydia dans cette région avait augmenté de plus de 44 %.

En revanche, les taux de chlamydia sont beaucoup plus faibles chez les membres des Premières Nations vivant sur les réserves dans les provinces atlantiques. Le taux brut de chlamydia a diminué et est passé de 9 par 1 000 personnes en 2011 à 4 par 1 000 personnes en 2015,

ce qui est légèrement plus élevé que le taux canadien de 3 par 1 000 personnes (First Nations and Inuit Health Branch, 2016).

Gonorrhée

Les données probantes disponibles sont limitées pour la gonorrhée, mais celles qui sont disponibles suggèrent que les populations autochtones affichent des taux disproportionnellement plus élevés que les populations non autochtones. En Saskatchewan, les taux de gonorrhée chez les membres des Premières Nations ont augmenté et sont passés de 540,3 par 100 000 personnes à 638,7 par 100 000 entre 2007 et 2012, puis ont diminué pour se chiffrer à 445,7 par 100 000 personnes en 2016 (ISC, 2018). En comparaison, les taux de gonorrhée pour le Canada étaient de 36,1 par 100 000, de 37,5 par 100 000 et de 65,4 par 100 000 personnes en 2007, en 2012 et en 2016, respectivement. Dans la région desservie par la Northern Inter-Tribal Health Authority, en Saskatchewan, 16,8 % des maladies contagieuses déclarées pour la période de 2008 à 2013 étaient des infections à la gonorrhée (Lam et al., 2017).

Encore une fois, les taux de gonorrhée paraissent particulièrement élevés au Nunavut. Le taux d'incidence de la gonorrhée normalisé selon l'âge y a diminué entre 2010 et 2014 pour constituer environ 25 % de toutes les ITS déclarées sur le territoire pour cette période (Office of the Chief Medical Officer of Health, 2016). Néanmoins, le taux de gonorrhée normalisé selon l'âge était près de

27 fois plus élevé que celui du reste du Canada en 2013 (600 par 100 000 personnes comparativement à 50 par 100 000 personnes). En 2018, le taux déclaré de gonorrhée était de 1911,1 par 100 000 personnes au Nunavut, comparativement à 95,8 par 100 000 personnes pour le Canada (PHAC, 2018b). En 2020, ce taux avait augmenté à 2433,3 par 100 000 personnes (PHAC, 2023d). De même, le plus haut taux d'incidence observé pour la gonorrhée au Québec était dans la région inuite du Nunavik; en 2017, ce taux était 28 fois supérieur à celui du taux provincial (Institut national de santé publique du Québec, 2017).

Syphilis

Les taux de syphilis varient grandement entre les diverses populations autochtones du Canada, mais augmenté de façon spectaculaire à travers tout le pays (PHAC, 2023e). Les augmentations les plus marquées ont été observées dans les Prairies et chez les hommes gais et bisexuels ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Aho et al., 2022; Singh, 2019). Les taux d'infection sont également en hausse chez les hommes et les femmes hétérosexuels, ce qui entraîne des augmentations de la syphilis congénitale (Singh & Romanowski, 2019). Des études antérieures ont démontré que les populations autochtones au Canada pourraient être touchées de manière disproportionnée par la syphilis, en raison de facteurs de risque tels que le travail du sexe et l'utilisation de drogues illicites (Raval et al., 2022; Sankaran et al., 2023; Singh et al., 2007; Singh & Romanowski, 2019).

En Saskatchewan, les taux de syphilis ont été par le passé généralement moins élevés chez les membres des Premières Nations qu'au sein de la population en général, sauf en 2010 et 2011 – le taux de syphilis a alors été 1,9 fois supérieur à celui de la population canadienne (ISC, 2018). En 2007, le taux de syphilis était de 0,0 par 100 000 personnes chez les communautés de Premières Nations comparativement à 8,4 par 100 000 personnes pour le Canada (ISC, 2018), mais cela pourrait s'expliquer par une sensibilisation réduite et moins de tests réalisés dans les Premières Nations pour cette période. Depuis lors, le taux de syphilis au sein des populations de Premières Nations a augmenté pour passer à 7,2 par 100 000 personnes en 2012 et à 6,7 par 100 000 personnes en 2016, comparativement à 9,8 et à 14,8 par 100 000 personnes, respectivement, pour les mêmes années au Canada. Plus récemment, le médecin hygiéniste régional à Service aux Autochtones Canada signalait des taux alarmants de syphilis dans les communautés autochtones de Premières Nations en 2022, avec une augmentation de 900 % du nombre de cas signalés depuis 2019 (Ghania, 2022).

En Alberta, plus de 50 % des cas de syphilis infectieuse déclarés pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 21 décembre 2019 affectaient des personnes s'identifiant comme autochtones. De ce nombre, 41,2 % étaient des membres des Premières Nations et 10,3 % étaient Métis (Raval et al., 2022). Des 374 cas d'infections à la syphilis

diagnostiqués durant une grossesse en Alberta entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2020, 61 % touchaient des femmes d'identifiant comme autochtones et 9,6 % touchaient les femmes s'identifiant comme métisses (Gratrix et al., 2022). Environ 39,4 % de ces mères chez les Premières Nations et 36 % chez les mères métisses ont transmis la syphilis à leur nourrisson, comparativement à 29 % chez les mères de race blanche¹⁰ (Gratrix et al. 2022). La médecin-hygiéniste de Santé Canada (2013) en Alberta a aussi assuré la surveillance de la transmission verticale de la syphilis aux nourrissons chez les membres des Premières Nations vivant sur les réserves pour la période de 2007 à 2010 et observé un taux de 2,2 par 10 000 naissances vivantes.

Dans le plus récent rapport dans lequel des données sur les Autochtones sont aisément disponibles en Colombie-Britannique, la proportion de cas de syphilis infectieuse pour la période de 2008 à 2017 a connu un déclin constant chez les personnes s'identifiant comme membre des Premières Nations¹¹, passant de 8,8 % en 2008 à 2,3 % en 2017 (BCCDC, 2017). Selon ce rapport, les femmes membres des Premières Nations accaparaient une proportion beaucoup plus importante des cas de syphilis que les autres femmes de la province, comparativement à la proportion

d'hommes des Premières Nations incluse dans l'ensemble des hommes de la province. Pour ce qui est des tendances, le taux de syphilis infectieuse a diminué chez les hommes des Premières Nations pour passer de 21 par 100 000 personnes en 2008 à 7,6 par 100 000 en 2010, avant d'augmenter de façon continue par la suite pour atteindre des sommets en 2013 et en 2016, avec 23,4 cas par 100 000 personnes et 22,4 cas par 100 000 personnes, respectivement. Une tendance similaire à la baisse a été observée chez les femmes des Premières Nations, avec un taux d'incidence atteignant un sommet en 2008, avec 18,8 cas par 100 000 personnes, puis en diminuant pour passer à 1,5 par 100 000 personnes en 2010, le tout suivi d'une tendance à la hausse qui a atteint son apogée en 2015, avec 6,9 cas par 100 000 personnes, pour finalement retomber à 2,7 par 100 000 personnes en 2016 et en 2017 (BCCDC, 2017). Néanmoins, on a assisté à une résurgence de la syphilis infectieuse dans cette province au cours des dernières années, surtout chez les femmes (BCCDC, 2023). Cette augmentation a été associée, en partie, à l'instabilité en matière de logement, à l'utilisation de substances et à la maladie mentale (Willemsma et al., 2022). Ces éléments touchent les populations autochtones de façon disproportionnée. De janvier 2010

à juillet 2016, environ 13 % des cas de syphilis maternelle en Colombie-Britannique affectaient des femmes s'identifiant comme autochtones (Wong et al., 2016).

Les taux de syphilis demeurent élevés chez les Inuits des régions du nord du Canada. En 2019, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut enregistraient des taux de 106,9 par 100 000 et de 259,8 par 100 000 personnes, respectivement (Harrigan, 2021). L'ASPC (2020a) signalait que le Nunavut comptait les taux les plus élevés de syphilis infectieuse au Canada en 2017, avec 234 cas par 100 000 personnes (301 cas par 100 000 personnes chez les femmes), comparativement à 11,2 cas par 100 000 personnes pour le Canada dans son ensemble. Compte tenu du fait que la population du Nunavut est principalement inuite, ces taux indiquent que les Inuits sont les plus touchés par la syphilis chez les populations autochtones. Le bureau de l'administrateur en chef de la santé publique du Nunavut (2016) signalait une augmentation importante des cas de syphilis sur le territoire depuis 2012. Le taux de syphilis infectieuse a augmenté de façon spectaculaire au cours de la période de 2012 à 2019, tant chez les hommes que chez les femmes de ce territoire (Singh et al., 2022). Bien que le Nunavut continuait d'afficher le plus haut taux déclaré de cas de syphilis infectieuse au

¹⁰ Proportion calculée par les auteurs, en fonction des données disponibles dans le document source.

¹¹ La disponibilité des estimations des populations de Métis et d'Inuits est extrêmement limitée et aucune appartenance ethnique connue n'était associée à environ 20 % des cas.

Canada en 2020, avec 127,1 cas par 100 000 personnes, et avec le taux canadien en augmentation à 24,7 par 100 000 personnes, l'écart entre le Nunavut et le reste du Canada a légèrement rétréci (Aho et al., 2022). Malgré 48 cas de syphilis signalés durant une grossesse, aucun cas confirmé de syphilis congénitale n'a été constaté au Nunavut pour la période de 2012 à 2020 (Singh et al., 2022).

Le Québec a aussi déclaré des taux de syphilis infectieuse disproportionnellement plus élevés dans la région inuite du Nunavik comparativement à celui de la population générale de la province. Le taux d'incidence de la syphilis infectieuse dans cette région était en effet de 236 par 100 000 personnes en 2017, comparativement à 11 par 100 000 personnes pour la province dans son ensemble (Institut national de santé publique du Québec, 2017).

VIH

Au cours des dernières décennies, une part importante de la littérature s'est penchée sur les taux et tendances relatives au VIH chez les populations autochtones du Canada. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) prépare des rapports de surveillance du VIH chaque année, bien que l'on observe une tendance à la baisse de la somme d'information sur la race et l'ethnicité déclarées avec les cas de VIH, notamment en ce qui a trait à l'utilisation d'identifiants autochtones (PHAC, 2022b). On doit donc faire preuve de prudence lors de l'interprétation des plus récentes données de surveillance du VIH.

En 2020, 18,2 % de toutes les nouvelles infections par le VIH se retrouvaient chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, une augmentation de

3,5 % depuis 2018 (PHAC, 2020b, 2022c). L'ASPC (2022b, 2022d) signale que chez les quelque 62 790 personnes qui vivaient avec le VIH au Canada en 2020 selon les estimations, environ 1 sur 10 était autochtone (5,1 % de ces personnes étaient membres des Premières Nations, 0,4 % étaient métisses et 5,2 % étaient des Autochtones sans autre précision); aucun autre renseignement n'est toutefois offert quant au sexe, à l'âge, au genre ou à la région géographique de ces personnes. Le taux d'incidence du VIH chez les populations autochtones en 2020 était presque 4 fois supérieur à celui de la population canadienne en général (15,2 par 100 000 comparativement à 4 par 100 000 personnes) (PHAC, 2022d); ce taux représente une légère baisse depuis 2017, alors qu'il se chiffrait à 16,22 par 100 000 personnes chez les populations autochtones (Koehn et al., 2021).



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 157333256

Les années précédentes, chez toutes les personnes infectées par le VIH au Canada pour lesquelles on possédait des données sur la race ou l'ethnicité, 20,1 % avaient fait part de leur statut d'autochtone en 2017, 19,3 % en 2018 et 24,7 % en 2019 (Haddad et al., 2019; Haddad et al., 2021).

Les ensembles de données par province peuvent fournir une perspective plus détaillée relativement aux taux et tendances en matière d'infection par le VIH chez les populations autochtones. Le rapport annuel de 2017 sur les taux de VIH du Centre for Disease Control (BCCDC) de la Colombie-Britannique, par exemple, signale qu'entre 2008 et 2017, de 15 à 52 nouveaux cas d'infection par le VIH ont été diagnostiqués chaque année chez les membres des Premières Nations de cette province, et que 5 nouveaux cas ou moins de VIH par année ont été diagnostiqués chez les Métis et les Inuits (BCCDC, 2019). Des questionnaires du Programme d'amélioration des laboratoires (PAL) ont démontré que les Autochtones en Ontario formaient 2,7 % de tous les cas de VIH diagnostiqués entre 2009 et 2011 (Burchell et al., 2014). Selon les données des mises à jour statistiques du Manitoba sur les taux de VIH, en 2016, 31,2 % des nouveaux diagnostics de VIH, parmi les personnes ayant déclaré elles-mêmes leur ethnicité, touchaient des Autochtones de la province comparativement à 18,3 % dans le groupe ethnique de race blanche (Government of Manitoba, 2018). En 2018, environ 50 % des nouveaux cas de VIH déclarés au Manitoba l'étaient pour des personnes s'identifiant comme Autochtones (Government of Manitoba, 2019). Il s'agit là d'une augmentation importante de la proportion d'Autochtones parmi les nouveaux diagnostics de VIH depuis 2006, alors que les Autochtones n'étaient en cause que dans 26,3 % des nouveaux diagnostics dans la province (Government of Manitoba, 2018). En revanche, le Nunavut ne signalait aucun nouveau cas de VIH/sida entre 2007 et 2014 (Office of the Chief Medical Officer of Health, 2016).

La Saskatchewan et l'Alberta sont particulièrement touchées par les nouveaux diagnostics de VIH chez les membres des Premières Nations (Lydon-Hassen et al., 2022). On a observé des tendances fluctuantes au fil du temps en ce qui concerne les diagnostics de VIH dans les communautés des Premières Nations, alors que les taux d'infection par le VIH étaient de 16 par 100 000 personnes en 2007, de 63,6 par 100 000 en 2012 et de 45,2 par 100 000 personnes en 2016 – soit des taux 2,2, 10,6 et 7,1 fois plus élevés qu'au sein de la population canadienne en général (ISC, 2018). En Alberta, 15,4 % des nouveaux cas de VIH pour la période de 2012 à 2016 touchaient des membres des Premières Nations (Alberta First Nations Information Governance Centre [AFNIGC], 2018). Le taux d'incidence du VIH était 4 fois plus important chez les hommes des Premières Nations que chez leur vis-à-vis non-membres des Premières Nations et 8 fois supérieur chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes n'en faisant pas partie (AFNIGC, 2018).

Les données et la recherche sur la prévention et les comportements associés aux tests chez les populations autochtones au Canada sont limitées. L'ASPC signale toutefois que chez les répondants à un sondage national d'évaluation des attitudes réalisé en 2012, 49 % des répondants issus des Premières Nations et 56 % des répondants métis avaient subi un test de dépistage du VIH (comme cité dans Burchell et al., 2014, p. 55).

Dans le cadre d'un examen des progrès du Canada vers l'atteinte des cibles établies dans le cadre 90 90 90 de l'ONUSIDA ¹² pour l'élimination du sida dans le monde, (UNAIDS, 2014), l'ASPC (2020b) signalait que parmi les quelque 62 050 personnes vivant avec le sida, 87 % avait reçu un diagnostic de VIH, 85 % suivaient un traitement aux antirétroviraux et de ce nombre, 94 % avaient pratiquement éliminé leur charge virale à la fin de

¹² L'ONUSIDA a récemment publié une nouvelle cible de 95-95-95 pour mettre fin au sida; cette nouvelle cible veut que 95 % des personnes connaissent leur état, 95 % reçoivent un traitement à l'aide d'antirétroviraux et 95 % seront parvenus à éliminer leur charge virale d'ici à 2030 (ONUSIDA, 2023).

2018. Peu d'études ont toutefois été réalisées pour établir dans quelle mesure les cibles 90 90 90 sont atteintes chez les Autochtones vivant avec le VIH. À partir de données de l'ensemble des 82 communautés de Premières Nations vivant sur les réserves en Saskatchewan, l'ASPC (2022c) signalait qu'à la fin de 2020, 88 % des personnes ayant reçu un diagnostic et vivant avec le VIH suivaient un traitement et que de ce nombre, 78 % étaient parvenus à la suppression virale. Les résultats de l'enquête *Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada*, mise en œuvre par les Premières Nations de la Saskatchewan et de l'Alberta pour la période de 2018 à 2020, ont été moins encourageants, avec environ 65 % des participants membres de Premières Nations ayant reçu un diagnostic de VIH et connaissant leur statut à ce titre. De ce nombre, 81 % indiquaient suivre un traitement et 54 % disaient être parvenus à la suppression de leur charge virale (PHAC, 2022c). En comparaison, à la fin de 2018, 90 % des détenus autochtones dans les établissements correctionnels fédéraux avaient reçu un diagnostic de leur statut concernant le VIH, 94 % suivaient un traitement et 92 % avaient une charge virale supprimée, ce qui suggère que les cibles pourraient être plus facilement atteintes dans un environnement carcéral¹³ (PHAC, 2020b).

Les résultats du sondage *Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada* suggèrent qu'en matière de soins de santé et pour l'amorce de traitements contre le VIH, les Autochtones pourraient être confrontés à des obstacles structurels et sociaux considérables, compte tenu des répercussions permanentes du colonialisme et des traumatismes intergénérationnels, lesquelles donnent lieu à de la marginalisation socioéconomique, à de la stigmatisation et à de la discrimination, à un mauvais usage de substances et à un historique de violence durant l'enfance ou avec un partenaire sexuel (Lydon-Hassen et al., 2022; Tarasuk et al., 2020).

La cible 90-90-90 de l'ONUSIDA

Le Canada a soutenu le Programme commun des Nations Unies et la stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/sida de l'Organisation mondiale de la Santé, par lesquels le pays s'engage à travailler à l'atteinte de la cible mondiale de l'ONUSIDA de 90 90 90 établie pour éliminer le sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. La cible de 90 90 90 précise qu'en 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état, 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic reçoivent un traitement à l'aide d'antirétroviraux et 90 % des personnes traitées parviennent à la suppression virale. On s'attendait à ce qu'en atteignant ces cibles en 2020, le monde soit en mesure de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 (PHAC, 2020b).

Certaines études ont démontré que les Autochtones courent le risque de ne pas atteindre une charge virale indétectable (Hosein, 2017; Kerkerian et al., 2018) et de subir un rebond viral (Palmer et al., 2018), ce qui suggère que ces obstacles pourraient nuire à leur accès aux soins et à altérer leur volonté d'observance du traitement (Jongbloed et al., 2019).

La suppression virale est essentielle pour empêcher le VIH de progresser vers sa finalité – le sida. Puisque le système immunitaire de l'organisme est gravement compromis, l'espérance de vie des personnes ayant reçu un diagnostic de sida est d'environ trois ans (Minority

¹³ Les personnes vivant en établissements, tels que les établissements correctionnels fédéraux ont accès à de la nourriture, sont logées et, dans certains cas, reçoivent aussi des soins réguliers – autant de facteurs essentiels pour faciliter l'observance du traitement du VIH et, par le fait même, pour engendrer de meilleurs résultats de santé.

HIV/AIDS Fund, 2022). On sait moins de choses sur la prévalence du sida chez les Autochtones au Canada, puisque de façon générale, les statistiques ont tendance à être jumelées avec celles sur le VIH. En Ontario, une étude a révélé un déclin rapide des taux de diagnostics d'affections caractéristiques du sida tant chez les Autochtones que les non-Autochtones ayant reçu un diagnostic de VIH. Ce taux est passé d'un sommet de 33 % en 1995 pour les deux groupes à un creux de 6 % et de 4 % pour les Autochtones et les non Autochtones, respectivement, en 2010 (Burchell et al., 2014). Les données de 2006 suggèrent que chez les groupes autochtones au Canada, les membres des Premières Nations étaient surreprésentés dans les cas déclarés de sida, avec 73,1 % de tous les cas de sida chez les Autochtones déclarés cette année là, alors que 7,3 % et 3,6 % des cas se retrouvaient chez les Métis et les Inuits, respectivement (PHAC, 2011a). L'ASPC (2014b) soulignait également que de 2001 à 2011, la proportion de cas de sida avait augmenté chez les jeunes Autochtones, mais avait diminué chez les jeunes de race blanche.



Hépatite B

La recherche sur le VHB dans les communautés autochtones est exceptionnellement limitée et date généralement de plusieurs années (ces études ont été publiées avant 2013). Bien que les publications de recherche existantes puissent se situer en dehors des paramètres de données de la recherche documentaire réalisée pour le présent rapport, elles ont tout de même été incluses ci-dessous afin d'établir une base de référence pour ce virus.

Des données limitées donnent à penser que les populations autochtones ont une prévalence plus élevée de VHB chronique comparativement à la population non autochtone. Dans une étude, Martin et coll. (2002) livrent des données sur la surveillance de l'hépatite B recueillies dans des centres d'hébergement pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie pour les Premières Nations en Colombie-Britannique, de janvier 1992 à septembre 2000. Ils ont constaté que 23 % des personnes testées étaient positives au VHB, alors que 10 % étaient positives aux anticorps nucléocapsidiques¹⁴. Une étude plus récente a permis de constater des taux à la baisse de VHB au Canada pour la période de 1999 à 2008; toutefois, le taux d'infection par l'hépatite B aiguë demeurait quand même 3 fois plus élevé chez les Autochtones comparativement aux

non-Autochtones (PHAC, 2011c). En 2019, le taux d'infection par le virus de l'hépatite B chronique au Nunavut était de 10,4 par 100 000 personnes comparativement à 13,1 par 100 000 personnes pour le Canada (PHAC, 2019). Ce taux était plus bas que ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan, mais plus élevé qu'au Québec, que dans les provinces atlantiques et qu'au Yukon. Les populations autochtones ont été désignées comme groupe à risque de contracter une co-infection au VIH et au VHB en raison de modes d'exposition communs (Cooper et al., 2021).

Au Nunavut, l'efficacité du programme de vaccination des enfants a permis de ramener la prévalence du VHB à un niveau non endémique à la suite de sa mise en place, en 1980 (Coffin et al., 2019; Huynh et al., 2017). Lors d'une étude au cours de laquelle ils ont analysé des échantillons de sérum recueillis d'avril 2013 à avril 2014 afin d'y détecter la présence d'anticorps du VHB, d'antigènes de surface et d'ADN du VHB, Huynh et coll. (2017) ont constaté que la présence de l'exposition au VHB n'était que de 1,8 % chez les sujets nés après le début du programme de vaccination comparativement à 19,8 % chez les sujets nés avant la mise en œuvre du programme.

¹⁴ Le test pour l'anticorps anti-hépatite B permet de détecter la protéine de base du virus indiquant qu'une personne a été infectée par le virus de l'hépatite B, mais ce test ne peut pas dire si la personne a éliminé le virus, en est encore porteuse ou est immunisée contre une nouvelle infection. En revanche, le test pour l'antigène de surface de l'hépatite B détecte la présence du VHB et un résultat positif signifie que la personne est infectée au moment du test et peut transmettre l'infection (Center for Substance Abuse Treatment, 2011).

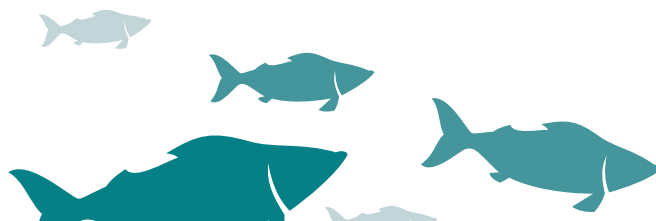
Hépatite C

Les taux de VHC ont grandement fluctué chez les populations autochtones au Canada et demeurent de 3 à 6 fois plus élevés que la moyenne nationale (Bruce et al., 2019; ISC, 2018). L'analyse des sources de données disponibles par l'ASPC montre qu'en 2008, les taux d'incidence déclarés de VHC étaient presque 5 fois plus élevés chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (Atkinson, 2020; Pearce et al., 2021). Le taux de VHC semble toutefois plus faible chez les Inuits qu'au sein de la population canadienne en général. En 2019, le Nunavut affichait le plus faible taux de VHC au pays avec 5,2 cas par 100 000 habitants (PHAC, 2021d). En 2016, le taux de VHC nouvellement diagnostiqués était 3 fois plus élevé chez les membres des Premières Nations vivant sur une réserve qu'au sein de la population canadienne en général (ISC, 2019). À partir des données provenant d'une cohorte d'adultes canadiens nés entre 1945 et 1975¹⁵, une étude plus récente indiquait qu'en 2019, on estimait que 7,35 % de la population autochtone avait des anticorps anti-VHC comparativement à 1,03 % pour la population en général. De même, on estimait à 3,5 % la proportion de la population autochtone vivant avec une hépatite C chronique, alors que c'est le cas pour 0,87 % de la population en général (Popovic et al., 2022). Au sein de la population

carcérale, on estimait qu'en 2014, 22,7 % des hommes autochtones et 44,8 % des femmes autochtones avaient des anticorps anti-VHC, comparativement à 18,6 % des hommes et 22,7 % des femmes au sein de la population carcérale en général (Bartlett et al., 2021). L'utilisation de drogues par injection est une voie courante d'exposition aux infections par le VHC chez les Autochtones (Lourenço et al., 2021), surtout chez les jeunes de 24 ans et moins, chez qui l'on retrouve de 70 % à 80 % des nouvelles infections par le VHC touchant des utilisateurs de drogues par injection (PHAC, 2011b; Trubnikov et al., 2011; Uhanova et al., 2013).

Comme c'est le cas pour les infections par le VIH, les ensembles de données provinciales disponibles pour le

VHC livrent un aperçu plus détaillé des taux et tendances en matière d'infections chez les populations autochtones. À partir des données du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH), Burchell et coll. (2014) ont estimé que l'incidence du VHC chez les populations autochtones de l'Ontario pour la période de 2007 à 2010 était de 71,2 cas par 100 000 personnes, un taux plus de 2 fois supérieur au taux d'incidence annuel du VHC en 2009 (33,7 par 100 000) au Canada. Mendlowitz et coll. (2021) ont analysé la prévalence des infections par le VHC sur une période de 8 ans chez les membres des Premières Nations vivant sur et hors réserve en Ontario et ont constaté une augmentation des infections, qui sont passées de 0,9



Le taux de VHC semble toutefois plus faible chez les Inuits qu'au sein de la population canadienne en général. En 2019, le Nunavut affichait le plus faible taux de VHC au pays avec 5,2 cas par 100 000 habitants

(PHAC, 2021d).

¹⁵ Cette cohorte a été choisie en tant que population prioritaire qui ne serait probablement pas diagnostiquée.

en 2006 à 2,0 par 100 personnes en 2015, soit un taux de 2 %. En comparaison, la séroprévalence à l'échelle nationale confirmée en laboratoire du VHC pour la période de 2007 à 2011 a été de 0,5 %. L'étude de Mendlowitz et coll. a aussi révélé que les tests, les diagnostics et les taux de prévalence des infections du VHC étaient plus élevés chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve que chez ceux vivant sur les réserves durant cette période, mais que les augmentations au fil du temps étaient plus importantes chez les membres des Premières Nations vivant sur les réserves.

Une étude d'une durée de 12 ans (de 1991 à 2002) sur les taux de VHC au Manitoba a révélé que les populations autochtones de cette province étaient affectées de manière disproportionnée par les infections par le VHC. Les auteurs de cette étude mentionnent également que 13,4 % du nombre total de 5 018 cas déclarés d'hépatite C pour cette période touchaient essentiellement des membres des Premières Nations (Uhanova et al., 2013), soit plus de 2 fois la proportion de membres des Premières Nations inscrits au registre du régime d'assurance-maladie du Manitoba. Les membres des Premières Nations infectés par le VHC étaient aussi généralement plus jeunes, de sexe féminin et vivaient davantage en milieu urbain que les non-membres des Premières Nations de la population en général.

En Saskatchewan, on a aussi déclaré des taux élevés d'infection par le VHC chez les populations des

Premières Nations. En 2007, le taux de VHC était de 129,5 par 100 000 personnes chez les Premières Nations en Saskatchewan, comparativement à 36,5 par 100 000 personnes pour le Canada dans son ensemble (ISC, 2018). Les taux montent ensuite en flèche pour les Premières Nations, avec 190,6 infections par 100 000 personnes en 2011 et 196,2 par 100 000 personnes en 2015, avant de chuter à 173 par 100 000 personnes en 2016. En 2016, les taux de VHC chez les membres des Premières Nations vivant sur les réserves étaient 3 fois plus élevés qu'au sein de l'ensemble de la population de la province et 4 fois plus élevés que celui de la population du pays (Lydon-Hasson et al., 2022). Skinner et coll. (2018) se sont penchés sur les différences dans les taux de VHC entre les diverses régions de la Saskatchewan en 2015. Ils ont répertorié des taux de VHC 6 fois plus élevés que le taux provincial chez les personnes vivant dans les réserves du sud de la Saskatchewan (372 par 100 000 personnes comparativement à 62,7 par 100 000 personnes), alors que les taux d'infection étaient 3 fois plus élevés dans les communautés situées sur des réserves au centre de la province (186,7 par 100 000) et 2 fois plus élevés dans les communautés des réserves au nord (129 par 100 000 personnes). Ils ont également relevé une tendance à la hausse dans les taux de VHC chez les membres des Premières Nations au fil des ans, surtout dans les communautés du sud (Skinner et al., 2018).

En Alberta, le taux d'incidence du VHC était quatre fois plus élevé chez les membres des Premières Nations que chez les personnes n'en faisant

pas partie (AFNIGC, 2017). En revanche, le taux de VHC chez les Premières Nations du Canada atlantique semble être similaire aux moyennes canadiennes. Pour la période de 2011 à 2015, le taux de VHC chez les Premières Nations des provinces atlantiques était de 6 par 1 000, comparativement aux taux provinciaux de 8 par 1 000 en Nouvelle-Écosse, de 6 par 1 000 au Nouveau-Brunswick et de 8 par 1 000 sur l'Île-du-Prince-Édouard (First Nations and Inuit Health Branch, 2016).

La recherche suggère que l'attention portée à la co-infection par le VIH et le VHC a son importance. Selon Burchell et coll. (2014), en 2008, environ 37 % des Autochtones vivant avec le VIH en Ontario étaient aussi infectés par l'hépatite C. De même, des 379 cas de co-infection en Colombie-Britannique pour la période de 1995 à 2008, les Autochtones étaient touchés dans 20,8 % des cas (Buxton et al., 2010). Ces deux études ont toutefois été menées avant l'avènement des antiviraux à action directe. Seulement 6 % des participants autochtones de l'enquête *Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada* étaient séropositifs et avaient un ARN du VHC positif (Tarasuk et al., 2021). Les deux maladies ont toutefois en commun le même mode de transmission, ce qui vient appuyer la nécessité d'un dépistage simultané et d'interventions préventives (Buxton et al., 2010).



ITSS à déclaration non obligatoire

Infections par le VPH

La prévalence du VPH est très élevée au Canada et la majorité des Canadiens actifs sexuellement en seront affectés au moins une fois dans leur vie (ISC, 2020b). Il manque toutefois d'études sur la prévalence du VPH chez les populations autochtones et il est généralement difficile de faire des comparaisons entre les populations et les études en raison de l'absence d'information quant aux types de VPH déclarés et à l'envergure des risques de complications pour la santé posés par les VPH en question. Poirier et coll. (2021) soulignent que la prévalence des infections par le VPH et l'incidence des cancers associés aux VPH sont élevées chez les populations autochtones. Sethi et coll. (2021) ont procédé à une revue systématique et à une méta-analyse de la prévalence des infections du VPH dans l'ensemble des populations autochtones et ont constaté une prévalence commune étonnamment élevée chez les Autochtones comparativement à celle des populations non-autochtones. Les chercheurs ont observé une prévalence commune d'infection par le VPH à risques élevés (tant au niveau buccal que génital) de 34,2 % pour l'ensemble des Autochtones, alors que la prévalence groupée chez les

populations autochtones américaines se chiffrait à 33 %. Le type de VPH le plus courant était le VPH 16, suivi du VPH 18; les deux étant considérés comme des types de VPH à risques élevés, qui augmentent les risques de divers types de cancer (Cassata, 2022; National Cancer Institute, n.d.).

La littérature nous apprend que les régions où vivent principalement des Inuits affichent des taux élevés d'infections par le VPH et que les risques de cancer du col de l'utérus y sont plus élevés. La région du Nunavik, au nord du Québec, a été désignée comme l'une de ces régions. Dans une étude évaluant les infections par le VPH chez les femmes inuites du Nunavik, Metcalfe (2012) a établi que la positivité au VPH était de 47,6 % chez une cohorte de 548 femmes inuites venues recevoir des soins de routine entre 2002 et 2010. La positivité au VPH chez une cohorte de 676 femmes inuites de la région pour la période de 2002 à 2006 avait été établie à 22 % par Gauthier et coll. (2015), alors que ces mêmes chercheurs, en 2018, avaient établi la positivité pour trois types de VPH chez une cohorte de 677 femmes inuites de la région à 17,6 %. À partir des échantillons prélevés entre janvier 2002 et décembre 2007, Bennett et coll. (2015) ont constaté que parmi 416 femmes inuites de la région du Nunavik, 40 % avaient contracté une nouvelle infection

au VPH, tous types confondus, ce qui correspond à un taux de 14,44 infections par 1 000 femmes¹⁶.

En 2010, Severini et coll. (2013) ont mesuré la prévalence des types de VPH chez les femmes du Labrador. Bien qu'ils n'aient pas comparé les taux entre femmes autochtones et non autochtones, les chercheurs ont ventilé les données par région. En se concentrant uniquement sur les deux régions où les femmes autochtones formaient 87 % de la population, la prévalence de tous les types de VPH était de 24,5 % pour la région de la côte nord et de 13,5 % pour la région de la côte sud.

Plusieurs études indiquent également des taux plus élevés d'infections par le VPH chez les membres des Premières Nations et les Métis. Jiang et coll. (2011, 2013) ont réalisé une étude transversale des tests Pap de routine et de ceux prévus dans le cadre du programme de tests Pap dans trois territoires du Canada. Ils ont constaté que le nombre d'infections par le VPH était plus élevé de 50 % chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones (27,6 % comparativement à 18,5 %). Ce taux n'est toutefois pas uniforme pour tous les types de VPH, puisque certains types sont présents à un taux plus élevé chez les Autochtones et d'autres ne montrent pas de différences entre les deux populations. Cette

¹⁶ Les auteurs ont calculé ce taux d'incidence à partir de la variable femme-mois, c'est-à-dire du « nombre de mois à partir de l'inscription du résultat positif à un premier test pour l'infection concernée ou de la fin du suivi, soit la date du plus récent test de dépistage de l'ADN du VPH, si la femme est demeurée négative pour l'infection concernée » (p. 273).



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1300898652

constatation est similaire à celles d'autres études sur les infections par le VPH au Manitoba menées par Demers and coll., qui ont permis de constater que le VPH affectait les femmes autochtones de manière disproportionnée. Demers et coll. (2012) ont procédé à une analyse des données recueillies de 2007 à 2009 au Manitoba et ont constaté que 24 % des cas de VPH chez les femmes de moins de 30 ans et 14,4 % chez les plus de 30 ans touchaient des femmes autochtones. Dans une étude de 2008 se penchant sur la prévalence des infections par le VPH chez les Métis et les membres des Premières Nations vivant au Manitoba, Demers et coll. (2011) ont constaté que les taux d'infection étaient 2,3 fois plus élevés chez ces groupes de participants à leur étude que chez le groupe de participants non autochtones (32,7 % comparativement à 14,2 %); notons toutefois que seuls certains types de VPH étaient plus fréquents chez les populations autochtones.

La vaccination est un moyen efficace de prévenir les infections par le VPH et les cancers qui y sont associés; des études suggèrent toutefois que le recours au vaccin est peut-être

faible chez les populations autochtones (MacDonald et al., 2023; Mrklas et al., 2018; Poirier et al., 2021; Whop et al., 2021), tout comme les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus (Henderson et al., 2018). Une revue systématique de la littérature traitant des obstacles à l'adoption du vaccin chez les populations autochtones dans l'ensemble mentionnait le manque de connaissances à propos du VIH et la méfiance à l'égard des systèmes de santé et des vaccins comme étant les principaux facteurs influençant le recours au vaccin contre le VPH (Poirier et al., 2021). Les auteurs ont souligné la nécessité, pour les prestataires de soins, d'entrer en relation avec les patients autochtones et d'avoir avec eux des échanges honnêtes sur les vaccins, et ce, en accordant la priorité à l'information fournie verbalement et en utilisant des récits pour favoriser « la compréhension du patient et élaborer une approche de gestion en collaboration [traduction] » (Poirier et al., 2021, p. 10). Accroître la sensibilisation et les connaissances à l'égard des vaccins contre le VPH chez les travailleurs de la santé autochtones, mettre l'accent sur la communication mère-filles et regrouper les hommes lors des

échanges sur le VPH pourrait aussi aider les communautés autochtones à mieux comprendre les vaccins et à les adopter dans une plus large mesure (MacDonald et al., 2023; Poirier et al., 2021). Henderson et coll. (2018) ont observé des obstacles supplémentaires à la vaccination contre le VPH dans les communautés autochtones. Ils citent notamment les limites dans les ressources, les lacunes de l'infrastructure de services et les sensibilités des communautés à l'égard de la promotion de la santé sexuelle. Les chercheurs ont aussi souligné la nécessité de prise en charge de la guérison des conséquences de la colonisation pour favoriser l'adoption du vaccin contre le VPH. Les principaux éléments de cette approche sont une communication faisant appel à la compétence culturelle et à la sécurité des communautés pour l'élaboration de mesures de prévention, le recours à une perspective sensible aux traumatismes, le renforcement des liens intergénérationnels, la mise à contribution des aînés pour bâtir des capacités communautaires en matière de prévention, et la participation des hommes à la promotion de la santé sexuelle.

Hépatite A

La recherche sur le VHA dans les communautés autochtones est aussi exceptionnellement limitée et date de plusieurs années (études publiées avant 2013). La recherche documentaire a permis de répertorier plusieurs articles publiés sur le VHA. Tous se situent hors des paramètres de recherche propres au présent rapport et aucun ne se penche sur les voies de transmission. Jin et Martin (2003) ont fait le total des cas déclarés de VHA chez les membres des Premières Nations vivant sur des réserves en Colombie-Britannique pour la période de 1991 à 1996. Ils ont constaté que le taux d'incidence brut chez ces populations était de 31 par 100 000 personnes, par année, un taux plus de 2 fois supérieur au taux provincial, qui est de 15,1 par 100 000. Pham et coll. (2005) ont mené une revue systématique de la séroprévalence des infections par le VHA au Canada, laquelle a permis de répertorier 4 études. Ils ont constaté que les taux de prévalence du VHA chez les populations inuites et des Premières Nations variaient de 75 % à 95 %, ce qui est environ 3 fois plus que chez la population non autochtone. Le manque de recherche active dans ce domaine a de quoi étonner, car la question de la salubrité de l'eau dans certaines communautés autochtones est bien connue, ce qui dénote une lacune importante dans les connaissances¹⁷.

Constatations au niveau des sous-groupes de la population

La recherche se concentre de plus en plus sur des populations et des groupes démographiques particuliers touchés de manière disproportionnée par les ITSS au Canada. Dans la littérature, on met en relief les grandes différences dans les taux et tendances chez les jeunes et les femmes autochtones, les générations plus âgées et les personnes qui font usage de drogues par injection (PUDI), de même que chez les hommes autochtones ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes vivant dans des communautés du Nord; nous les exposons ci-dessous. Il importe toutefois de noter que les données sur la prévalence des ITSS au sein de sous-groupes précis au sein des populations autochtones sont particulièrement rares et datent d'un certain temps.

Jeunes autochtones

Les données probantes suggèrent que les Autochtones reçoivent un diagnostic de VIH ou d'hépatite C à un plus jeune âge que les Canadiens non autochtones (Andersson et al., 2008; Burchell et al., 2014; Flicker et al., 2008; PHAC, 2011a). Selon une recherche de Flicker et coll. (2008), les jeunes autochtones contractent le VIH environ 10 ans plus tôt que la population non autochtone au Canada.

Des données nationales révèlent que 31,6 % des Autochtones ayant reçu un diagnostic de VIH entre 1998 et 2012 étaient des jeunes ou des adolescents âgés de 15 à 29 ans; la proportion pour le même groupe d'âge chez les non-Autochtones au Canada est de 22,2 % (PHAC, 2011d). Entre 2001 et 2011, la proportion de cas de sida chez les jeunes autochtones a augmenté pour passer de 2,7 % à 27,8 %, alors qu'elle chutait considérablement chez les jeunes de race blanche et passait de 83,5 % à 38,9 % au cours de la même période (PHAC, 2014a). Les données publiées par l'ASPC (2014a) montrent qu'au cours de la période de 1998 à 2009, l'utilisation de drogues par injection était la voie d'exposition au VIH la plus courante chez les jeunes autochtones, avec 64,4 % de cas positifs au VIH chez ce groupe de la population. Les drogues par injection ont aussi été désignées comme une voie d'exposition au VHC courante chez les jeunes (Lourenço et al., 2021).

Selon des données recueillies pour la cohorte du cycle 6 du programme Surveillance accrue des jeunes de la rue (SJAR), les jeunes autochtones de la rue pourraient courir un plus grand risque de contracter une ITSS que leurs vis à vis non autochtones (PHAC, 2014b). Cette étude, regroupant en tout 1 325 jeunes vivant dans la rue dans de grands centres urbains, a permis de constater qu'une proportion

¹⁷ Comme mentionné précédemment, le mode de transmission le plus courant du VHA est par la consommation d'eau contaminée.



plus importante de jeunes autochtones (33,8 %) avaient obtenu des résultats positifs pour une ITSS comparativement à celle de jeunes blancs (19,7 %) ou de jeunes s'identifiant comme faisant partie d'une autre ethnie (27,2 %). L'étude a aussi révélé que les taux de prévalence de la chlamydia (14,5 %), de l'hépatite C (8,6 %) et de l'herpès (19 %) étaient considérablement plus élevés chez les jeunes autochtones que chez les jeunes s'identifiant comme non autochtones.

Femmes autochtones

Les femmes autochtones sont représentées de manière disproportionnée dans les cas d'infection par le VIH et le VHC au Canada (Burchell et al., 2014; Landy & Worthington, 2021; PHAC, 2011d; Uhanova et al., 2013). Selon des données nationales, même si les femmes et les filles autochtones ne formaient qu'environ 4,9 % de toutes les femmes et les filles au Canada en 2016¹⁸, elles représentaient 40 % de tous les cas de VIH chez les femmes et les filles en 2019 (Haddad et al., 2021). Les femmes et les filles autochtones en Saskatchewan et au Manitoba sont exceptionnellement surreprésentées dans ces données (O'Brien et al.,

2020). Des études réalisées sur certaines populations de Premières Nations révèlent que les femmes forment la majorité des cas déclarés de VIH au sein de leur population (Cedar Project et al., 2008, Shea et al., 2011). À l'inverse, les hommes sont majoritaires dans l'ensemble des cas de VIH déclarés au sein de la population canadienne en général (Gesink et al., 2016; PHAC, 2022c). Ces différences au chapitre du genre entre ces deux groupes de la population reflètent une plus grande utilisation des drogues injectables chez les membres des Premières Nations, qui est à l'origine des taux élevés de VIH chez les femmes autochtones, alors qu'au sein de la population canadienne en général, les taux d'infection par le VIH se retrouvent en grande partie chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Shea et al., 2011).

Le projet Cedar, un projet de recherche en milieu communautaire d'une durée de 17 ans faisant appel à une cohorte de 800 participants dans des centres urbains en Colombie-Britannique, a permis de constater que des différences de genre existaient également chez les jeunes autochtones (Mehrabadi, 2007). Dans cette cohorte, les jeunes femmes autochtones avaient des taux

¹⁸ Statistique calculée par l'auteur à l'aide de données de Bleakney et Melvin (2022), tableau 1.



d'infection par le VIH plus élevés (13,1 %) que leurs vis-à-vis masculins (4,3 %) ¹⁹. Par ailleurs, les taux de VHC étaient de 25,4 % chez les hommes comparativement à 43,6 % chez les femmes. Des taux plus élevés d'infection par le VHC ont aussi été constatés chez les jeunes femmes autochtones du Manitoba. En fait, la recherche menée par Uhanova et coll. (2013) a permis de conclure que 55 % des Autochtones avec un nouveau diagnostic d'hépatite C étaient des femmes, comparativement à 38 % de cas au sein de la population non autochtone.

Un corpus de littérature présente aussi des conclusions sur les taux d'ITSS chez les femmes autochtones détenues vivant au Canada. De récents travaux de recherche sur les interventions sensibles aux traumatismes pour les ITSS chez les détenues autochtones et de genres diversifiés dégagent des tendances concurrentes quant au nombre de femmes autochtones incarcérées et aux taux d'ITSS au Canada. Bien que ces taux ne soient pas déclarés, la recherche suggère que les taux de prévalence du VHC et du VIH sont plus élevés chez les femmes détenues dans des établissements fédéraux comparativement à toute autre groupe de la population au Canada (Ryan et al., 2020a).

Génération plus âgées

Bien que l'on sache que les taux d'ITSS chez les populations autochtones sont plus susceptibles d'affecter les générations plus jeunes, la littérature traitant des taux et tendances en matière d'ITSS chez les générations plus âgées est extrêmement rare. Une étude menée par Ryan et coll. (2020b), intitulée *Successful Aging: Indigenous Men Aging in a Good Way with HIV/AIDS*, se penche sur les aspects d'un vieillissement « réussi » pour les hommes autochtones plus précisément. Dans cette étude, les auteurs soulignent qu'en 2014, 69,3 % des Autochtones vivant avec le VIH au Canada étaient âgés de 30 à 49 ans. Si on se fie à cette proportion, le pourcentage d'Autochtones plus âgés (≥50 ans) vivant avec le VIH/sida devrait augmenter rapidement, surtout en raison du recours aux thérapies par antirétroviraux qui prolongent la vie des personnes séropositives (Ryan et al., 2020b). Les lacunes dans la recherche et la littérature sur le VIH/sida et les générations plus âgées rend donc difficile l'établissement des besoins et priorités de santé des Autochtones plus âgés (Ryan et al., 2020b).

¹⁹ Environ 60 % des nouvelles infections chez les jeunes autochtones étaient attribuables à l'usage de drogues par injection (Mehrabadi, 2007).

Personnes faisant usage de drogues par injection

Les personnes qui font usage de drogues par injection (PUDI) forment la principale catégorie d'exposition (aussi appelée facteur de risque) du VIH et du VHC chez les Autochtones au Canada (Pearce et al., 2021; Skinner et al., 2018). En fait, Burchell et coll. (2014) signalent que l'utilisation de drogues par injection était le facteur de risque en cause dans 66 % des infections par le VIH chez les Autochtones à l'échelle nationale, alors que cette proportion était de 17 % chez les non-Autochtones. Des données de 2011 révèlent que les PUDI étaient affectés dans 80 % des cas d'infections chez les jeunes et les adolescents autochtones de moins de 24 ans vivant en milieu urbain (Miller et al., 2011). Negin et coll. (2015) insistent particulièrement sur le risque d'être exposés au VIH pour les jeunes autochtones utilisant des drogues par injection, puisque les Autochtones sont souvent surreprésentés parmi les jeunes qui

font usage de drogues par injection dans les centres urbains au Canada. Les conclusions de la phase 4 de l'enquête *Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada*, couvrant la période de 2017 à 2019, révèle que 15,4 % des répondants à cette enquête s'identifiant comme Autochtones avaient obtenu des résultats positifs pour le VIH (Tarasuk et al., 2021).

Dans leur étude sur les taux et tendances en matière de VIH chez les Autochtones de l'Ontario, Burchell et coll. (2014) ont observé des différences fondées sur le genre en ce qui a trait aux voies d'exposition chez les hommes et chez les femmes autochtones. Les chercheurs ont souligné que l'utilisation de drogues par injection était le principal facteur de risque du VIH chez les hommes autochtones (32 %), suivie par les relations sexuelles avec d'autres hommes (28 %), alors que les femmes autochtones étaient principalement exposées au VIH par transmission hétérosexuelle (59 %), puis par l'utilisation de drogues par injection

(35 %) (p. 18). Selon une recherche réalisée par Negin et coll. (2015), les hommes et les femmes autochtones utilisant des drogues par injection en utilisaient plus fréquemment, avaient plus de probabilités de partager leur matériel d'injection et avaient un accès moindre à des programmes de réduction des méfaits.

Dans une revue systématique de la littérature réalisée en 2017 sur la prévalence du VHC chez les populations autochtones, Bruce et coll. (2019) ont constaté que les taux les plus élevés d'infection par le VHC chez les Autochtones au Canada se trouvaient chez les PUDI, avec des taux variant de 25,7 % à 67,6 %. Environ 65,8 % des répondants autochtones à l'enquête *Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada* avaient été exposés au cours de leur vie à une infection par le VHC, et 36,4 % avaient une infection par le VHC au moment de répondre à l'enquête (Tarasuk et al., 2021).



Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont souvent mentionnés dans la littérature comme un facteur de risque important de nouvelles infections. De 1998 à 2012, 6,6 % des cas de VIH chez les Autochtones étaient attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH et 3,2 % des cas étaient attribués tant aux HARSAH qu'à l'utilisation de drogues par injection (PHAC, 2011a). De 1998 à 2006, 48,8 % des cas déclarés de sida chez les Métis étaient attribués aux HARSAH, alors que 27,2 % et 27,3 % des cas déclarés de sida chez les membres des Premières Nations et les Inuits, étaient, respectivement, attribués à cette catégorie d'exposition (PHAC, 2014a).

Les données issues de la surveillance exercée par le gouvernement fédéral montrent que le Nord canadien affiche des taux élevés d'ITSS comparativement au sud du pays

(ISC, 2020; Gesink Law et al., 2008; PHAC, 2020a).

Communautés du Nord

Enfin, la littérature suggère que les communautés du Nord peuvent avoir des taux et tendances distincts et particuliers en matière d'ITSS. Les données issues de la surveillance exercée par le gouvernement fédéral montrent que le Nord canadien affiche des taux élevés d'ITSS comparativement au sud du pays (ISC, 2020; Gesink Law et al., 2008; PHAC, 2020a). Les taux d'ITSS dans le nord sont élevés tant chez les hommes que chez les femmes, mais sont plus élevés chez les femmes au début de la vingtaine (Healey, 2016).

Des données réunies en 2013 font état de taux de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis souvent 10 fois plus élevés au Nunavut que dans le reste du Canada (Healey, 2016). En fait, comme on a pu le voir à la section 2.2.1, le Nunavut avait alors les taux les plus élevés de syphilis, de gonorrhée et de chlamydia au Canada, de même que des taux élevés de VPH, et le Nunavut avait des taux d'ITS tout aussi élevés. De 2003 à 2012, les Territoires du Nord-Ouest (TNO) déclaraient des taux d'ITSS élevés, avec des données montrant une augmentation de 32 % pour cette période, la majorité des cas (82,6 %) se concentrant chez les jeunes (moins de 30 ans) (Logie et al. 2019b). En fait, le taux de prévalence déclaré de la gonorrhée dans les TNO était 12 fois supérieur à la moyenne nationale. Bien que ces constatations valent pour la population des TNO en général, les Autochtones y forment 51 % de la population et vivent des disparités en matière de santé, ce qui laisse supposer une répercussion

différente de ces taux d'ITSS sur les populations autochtones de ce territoire canadien (Logie et al. 2019b).

Bien que les travaux de recherche existants semblent suggérer des taux relativement faibles de VIH dans le nord du Canada comparativement à ceux des populations autochtones du sud du pays, certains doutes quant à cette hypothèse ont été soulevés. Rand (2016) a souligné que les taux de naissance élevés chez les Inuits, jumelés à des taux d'ITS élevés, semblent indiquer un modèle de rapports sexuels non protégés au sein de la population, ce qui pose un risque d'infection par le VIH. L'auteur relève aussi que les voyages des communautés du Nord vers le sud peuvent aussi constituer, pour les communautés inuites, un facteur de risque d'infection par le VIH et l'hépatite C. Un ancien ministre de la Santé et des Services sociaux du Nunavut avait suggéré que les faibles taux déclarés de VIH sur le territoire pouvaient être attribuables à un manque de tests de dépistage et à la stigmatisation entourant le VIH dans les communautés du Nord, ce qui expliquerait une possible sous-représentation des taux de VIH dans les données de surveillance (George, 2003). En raison du manque de travaux de recherche et de documentation à ce sujet pour le Nunavut, il est important de faire preuve de prudence dans l'interprétation des données historiques sur les ITSS dans les communautés du Nord.





Dans les communautés autochtones, la prévention des ITSS doit remédier à la stigmatisation associée à la santé sexuelle, rétablir une vision saine de la sexualité et changer le discours voulant que le problème n'en vaille pas la peine, et ce, afin de renforcer l'autonomie des communautés autochtones et de leur fournir les outils dont elles ont besoin pour protéger leurs membres

(Barkman et al., 2022).

PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET PRÉVENTION DES ITSS DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES



Des approches à volets multiples sont envisagées, globalement, comme modèles de pratiques exemplaires pour la prévention des ITSS (Argento et al., 2019). Dans les communautés autochtones, la prévention des ITSS doit remédier à la stigmatisation associée à la santé sexuelle, rétablir une vision saine de la sexualité et changer le discours voulant que le problème n'en vaille pas la peine, et ce, afin de renforcer l'autonomie des communautés autochtones et de leur fournir les outils dont elles ont besoin pour protéger leurs membres (Barkman et al., 2022). Comme le soulignent Neighbors et coll. (1994), des approches globales et fondées sur les forces sont nécessaires, puisque « il est impossible d'engendrer la santé chez les démunis [traduction] » (comme cité dans Steenbeek, 2004, p. 256). Dans le contexte des populations autochtones, une approche fondée sur les forces pourrait viser à améliorer les connaissances sur les ITSS, à encourager l'engagement à utiliser le

condom et à normaliser le recours aux services de dépistage grâce à une éducation appropriée en matière de santé. Cette approche pourrait aussi faciliter l'accès à des services culturellement sûrs et inclure des mesures touchant les déterminants de la santé dont découlent les comportements les plus à risque.

Cette section se penche sur la promotion de la santé sexuelle et la prévention des ITSS dans les communautés autochtones. Ces points sont regroupés sous trois thèmes : prendre en charge les déterminants sociaux de la santé pour les populations autochtones, améliorer l'accès à des services de santé et à des programmes culturellement sûrs et appropriés pour les ITSS, et concevoir une éducation culturellement appropriée en santé sexuelle. Cette section présente aussi des pratiques prometteuses en prévention, dépistage et soins des ITSS et en matière de recherche concernant les populations autochtones.

Prendre en charge les déterminants sociaux de la santé

La recherche suggère que la prévention des ITSS est plus efficace lorsque les approches préconisées ciblent les facteurs ayant une influence sur la vulnérabilité des Autochtones aux ITSS et tiennent compte des contextes particuliers et des facteurs concourants ayant une incidence sur leur vécu (Landy, 2019). Une approche globale est nécessaire et devra viser à éliminer les inégalités sociales, favoriser l'autonomie et la solidarité chez les femmes et intégrer la prévention et l'information parallèlement à l'amélioration de l'estime de soi, à la continuité culturelle et à la promotion de relations saines (O'Brien et al., 2020). Il est particulièrement important d'adopter une approche globale pour la prévention des ITSS lorsque l'on cible des populations aux prises avec de multiples traumatismes et facteurs de risque, notamment les utilisateurs de drogues et les victimes de maltraitance durant l'enfance, et de reconnaître que les expériences qu'ont vécues ces personnes et le contexte qui est le leur peuvent avoir des effets positifs sur les probabilités qu'elles négocient pour profiter de pratiques sexuelles sans risques (Pearce et al., 2021). Une approche globale suppose la prise en compte des déterminants de la santé qui influent sur les ITSS au sein des populations autochtones, soit :

- l'éducation et la littératie,
- l'exclusion sociale, le racisme et la discrimination,

- les déséquilibres de pouvoir fondés sur le genre, la violence et la maltraitance,
- la santé mentale et les dépendances,
- de même que la pauvreté, l'insécurité alimentaire et les problèmes de logement.

Il est essentiel d'améliorer l'éducation et la littératie, surtout en ce qui concerne les ITSS et l'importance de la prévention pour remédier aux préjugés, dissiper les mythes entourant ces infections et accroître la sensibilisation à l'égard des risques. On pourrait ainsi assurer la transformation et la résilience des Autochtones, ce qui leur donnerait une meilleure perception d'eux-mêmes, leur offrirait la possibilité de trouver en eux la force de continuer et de regarder vers l'avenir, les aiderait à acquérir un sens croissant de leur capacité d'agir et une plus grande motivation à partager avec les autres leurs connaissances sur les ITSS et leur prévention (Mooney-Somers et al., 2011). Le milieu scolaire est propice à la transmission d'information sur les ITSS et la santé sexuelle, et le décrochage précoce peut empêcher les jeunes de disposer des connaissances dont ils ont besoin pour prendre des décisions en matière de santé sexuelle (Kinasevych, 2011). Il faut donc offrir de l'éducation sexuelle dans une variété de cadres pour pouvoir s'adresser aux populations plus difficiles à joindre. Comme l'ont démontré Lys et coll. (2019), l'éducation à la santé sexuelle offerte à l'école risque aussi de ne pas répondre aux besoins des jeunes autochtones en raison de l'inconfort ressenti par le personnel enseignant au moment de livrer la matière en

question. L'information fournie pourrait aussi être trop élémentaire et ne pas couvrir adéquatement des questions comme l'utilisation de la contraception, et risquer aussi de ne pas répondre aux besoins des jeunes des communautés LGBTQ+. Les jeunes autochtones vivant dans le nord du Canada ont dit avoir besoin d'un meilleur accès à de l'information exacte et exempte de jugement sur la santé sexuelle (Logie et al., 2018a, 2019c).

Les interventions en prévention des ITSS doivent renseigner sur l'exclusion sociale, le racisme et la discrimination et leurs effets sur la santé. Elles doivent aussi favoriser le leadership des jeunes pour accroître la sensibilisation à ces enjeux et aux moyens de les atténuer (Wynne & Currie, 2011). Renforcer les réseaux de soutien social dans les communautés autochtones, notamment ceux qui regroupent des camarades ou des amis, des membres de la famille et des partenaires sexuels (Seto, et al., 2011; Steenbeek, 2004), peut aider à améliorer la santé mentale et l'estime de soi, et à créer des modèles en santé sexuelle positive et des pratiques à risque. Ce renforcement est aussi important pour la diffusion d'information sur la santé sexuelle (Brooks et al., 2019; Ramiro et al., 2013; Rand, 2016). Les interventions en prévention des ITSS doivent aussi tenir compte des contextes sociaux de préjugés concourants et multiples pouvant faire en sorte que les Autochtones, particulièrement les membres des communautés LGBTQ+, ressentent de la honte et vivent de l'isolement social, ce qui peut nuire d'autant à leur accès à une information,

à des ressources et à des services adéquats en matière de santé sexuelle (Logie et al., 2018a). Pour aider les patients à se sentir plus à l'aise et à reprendre confiance dans le système de santé, il serait important que les prestataires de soins travaillant avec les Autochtones des communautés LGBTQ+ ne portent pas de jugement, connaissent les enjeux de santé propres à ces communautés et puissent leur offrir de l'information de santé pertinente (Logie et al., 2019c). Dans les régions rurales ou éloignées, où la confidentialité et le respect de la vie privée ne peuvent être assurés, offrir aux jeunes un accès gratuit à des condoms dans des lieux où ils ne se sentent ni jugés ni surveillés, 24 h/24 et 7 j/7, permettrait aussi de remédier aux obstacles connus d'accès à des services pour les ITSS (Lys et al., 2019; Mooney-Somers et al., 2011). La distribution de condoms aux personnes vulnérables ou à faible revenu par les gouvernements est aussi une stratégie ciblée en matière d'ITSS et qui peut s'insérer dans une démarche de lutte contre la pauvreté (United Nations Population Fund, 2020).

Il est également important de tenir compte du déséquilibre des pouvoirs fondés sur le genre dans toute intervention de prévention des ITSS dans les communautés autochtones. O'Brien et coll. (2020) ont démontré comment les approches conventionnelles utilisées pour la prévention du VIH et du VHC, notamment l'approche « ABC » (*Abstinence, Be faithful, Condomize*) ne parviennent pas à tenir compte des déséquilibres de

pouvoir dans les relations, lesquels ont des répercussions sur la capacité à négocier pour l'adoption de pratiques sexuelles sans risques. Les déséquilibres de pouvoir fondés sur le genre peuvent être pris en charge lors des activités de prévention des ITSS, en insistant auprès des hommes, en leur enseignant qu'ils doivent utiliser des condoms et qu'il est nécessaire de respecter les droits des femmes (Mooney-Somers et al., 2011).

Comme mentionné précédemment, les traumatismes intergénérationnels, la VPI et d'autres types de violence, les problèmes de santé mentale et les dépendances jouent un rôle important dans la transmission et la prévention des ITSS chez les populations autochtones au Canada. Au cours des deux dernières décennies, un solide ensemble d'éléments probants a été mis en évidence et démontre que les liens avec la culture autochtone d'une personne peuvent être un facteur de protection en santé mentale et dépendances et peuvent contribuer au bien-être des individus, des familles et de la communauté (Assembly of First Nations & Government of Canada, 2015; Chandler & Lalonde, 1998; Dijk et al., 2017). L'intégration de la culture autochtone aux programmes et services en matière d'ITSS ouvre une voie vers la guérison et vers une approche fondée sur les forces et exempte de colonialisme en promotion de la santé et prévention de ces infections (Heidebrecht et al., 2022; Ryan et al., 2020a). On a constaté que les programmes favorisant la guérison des traumatismes et le rétablissement de la santé mentale, physique, spirituelle et émotionnelle, qui permettent aux

Autochtones de se reconnecter à eux-mêmes et aux autres, à un lieu, à leur terre et à leur culture et contribuent à la réduction des méfaits associés aux drogues sont essentiels pour prévenir certains types d'ITSS, notamment le VIH (Gesink et al., 2019; Jongbloed et al., 2016). Les problèmes de santé mentale et de dépendances peuvent aussi être pris en charge dans le cadre d'interventions visant les ITSS grâce à des programmes communautaires de surveillance des drogues et des dépendances et à une plus grande sensibilisation aux facteurs favorisant la résilience (Skinner et al., 2018). On doit aussi s'attarder aux effets de la consommation d'alcool sur la prise de décisions liée aux activités sexuelles (Rand, 2016).

En plus de la prise en charge des déterminants sociaux dans les interventions en prévention des ITSS, on doit aussi tenir compte des déterminants sociaux et économiques en amont, qui contribuent de manière disproportionnée aux taux élevés d'ITSS et aux autres inégalités sociales et de santé chez les populations autochtones en général. Toute grande stratégie fédérale ou provinciale pour combattre le racisme, la pauvreté et l'insécurité alimentaire, ou visant à résoudre les problèmes de logement, de violence familiale, de protection de l'enfance, de santé mentale ou de dépendances peut être considérée comme une stratégie de prévention des ITSS destinée à rétablir la santé et le bien-être en général (German & Latkin, 2012; Scheidell et al., 2019; Woodgate et al., 2017a).

Améliorer l'accès à des programmes et à des services culturellement sûrs et appropriés en santé sexuelle

Les données probantes actuelles mettent en relief l'importance des programmes, des services et de l'information sur la santé en matière d'ITSS mis sur pied ou dirigés par les communautés et qui intègrent le savoir et les perspectives autochtones traditionnelles, ont recours à des méthodes axées sur la décolonisation et adoptent des approches fondées sur les forces et axées sur la guérison et la résilience. Les interventions liées aux ITSS devraient être élaborées comme des stratégies de promotion de la santé et favoriser à la fois l'autonomie des personnes et de la communauté (Steenbeek, 2004). Cette façon de faire exige des interactions avec les populations autochtones et un travail de renforcement de leurs capacités (Seto et al., 2011; Skinner et al., 2018). Il importe de créer des programmes et services liés aux ITSS en partenariat avec les populations autochtones et de leur en confier la direction afin que ces programmes et services répondent adéquatement aux besoins des communautés et tiennent compte des ressources humaines et matérielles disponibles pour améliorer l'entraide et le

soutien social (Steenbeek, 2004), intégrer les priorités des Autochtones dans les messages à communiquer sur les ITSS et utiliser des moyens de communication aptes à joindre ce public cible, ce qui pourra aussi améliorer l'efficacité des interventions (Seto et al., 2011). En contexte autochtone, les approches pour la prévention des ITSS doivent être déployées dans l'ensemble des communautés, être axées sur les familles et centrées sur les jeunes (Rand, 2016). Les interventions réussies en contexte autochtone abordent entre autres l'acquisition d'une efficacité et d'une autonomie sociale afin que chacun puisse être en mesure de rechercher de l'information, de l'évaluer et de l'utiliser pour favoriser sa propre santé; une formation en apprentissage de l'autonomie fonctionnelle, notamment en communications et capacités à négocier; des stratégies pour bâtir sa confiance et son estime de soi (Ryan et al., 2020a; Steenbeek, 2004; Wynne & Currie, 2011).

Divers mécanismes²⁰ permettant le transfert de certains pouvoirs en matière de santé aux communautés autochtones et l'intégration des services de santé ont favorisé un meilleur accès à des programmes et à des services culturellement sûrs et appropriés, ce qui a entraîné des améliorations dans les résultats de santé (Wynne & Currie, 2011). Ces efforts ont permis aux

communautés et aux populations autochtones d'exercer un certain degré d'autodétermination²¹ pour la conception et la prestation de services de santé sexuelle culturellement appropriés et de mettre en commun du personnel et des ressources en santé mentale et sexuelle et en traitement des dépendances, afin que les patients puissent avoir accès à de multiples services sous un même toit, ce qui offre des avantages considérables en matière de promotion de la santé sexuelle (CAAN & CATIE, 2017; Skinner et al., 2018; Wynne & Currie, 2011).

Il peut aussi être très utile de former les professionnels de la santé afin qu'ils intègrent l'éducation et la prévention des ITSS aux visites en clinique pour d'autres services (Wynne & Currie, 2011). Les autres initiatives pouvant aider à bâtir les capacités du système de santé sont notamment la prestation d'une formation obligatoire sur la sensibilité culturelle, offerte en continu pour les professionnels de la santé, afin que tous sachent comment les déterminants de la santé et le racisme perpétuent les pratiques à risques, affectent la capacité des personnes à chercher de l'aide et entraînent des inégalités en matière de santé pour les Autochtones (Wynne & Currie, 2011). L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a créé un

²⁰ À titre d'exemple, mentionnons le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, créé dans la foulée de la Convention de la Baie James et du Nord québécois, ou la First Nations Health Authority, en Colombie-Britannique.

²¹ Il importe de noter que bien que les communautés autochtones puissent avoir acquis un certain degré d'autodétermination en matière de soins de santé, l'autorité acquise est limitée par une surveillance assurée par le gouvernement fédéral.



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1351836229

En contexte autochtone, les approches pour la prévention des ITSS doivent être déployées dans l'ensemble des communautés, être axées sur les familles et centrées sur les jeunes

(Rand, 2016).

document destiné aux professionnels œuvrant en santé publique, intitulé *Le poids des mots*. Il vise à réduire la stigmatisation en rendant les services associés aux ITSS plus sûrs et plus accessibles à la clientèle grâce à l'utilisation d'un langage inclusif, neutre et plaçant la personne au premier plan (Canadian Public Health Association [CPHA], 2019).

Des modèles plus novateurs de prestation de services en santé sexuelle sont toutefois nécessaires pour remédier aux difficultés actuelles en matière de services de santé. Parmi les suggestions formulées, citons :

- l'expansion des cliniques mobiles de santé sexuelle offertes en partenariat avec les organismes de santé publique, les communautés autochtones, les laboratoires et les fournisseurs cliniques, qui offrent des tests, de l'éducation et des services de diagnostic et de traitement directement dans les communautés;
- l'adoption d'approches de réduction des méfaits qui

relient entre eux le dépistage en santé sexuelle, la santé mentale et les services de traitement des dépendances;

- l'offre d'analyses hors laboratoire (AHL) aux postes de soins infirmiers et par le biais d'équipes mobiles spécialisées en soins infirmiers et services d'approche (Skinner et al., 2018).

Le programme *Know Your Status/ Connaissez votre statut*, adapté sur le plan culturel, avec des composantes de gestion clinique, de surveillance et d'évaluation, a démontré son efficacité en tant que modèle de soins pour le VIH dans les communautés de Premières Nations situées sur des réserves et pourrait être étendu afin d'inclure d'autres types d'ITSS (Skinner et al., 2018).

Il est également nécessaire de créer plus d'organisations autochtones centrées sur la prévention des ITSS afin d'offrir des services de santé culturellement sûrs et de répondre efficacement aux besoins de la clientèle autochtone en milieu urbain. Les services de santé sexuelle doivent savoir qui sont leurs clients – leur histoire, leurs expériences

et leurs traumatismes; plusieurs clients autochtones vivant avec le VIH/sida sont confrontés par exemple à des enjeux entourant leur sexualité et souhaitent une confirmation de leur identité en ce sens (Barkman et al., 2022). Les prestataires de soins de santé doivent être en mesure de bâtir des relations avec les personnes bispirituelles ou de genres diversifiés et de créer un climat de confiance; ils doivent se montrer ouverts à apprendre de leur clientèle (Barkman et al., 2022). Avec les années, les Autochtones vivant avec le VIH/sida ont créé leurs propres communautés et leurs propres organisations pour offrir des ressources et du soutien aux personnes vivant avec la maladie. Les organisations de ce genre ont été efficaces parce qu'elles interagissent efficacement avec les Autochtones de diverses expressions de genre et de sexualités variées, qu'elles inculquent des enseignements qui, sur le plan culturel, aident les clients autochtones à affirmer leur identité sexuelle et offrent des services de santé et des ressources dans un environnement culturellement sûr afin de remédier aux préjugés, de favoriser la résilience et d'encourager des comportements sains (Barkman et al., 2022).

À l'heure actuelle, les organisations autochtones en milieu urbain sont confrontées à des défis considérables pour répondre aux besoins de leur clientèle en raison d'un financement inadéquat et de leur incapacité à offrir des services aussi complets que ceux dont bénéficie la population en général (Kurtz et al., 2008; Lemchuck-Favel & Jock, 2004; Maxwell, 2011). Offrir un financement plus durable et modifier le mandat des services aux Autochtones en milieu urbain pourrait favoriser un accès plus large à de l'information et à des services culturellement appropriés en santé sexuelle.

Il existe enfin un solide corpus de littérature expliquant en détail la nécessité de services pour les ITSS qui soient sensibles aux traumatismes et culturellement sûrs. Compte tenu des complexités propres aux facteurs de risque ayant des répercussions sur le vécu des Autochtones avec les ITSS, la recherche démontre que les professionnels de la santé doivent avoir l'expérience d'une pratique sensible aux traumatismes et être en mesure de prendre en charge de possibles historiques de traumatismes complexes pour être en mesure de fournir des soins appropriés et efficaces aux Autochtones (O'Brien et al., 2020; Pearce et al., 2021). Dans leur recherche faisant la promotion des soins sensibles aux traumatismes pour l'hépatite C

à l'intention des Autochtones du Canada, Fayed et coll. (2018) ont fondé l'efficacité des soins sensibles aux traumatismes sur trois grands principes : sécurité permettant d'éviter de nouveaux traumatismes lors des soins, stabilisation par le renforcement de la résilience et renforcement de l'autonomie en vue de favoriser la prise en charge par la personne elle-même. Pour être couronnés de succès et offrir la sécurité culturelle nécessaire, les programmes et les services liés aux ITSS doivent :

- reposer sur une participation communautaire constructive,
- intégrer un savoir et des perspectives autochtones,
- utiliser des méthodologies visant la décolonisation et
- adopter une approche fondée sur les forces et axée sur la guérison et la résilience au lieu des difficultés et des déficits (Ryan et al., 2020a).

Les prestataires de soins peuvent promouvoir les soins sensibles aux traumatismes par le biais de diverses mesures touchant la culture organisationnelle, l'espace physique et les interactions entre les prestataires et la clientèle. Les milieux de soins devraient par exemple favoriser une culture organisationnelle qui comprend et tente d'atténuer les effets néfastes des traumatismes sur la santé et le bien-être de la clientèle en formant le personnel

et en évaluant dès l'étape de l'embauche les compétences des personnes en ce qui a trait à la sensibilité aux traumatismes et à la violence (CPHA, 2020). Des espaces physiques appropriés peuvent faciliter la prestation de soins efficaces et sensibles aux traumatismes en veillant à ce que les salles utilisées par les clients soient confortables, invitantes et accueillantes, et que les documents qui y sont présentés soient attrayants et faciles à lire. La relation prestataire-client est essentielle pour la réussite des soins sensibles aux traumatismes et cette relation peut être favorisée par un climat de confiance qui encouragera le choix, la collaboration et la création de liens (Halseth & Odulaja, forthcoming). Enfin, la recherche suggère également que l'embauche et la formation de personnel soignant autochtone pourrait faciliter la prestation de soins culturellement sûrs et appropriés, notamment le counseling sur les ITSS pour les Autochtones recevant des soins (LeBlanc, 2019).



²² En raison de la fragmentation des compétences, les organisations autochtones en milieu urbain reçoivent un financement proportionnel à la représentation de la population autochtone urbaine au sein de l'ensemble de la population autochtone; elles dépendent donc largement de sources de financement provenant de subventions et de programmes à court terme (Maxwell, 2011), ce qui met en péril la viabilité des programmes et des services aux Autochtones en milieu urbain.

Essentiellement, la littérature suggère que les soins et les services liés aux ITSS doivent aussi reposer sur les modes de connaissance autochtones et utiliser ce que les Mi'kmaq désignent sous le nom de *etuaptmumk* – soit une approche par laquelle on « regarde avec ses deux yeux » – afin que la santé globale sur les plans physique, mental et spirituel et le bien-être soient intégrés aux modèles de soins occidentaux (Heidebrecht et al., 2021; Ryan et al., 2020b). Heidebrecht et coll. (2021) recommandent une approche « réconciliatrice » adoptant les programmes de guérison autochtones fondés sur la terre qui nous entoure, d'un style comme celui des retraites, pour la promotion du bien-être et des soins du VIH et de l'hépatite C par la guérison collective et la sagesse traditionnelle. De telles retraites peuvent offrir des espaces sûrs et des possibilités de partager des récits liés aux dépendances et à d'autres difficultés de la vie, de tisser des liens et de renouer avec sa culture et son identité autochtone. Cette recommandation est reprise par Krementz et coll. (2018) dans leur examen exploratoire des retraites culturelles tenues sur le terrain et qui visent à promouvoir la santé et la guérison chez les Autochtones vivant avec le VIH ou l'hépatite C. Ils soulignent que les approches fondées sur le terrain ont fait la preuve de leur efficacité et de leur sécurité culturelle pour le soutien dans les cas de VIH et d'hépatite C.

Concevoir une éducation culturellement appropriée en santé sexuelle

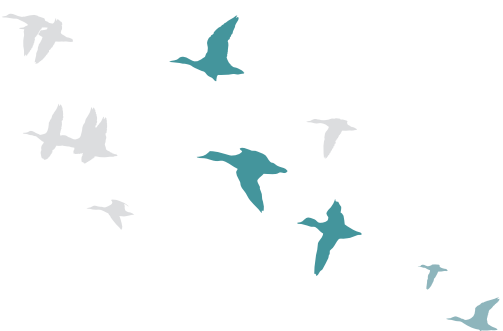
La littérature suggère qu'il persiste un manque généralisé de connaissances sur les ITSS, leur prévention et les avantages du dépistage chez de nombreux Autochtones (Barkman et al., 2022; Zehbe et al., 2016). Ce manque de connaissances contribue à la stigmatisation incessante et à la honte associées à la santé sexuelle, à des comportements qui retardent le moment où ils vont chercher des soins et à de mauvais résultats de santé. Pour amener cette clientèle à discuter de santé sexuelle, celle-ci a besoin de plus d'information à ce sujet, surtout dans les communautés rurales, éloignées et du Nord.

L'éducation sur la santé sexuelle peut contribuer à retarder l'âge des premières expériences sexuelles, favoriser l'utilisation du condom et un recours accru aux services de dépistage (Strobel & Ward, 2012). Des données probantes issues de la recherche indiquent qu'il est préférable de livrer cette information plus tôt, avant que les jeunes soient actifs sexuellement, et de continuer de le faire durant toute la vie de la personne, en insistant sur la promotion d'une culture du dépistage régulier (Arakawa, 2021; Zehbe et al., 2016). Cette éducation doit être offerte dans une variété de cadres, soit dans les écoles, les communautés et les milieux cliniques (Stroble & Ward, 2012). Et puisqu'il est avéré que les interventions biomédicales ou liées aux comportements ne parviennent qu'en partie à réduire les ITSS (Argento et al., 2019), les meilleures interventions doivent être

globales, viser des changements dans les comportements et être également axées sur les connaissances, les croyances et les pratiques (Strobel & Ward, 2012).

À l'heure actuelle, les données probantes qui confirment les éléments qui sont efficaces dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle en contexte autochtone sont limitées (Hackett et al., 2021; Rand, 2016; Strobel & Ward, 2012; Wynne & Currie, 2011). Une large part de la recherche porte sur le VIH/sida, surtout sur le dépistage et le traitement, alors que la littérature sur les ITS concerne surtout les femmes et livre des statistiques. On possède peu de connaissances sur l'ensemble des besoins des garçons et des hommes en matière de santé sexuelle (Hackett et al., 2021), sur les programmes culturellement appropriés de promotion de la santé sexuelle destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, ou sur l'efficacité des interventions en prévention des ITSS (Wynne & Currie, 2011). On constate aussi des lacunes dans la littérature relativement aux besoins des Autochtones qui font partie des communautés LGBTQ+.

Dans la littérature, on fait état de la nécessité d'améliorer les connaissances relatives aux activités de base pour la prévention, telles que l'utilisation régulière du condom, l'abstinence ou l'établissement de relations de confiance avec un ou une partenaire, ou la surveillance des ITS dans les communautés autochtones (Mooney-Somers et al., 2011). Les interventions en éducation sanitaire portant sur



ce type d'activités doivent tenir compte des obstacles entourant l'utilisation du condom. Mentionnons notamment l'embarras et la honte ressentis lorsqu'une personne doit s'en procurer, surtout dans les communautés rurales ou éloignées où l'anonymat est limité, les activités sexuelles non planifiées, le manque d'information sur les lieux où obtenir des condoms, les différences entre les hommes et les femmes à l'égard de l'engagement à les utiliser, la consommation d'alcool et de drogues et les abus de pouvoir entre partenaires dans des relations de confiance, monogames et stables (Gesink et al., 2016; Mooney-Somers et al., 2011). La pauvreté, la dépression et l'insécurité alimentaire peuvent aussi nuire à l'utilisation du condom dans les régions où persistent d'importantes disparités sociales et de santé (Logie et al., 2019a).

Mooney-Somers et coll. (2011) ont relevé certains aspects à considérer dans l'éducation sanitaire afin de favoriser une plus grande utilisation du condom chez les jeunes autochtones, soit :

- encourager les jeunes à savoir où trouver des condoms, à s'en procurer plus que nécessaire, à en avoir avec eux et à renseigner les autres à cet effet afin de normaliser le fait d'en avoir en sa possession en tout temps;
- se donner le temps de faire connaissance avec d'éventuels partenaires sexuels et de développer une certaine confiance;
- travailler avec les jeunes à l'élaboration de stratégies de prévention des ITS fondées sur un cadre de réduction des méfaits dans un contexte d'activité sexuelle lorsqu'on est sous l'influence de drogues ou de l'alcool;
- créer des programmes fondés sur les compétences, qui aideront les jeunes à négocier pour profiter de relations saines et plus sûres, où les responsabilités sont partagées;
- encourager les jeunes autochtones à subir régulièrement des tests de dépistage au cours de leurs bilans de santé généraux et à la suite d'une exposition potentielle;
- encourager le dépistage des ITS en couple, dès le début de la relation.

Traditionnellement, les aînés ont toujours joué un rôle important dans la transmission du savoir aux jeunes générations, mais ce rôle a été perturbé par la colonisation. Les chercheurs ont souligné la nécessité, pour les aînés, de participer de nouveau à la promotion de la santé et à l'éducation à la santé entre les générations (Landy & Worthington, 2021; Rand, 2016; Wilson et al., 2016). Toutefois, bien souvent, il n'existe dans les langues autochtones aucune terminologie précise en matière de santé sexuelle pour les aider dans cette tâche (Rand, 2016; Barkman et al., 2022) et plusieurs de ces langues, particulièrement chez les Inuits, ne comportent pas de passé et de futur, ce qui complique la communication de messages sur les conséquences à long terme de certains comportements (Steenbeek, 2004). Consciente de la nécessité d'un vocabulaire qui pourrait aider aux discussions sur la santé sexuelle, Pauktuutit Inuit Women of Canada, l'organisme national de représentation des femmes inuites, a créé *Tukisiviit – Do you understand?*, un glossaire inuit sur la santé sexuelle visant à aider la communication et la compréhension de ce qu'est la santé sexuelle (Rand, 2016). De tels outils langagiers forment un aspect fondamental des échanges portant sur la promotion de la santé sexuelle et sur la prévention des ITSS dans les communautés autochtones (Barkman et al., 2022; Rand, 2016).

L'éducation sur la santé sexuelle doit être complète, appropriée culturellement, accessible et adaptée aux besoins des populations autochtones et de leurs réalités. Il faudrait par exemple cibler les jeunes en leur proposant une éducation à la santé qui tienne compte de leurs besoins, puisqu'ils deviennent actifs sexuellement à un plus jeune âge. On devrait pour ce faire utiliser un « style d'apprentissage reposant sur le dialogue » qui se concentrerait sur « l'éducation des jeunes à l'égard de leurs droits sexuels à la contraception » et fournirait « un large éventail d'information pour leur permettre de choisir » (Lys et al., 2019, p. 6). En outre, une éducation à la santé qui normalise le discours sur la santé sexuelle, les ITSS et le dépistage peut être essentiel pour réduire la stigmatisation et la peur. Ces mesures pourraient favoriser un dépistage plus régulier (Antoniou et al., 2023; Barbour, 2017; Laprise & Bolster-Foucalt, 2021) et l'émergence d'un environnement plus favorable à la prise de décisions entourant la contraception (Lys et al., 2019).



Certaines pratiques prometteuses ont été définies pour offrir de l'éducation en santé sexuelle dans des contextes autochtones en général. Ces pratiques consistent notamment à :

- intégrer le savoir autochtone traditionnel et les approches autochtones en matière de guérison aux thérapies occidentales (CAAN & CATIE, 2017; Hackett et al., 2021);
- insister sur des messages positifs et encourageants en matière de santé qui s'inspireront des enseignements et des perspectives traditionnelles sur le monde afin de favoriser la résilience, notamment de rester positifs, forts et en santé, de se respecter et de respecter les autres (CAAN & CATIE, 2017);
- viser une éducation complète en matière de santé sexuelle tant pour les personnes vivant avec une ITSS que pour l'ensemble de la communauté afin de remédier à la honte et à la stigmatisation associée aux ITSS, de dissiper les mythes sur ces infections et leur traitement et de livrer de l'information sur l'importance de la prévention, du dépistage et du traitement (CAAN & CATIE, 2017);
- avoir recours à des travailleurs qui correspondent fidèlement à cette clientèle pour offrir les programmes de santé sexuelle sur le plan démographique; il pourrait s'agir par exemple de programmes dirigés ou offerts par des pairs (CAAN & CATIE, 2017; Lys et al., 2016, 2018a; Monchalin et al., 2016a; Seto et al., 2011; Steenbeek, 2004; Strobel & Ward, 2012; Tingey et al., 2021; Wynne & Currie, 2011);
- miser sur l'importance des relations intergénérationnelles pour promouvoir la santé sexuelle, notamment par le biais du rôle des aînés (Barkman et al., 2002; Hackett et al., 2021; Rand, 2016);
- assurer l'acquisition de connaissances et de compétences liées aux ITSS et à la santé sexuelle chez les aînés, les parents et les tuteurs afin de faciliter la communication avec les jeunes sur des sujets de nature sexuelle (Rand, 2016; Rink et al., 2014);
- confier la transmission de messages sur la santé sexuelle à des personnes ayant vécu des expériences communes et pertinentes à cet effet (Corosky & Blystad, 2016; Barkman et al., 2022; Steenbeek, 2004);
- intégrer des méthodes qui permettront de communiquer avec les segments de la population difficiles à joindre, tels que les jeunes qui ne vont pas à l'école ou les hommes qui ne disposent pas des mêmes programmes communautaires ou des mêmes réseaux que les femmes sur le plan social (Rand, 2016).

Les personnes offrant de l'éducation sur la santé sexuelle doivent avoir l'autonomie nécessaire pour faire ce travail et auront besoin d'une formation complète en santé sexuelle et de l'appareil reproducteur et en prévention des ITSS, et sur les moyens de favoriser des croyances, des compétences et des comportements sains (Steenbeek, 2004; Wynne & Currie, 2011).

La littérature précise également des moyens efficaces mis de l'avant pour offrir de l'éducation à la santé sexuelle aux populations autochtones. Ces moyens sont notamment :

- l'utilisation de campagnes dans les médias sociaux et dans divers types de médias électroniques (Seto et al., 2011; Strobel & Ward, 2012);
- le théâtre et des méthodes axées sur les arts pour l'enseignement en apprentissage à l'autonomie fonctionnelle (c.-à-d. en affirmation de soi, prise de décisions et sensibilisation aux valeurs) et l'amélioration de la capacité d'auto-assistance par des jeux de rôles, des mises en situation réalistes et de courts sketches (Lys et al., 2016, 2018a; Monchalin et al., 2016a; Steenbeek, 2004);
- l'imitation de rôles pour mieux comprendre à quoi devraient ressembler des relations intimes saines (Rand, 2016);
- l'organisation de « salons » sur la santé sexuelle et de blitz de dépistage des ITS dans les centres de santé locaux (Rand, 2016);
- la mise sur pied de camps d'été sportifs comprenant des cours sur la santé sexuelle globale, offerts quotidiennement et traitant de sujets tels que la puberté, la grossesse et les ITSS, les moyens de reconnaître et de réduire les pratiques à risques, l'acquisition de compétences et la résolution de problèmes, la communication avec les partenaires sexuels et avec les autres, et l'établissement d'objectifs (Tingey et al., 2021);
- la conception d'acquis de compétences avec des techniques comme l'arbre généalogique (aussi appelé génogramme), la présentation d'activités interactives culturellement appropriées et la pratique des compétences liées à l'utilisation du condom ou de la contraception (Tingey et al., 2022).

Pratiques prometteuses pour la prévention, le dépistage et les soins des ITSS, et pour la recherche

Dans le milieu de la santé publique, il est possible d'améliorer l'éducation sur les ITSS et les connaissances liées à leur prévention dans les communautés autochtones. La littérature fournit de nombreux exemples d'initiatives prometteuses déployées avec succès ces dernières années et dont on pourrait s'inspirer. Ces exemples portent sur la prévention, le dépistage et les soins des ITSS, et sur la recherche.

Prévention des ITSS

Know Your Status/Connaissez votre statut, ou KYS, est une initiative de santé publique déployée dans toute la Saskatchewan. Elle vise à prévenir et réduire la transmission du VIH et de l'hépatite C tout en dirigeant les personnes vers les soins et les services appropriés. Une recherche sur la campagne KYS dans la Première Nation crie Ahtahkakoop (déployée entre 2016 et 2019) souligne les possibilités qu'offre cette initiative et mentionne qu'elle peut être adaptée facilement selon les besoins et les contextes des communautés (Pandey et al., 2021). Pour la Nation Ahtahkakoop, l'initiative KYS comprenait de l'information sur l'hépatite C à l'intention de la communauté en vue de réduire la stigmatisation et de sensibiliser ses membres aux facteurs de risque, à la prévention et aux options de traitement. Cette initiative faisait appel à des techniques créatives de mobilisation communautaire telles que la radio, les kiosques d'information et les cliniques communautaires de dépistage. L'un des aspects prometteurs du dépistage communautaire était son approche de type « guichet unique » offrant des tests de dépistage au point de service pour l'évaluation de la charge virale du VHC, le typage génique, les analyses sanguines et le Fibroscan^{MD}, afin d'accélérer les évaluations et d'amorcer rapidement le traitement (Pandey et al., 2021).

Le gouvernement de l'Alberta s'est récemment penché sur la mise sur pied du modèle d'intervention directe en télésanté ECHO+ (Extension for Community Health Outcomes) (prolongement des résultats en santé

communautaire) afin d'offrir un accès plus équitable aux soins de l'hépatite C aux populations autochtones de la province (Dunn et al., 2021). Le modèle ECHO cherche à améliorer l'accès aux soins de l'hépatite C pour les populations éloignées par la mise en place d'un modèle de soins « en étoile », par lequel un « noyau » de spécialistes vient en aide aux médecins et aux infirmières praticiennes des communautés (qui sont les rayons de l'étoile) par le biais de la télésanté. En élargissant ce modèle aux communautés autochtones de la province, l'équipe du projet ECHO+ a reçu des demandes pour des campagnes et des ressources éducatives culturellement appropriées. Pour y répondre, l'équipe a mis sur pied diverses initiatives, dont une brochure sur les mythes et réalités, et des campagnes imprimées et vidéo s'inspirant de personnes qui ont reçu des traitements pour l'hépatite C (Dunn et al., 2021). Mais surtout, ces initiatives ont permis d'opérer un changement dans le vocabulaire, pour passer du « virus de l'hépatite C » à la « santé hépatique », en insistant sur le fait que « l'hépatite C, ça peut arriver à tout le monde » et en parlant de « dépistage » au lieu de « tests » afin de réduire la stigmatisation (Dunn et al., 2021).

Plusieurs études ont démontré les possibilités prometteuses des programmes de prévention sensibles aux traumatismes qui sont axés sur les arts et qui se fondent sur les pratiques culturelles pour amener les jeunes et les adolescents à adopter des comportements axés sur la protection de leur santé sexuelle (Flicker

et al. 2008; Landy, 2019; Lys et al., 2018a, 2018b; Lys et al., 2023). Citons en exemple le projet de prévention du VIH Taking Action! (Taking Action! Human Immunodeficiency Virus [HIV] Prevention Project) (Flicker et al., 2013; Monchalin et al., 2016a), l'événement Sexy Health Carnival (Monchalin et al., 2016b) ou le projet Fostering Open eXpression among Youth (FOXY) (FOXY, 2023; Lys et al., 2016, 2018a, 2018b, 2019). D'autres études menées auprès des jeunes autochtones au Canada ont révélé les possibilités de l'éducation entre camarades et mis en relief des approches innovantes qui valorisent le mentorat par des pairs, les initiatives qui permettent de réunir les jeunes (Flicker et al., 2008; Lys et al., 2018a), de même que les retraites à caractère artistique, sur le territoire, avec des pairs responsables (Gittings et al., 2022; Strength, Masculinities, and Sexual Health [SMASH], 2023). Ces approches offrent un espace propice aux échanges ouverts et à des programmes intégrés où les jeunes sont à même de discuter de multiples sujets ou enjeux et de s'entraider (Flicker et al., 2008; Lys et al., 2018a). De tels programmes peuvent favoriser un plus grand leadership, plus d'autonomie et de confiance en soi, et peuvent aider à créer des liens, ce qui peut en retour permettre à tous d'améliorer leurs connaissances sur la santé sexuelle et leur résilience (Gittings et al., 2022; Lys et al., 2018a).

Plusieurs études de recherche soulignent aussi les possibilités qu'offre la promotion intergénérationnelle de la santé pour l'éducation sur les ITSS (Flicker et al., 2008; Hackett et al., 2021; Landy, 2019; Landy & Worthington, 2021). Au Labrador, un projet de réalisation d'un film sur la prévention du VIH réunissant jeunes et aînés a confirmé l'efficacité de l'approche intergénérationnelle pour l'acquisition d'autonomie chez les jeunes dans le cadre de leur rôle de formation auprès de leurs camarades, tout en rendant hommage aux aînés de la communauté à titre de détenteurs du savoir (Landy, 2019). En fait, d'autres travaux de recherche révèlent que redonner aux aînés leurs rôles traditionnels d'éducateurs et de détenteurs du savoir pourrait être une composante essentielle pour favoriser la décolonisation et l'efficacité de la promotion de la santé dans le contexte des ITSS (Landy & Worthington, 2021). L'inclusion des aînés et des membres de la communauté dans la promotion de

...d'autres travaux de recherche révèlent que redonner aux aînés leurs rôles traditionnels d'éducateurs et de détenteurs du savoir pourrait être une composante essentielle pour favoriser la décolonisation et l'efficacité de la promotion de la santé dans le contexte des ITSS

(Landy & Worthington, 2021).

la santé relativement aux ITSS est appuyée par la recherche pour les Inuits comme pour les jeunes, qui ont dit qu'ils préféreraient recevoir de l'information sur la santé sexuelle de leurs parents ou des personnes qui prennent soin d'eux au lieu de l'obtenir dans Internet, à l'école ou dans le système public de santé (Healey, 2016). Ces affirmations ont été reprises dans une recherche réalisée auprès de femmes inuites, qui ont suggéré de mettre l'accent sur l'apprentissage et sur les modèles au sein même de la famille pour une prévention efficace des ITSS (Rand, 2016).

La recherche suggère qu'une communication ouverte et la participation de modèles auxquels s'identifier peut aussi faciliter le succès des efforts de santé et de prévention liés aux ITSS chez les garçons et les hommes autochtones. À titre d'exemple, les travaux de recherche réalisés par Biderman et coll. (2021) auprès d'hommes et de garçons autochtones ont confirmé l'importance que revêtent les modèles pour favoriser une relation positive avec soi-même et avec les autres, avec la communauté et avec sa culture, ce qui influence, en fin de compte, la santé sexuelle. L'étude souligne également l'importance d'une communication ouverte et d'une information accessible et complète sur la santé sexuelle en appui à des programmes complets sur la santé sexuelle et la prévention des ITSS.

Il existe aussi un solide ensemble d'éléments probants appuyant l'importance de renforcer les relations avec soi-même, avec les

autres et avec son environnement afin de promouvoir les aspects physique, sociaux, affectifs et psychologiques de la santé et du bien-être chez les Autochtones au Canada comme ailleurs dans le monde (voir par exemple Barker et al., 2017; Chandler & Lalonde, 1998; Reweti, 2022; Richmond, 2018). On devra pour cela reconnecter les populations autochtones avec leur culture dans le cadre des interventions visant les ITSS. Les programmes efficaces supposent notamment le recours à des rites de passage traditionnels et à d'autres programmes pour les jeunes mis en œuvre par des organisations dirigées par des Autochtones, tels que le programme Oheró:kon – Under the Husk (Rights of Passage) de la nation mohawk d'Ahkwesáhsne (2019), lequel vise à améliorer la résilience des jeunes en leur fournissant une base de soutien culturel solide. Le programme offre de l'enseignement et des activités culturellement appropriés, adaptés selon les groupes d'âge, pour préparer les jeunes à leur transition vers l'âge adulte (Ahkwesáhsne Mohawk Nation, 2019). En plus de leur apprendre des pratiques traditionnelles, le programme offre aux jeunes des notions contemporaines de santé sexuelle et de prévention en matière d'alcool et de drogues. Les jeunes participants sont mis au défi sur les plans spirituel, mental, affectif et physique (Ahkwesáhsne Mohawk Nation, 2019, n.p.). Le programme FOXY (Fostering Open eXpression among Youth) (favoriser une expression ouverte entre les jeunes), offert dans le nord du Canada, est un autre programme faisant appel à la culture en tant qu'outil pour améliorer la

résilience et la prise de pouvoir sur le plan sexuel pour les jeunes femmes et les jeunes de genres diversifiés à l'aide, entre autres, de perlage traditionnel et d'activités tenues sur le terrain (FOXY, 2023). En parallèle du programme FOXY, le programme Strength, Masculinities, and Sexual Health (SMASH) (force, masculinité et santé sexuelle) a été conçu en collaboration avec les aînés et les dirigeants des communautés et offre une programmation inspirée de leur culture répondant aux besoins des jeunes hommes des Territoires du Nord-Ouest et des environs (SMASH, 2023).

En accordant une attention aux aspects globaux de la santé, il est possible de remédier à certains des facteurs de risque pour le développement des ITSS dans les communautés autochtones, notamment la violence sexuelle, les troubles de santé mentale, l'abus de substances et la faible estime de soi. Les thèmes communs à ces études sont l'importance de développer des relations saines, de se connecter et de se reconnecter à sa culture afin de briser le cycle des traumatismes, de disposer de modèles comme mécanismes de soutien, de prendre part à des activités et à des pratiques culturelles et de favoriser une communication ouverte (Biderman et al., 2021; Gaspar et al., 2022; Rand et al., 2023). La prise en compte de ces aspects de la santé devrait être intégrée dans la planification et la prestation de politiques publiques et de services de santé inspirés ou destinés précisément aux Autochtones (Atkinson et al., 2023; Gesink et al., 2019).

Dépistage et soins

L'un des principaux aspects de la prévention des ITSS dans les communautés autochtones est la réduction des obstacles au dépistage et à des soins des ITSS qui seront culturellement sûrs, acceptables et exempts de jugement (Argento et al., 2019; Landy et al., 2022). La mise en place de stations de dépistage du VIH et d'autres ITSS dans les communautés autochtones aidera à éliminer les obstacles que constituent les voyages et le transport (Barbour, 2017; Skinner et al., 2018). Selon une recherche publiée par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, il pourrait être plus opportun d'augmenter le dépistage aux points de service dans les communautés rurales ou éloignées au lieu d'assurer le transport des personnes vers les grands centres afin qu'elles puissent subir des tests (LeBlanc, 2019). De plus, jumeler les tests de dépistage et les traitements en un même point de service est une approche prometteuse pour réduire les obstacles d'accès à des soins complets pour les communautés autochtones, car cette façon de faire faciliterait les services de suivi et l'accès continu aux soins (LeBlanc, 2019). Organiser les tests de dépistage aux points de service dans les communautés permet de réaliser des tests de dépistage pour plusieurs infections, dont les tests de dépistage du VIH et le dépistage sérologique pour l'hépatite C et la syphilis (LeBlanc, 2019). Comme le démontre l'exemple de la Saskatchewan, offrir des tests de dépistage aux points de service dans les communautés autochtones

offre aussi la possibilité d'améliorer l'éducation sur les ITSS et le traitement de ces infections (Skinner et al., 2018).

Le recours à des méthodes par lesquelles il n'est pas nécessaire qu'un prestataire de soins de santé ou un médecin administre le test peut aussi améliorer l'accès à des tests culturellement appropriés. Landy et coll. (2022) ont évalué l'acceptabilité d'une nouvelle approche en matière de tests de dépistage des ITSS – l'analyse des gouttes de sang séché (GSS) – chez les membres des communautés métisses en Alberta. L'analyse GSS est une approche mobile du dépistage des ITSS pour laquelle on doit piquer le bout du doigt, puis laisser tomber une goutte de sang sur un papier-buvard, la laisser sécher puis l'envoyer à un laboratoire pour être analysée. Le test a été administré par des personnes spécialement formées qui n'étaient pas professionnelles en soin ni médecins. Les auteurs ont ensuite évalué l'acceptabilité de cette approche à l'aide de mécanismes de recherche autochtones mettant en priorité les perspectives des Métis. La majorité des participants à l'étude ont jugé que la façon dont le test s'est déroulé était acceptable, ont indiqué qu'ils le recommanderaient à d'autres personnes et ont dit avoir reçu suffisamment d'information sur des ITSS particulières au cours de leur expérience avec le test. Plusieurs participants ont déclaré que leur expérience avec l'analyse GSS était facile et estimaient que ce test pourrait réduire les obstacles au dépistage des ITSS par phlébotomie (la norme actuelle pour le dépistage des ITSS) pour les populations métisses,

surtout dans les communautés rurales ou plus petites. Même si la stigmatisation demeure un obstacle constant au dépistage des ITSS, certains participants jugeaient que l'analyse GSS pourrait aider à y remédier si ces tests étaient offerts lors d'événements communautaires, puisqu'ils permettraient à des personnes d'agir comme modèles pour le dépistage à titre d'exemple et montreraient que cette procédure est normale. Les participants ont dit également que le recours à des prestataires de soins métis pour administrer les tests dans la communauté avait aussi contribué à les rendre plus à l'aise.

L'expansion du modèle ECHO+ en Alberta offre un autre exemple de mécanisme innovant de dépistage des ITSS dans les régions rurales. Ce modèle de soins répond aux besoins locaux pour des procédures plus rapides en proposant des formulaires de présentation de cas mis à jour et que l'on peut remplir, en offrant des directives étape par étape en appui aux rencontres par Zoom avec des spécialistes et, surtout, en simplifiant la déclaration des cas afin de rediriger plus facilement les personnes infectées vers les soins appropriés (Dunn et al., 2021).

L'approche Two-eyed Seeing (approche à double regard) a été ajoutée à l'expansion du modèle ECHO+ en Alberta pour les soins de l'hépatite C en intégrant le savoir et la guérison traditionnels et les orientations communautaires aux modèles de soins occidentaux. Cette approche fait appel aux « Cinq R » (Five R : respect,

relations, responsibility, relevance, reciprocity) (Dunn et al., 2021). Ces composantes sont ensuite appuyées par les principes de base suivants : création de relations, conception de ressources culturellement sûres et pertinentes, cible axée sur la communauté, éducation et mise sur pied d'infrastructure, savoir global et continu. L'approche autochtone du double regard assure l'élaboration de stratégies dirigées par la communauté, en fonction des besoins et des priorités locales. Comme le soulignent Ryan et coll. (2020a), les personnes ne peuvent pas être prises en compte distinctement de leur environnement et les interventions en santé publique doivent faire appel à un dialogue avec les populations cibles afin de bien comprendre leurs besoins, leurs difficultés et les obstacles complexes qui sont les leurs, pour pouvoir être efficaces et constructives.

La recherche suggère également que les tests incitatifs peuvent être efficaces pour améliorer les taux de dépistage et de traitement des populations difficiles à joindre et affichant des taux élevés d'ITSS. Une étude qualitative menée en 2020 chez des populations cibles en Colombie-Britannique a révélé que les tests incitatifs sont une approche aidant à « amener les personnes à franchir la porte » et augmentant l'adoption des comportements de santé souhaités (Gagnon et al. 2020). Une recherche de Niruban et coll. (2019) reprend cette conclusion et révèle qu'un incitatif monétaire de 10 \$ pour les tests et les consultations de suivi visant à traiter une ITSS, versé à des personnes vivant dans des logements subventionnés à

Edmonton, avait amélioré l'accès aux tests pour les Autochtones, y compris ceux utilisant des drogues par injection. Gagnon et coll. (2020) mentionnent toutefois certains désavantages associés aux tests incitatifs, notamment que l'efficacité des mesures incitatives pour les soins d'une ITSS peuvent être « superficiels, de courte durée et unidimensionnels » (p. 1), car ils ne s'attaquent pas aux obstacles structurels sous-jacents et aux déterminants de la santé qui influencent les comportements et les résultats de santé chez les populations ciblées par ces approches incitatives.

Les urgences en santé publique telles que la récente pandémie de COVID 19 risquent de restreindre encore davantage l'accès aux services liés aux ITSS pour les Autochtones. Plusieurs gouvernements ont observé une diminution du dépistage et des diagnostics d'ITSS durant la pandémie en raison de la fermeture ou de la réduction des services, mais aussi parce que les patients n'avaient pas accès aux soins en santé sexuelle, retardaient leurs traitements ou les évitaient (Gilbert et al., 2021). Des services grandement nécessaires et propres aux Autochtones, tels que les initiatives de santé et de guérison autochtones pour la prévention, le dépistage et les services de traitement des ITSS; le soutien et les services de traitement pour le VIH et/ou l'hépatite C; l'utilisation de substances et les services de traitement ont été particulièrement affectés par la pandémie (PHAC, 2021b). Les services en santé sexuelle et liés aux ITSS ont été ajustés en fonction de la pandémie en se fiant davantage à diverses options de rechange pour la prestation de services. Ce fut le cas

notamment des programmes de tests de dépistage des ITS offerts par Internet.

Un sondage réalisé par Gilbert et coll. (2021) visait à comprendre l'acceptabilité des programmes d'ITS offerts par Internet chez la clientèle ayant accès à des services de santé sexuelle à la clinique des ITS du Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique ou à l'aide des services de dépistage GetCheckedOnline. Les chercheurs ont constaté que cette méthode était jugée acceptable par les personnes aux prises avec des obstacles au dépistage. Leurs conclusions appuient celles d'Ablona et coll. (2021), qui ont mené une étude similaire à l'aide des mêmes sources de données. Bien que seulement 4 % des répondants au sondage étaient autochtones, le soutien aux modèles de dépistage de rechange était considérable, avec jusqu'à 88 % des répondants déclarant qu'ils étaient plus susceptibles d'utiliser des trousses de dépistage à domicile, et 79 % indiquant qu'ils étaient plus susceptibles d'utiliser des solutions de dépistage rapides (p. ex. une consultation virtuelle avec prélèvement particulier dans une clinique). Les probabilités d'utiliser des modes alternatifs de prestation de services étaient semblables parmi les participants ayant vécu des problèmes d'accès en raison de la pandémie. Dans le cadre de cette étude, il est également important de mentionner l'intérêt des participants pour l'utilisation de messages textes pour recevoir les résultats de leur test de dépistage d'une ITS et les rappels pertinents, ce qui semble indiquer une préférence pour les

modes de communication sans obstacles pour les soins des ITSS, tant durant la pandémie que par la suite (Ablona et al., 2021). Bien que les recherches disponibles concernant le traitement des ITSS durant la pandémie de COVID 19 ne peuvent être généralisées pour s'appliquer exclusivement aux Autochtones en raison de leur faible représentation dans les ensembles de données, l'étude livre de l'information sur la prestation de soins dans les cas d'ITSS et sur les comportements visant à retrouver la santé, ce qui offre la possibilité d'élargir l'accès des Autochtones aux services de dépistage des ITSS.

En 2021, l'Agence de la santé publique du Canada a publié *Rapport national : résultats de l'Enquête concernant l'incidence de la COVID 19 sur la prestation des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS, y compris des services de réduction des méfaits au Canada*. Ce rapport livre les détails des résultats d'une enquête auto-administrée réalisée auprès des fournisseurs de services (soit les organismes communautaires et les unités locales de santé publique) offrant directement des services liés aux ITSS, y compris des services de réduction des méfaits au Canada. L'enquête a révélé que plusieurs services clés de réduction des méfaits jugés essentiels pour réduire l'exposition aux ITSS (soit les services d'échange et de distribution de matériel nécessaire à la consommation de drogues, les services de proximité, etc.) avaient cessé d'offrir des services ou les avaient réduits considérablement

durant la pandémie, ce qui a entraîné des répercussions sur une population déjà vulnérable à la transmission d'ITSS (PHAC, 2021c). Les prestataires de services sont toutefois parvenus à s'adapter et à faire preuve d'innovation dans le contexte des restrictions imposées par la pandémie, notamment grâce aux services d'approche mobiles, pour le dépistage des ITS et en offrant un service de cueillette et de livraison de matériel pour la réduction des méfaits, ce qui a permis d'obtenir des renseignements précieux quant à la possibilité d'offrir des soins des ITSS plus accessibles à l'avenir (PHAC, 2021c).

Recherche sur les ITSS

Des données administratives de santé concrètes pour les communautés autochtones pourraient constituer autant d'outils précieux pour appuyer la prise de décisions, la défense des intérêts de cette clientèle et les interventions communautaires en matière d'ITSS (Mendlowitz et al., 2023b). Toutefois, pour que ces données aient toute leur pertinence, les groupes autochtones doivent diriger la création ou l'interprétation en commun de ces connaissances ou, à tout le moins, y participer afin d'éviter qu'elles adoptent une optique déficiente qui contribuera à perpétuer les préjugés. La recherche a démontré un lien entre « les résultats de santé et les indicateurs fondés sur les forces liés à la santé et au bien-être des Autochtones, à leur vision du monde, à ce qui les lie à leur culture et à leur résilience [traduction] » (Sharma et al., 2021, comme cite dans Mendlowitz et al., 2023b, p. 51).

Mendlowitz et coll. (2023b) réfléchissent aux enseignements issus d'un partenariat de recherche avec l'Ontario First Nations HIV/AIDS Education Circle (OFNHAEC) ayant donné lieu à la cocréation de connaissances à partir de données administratives de santé sur l'hépatite C. En travaillant concrètement avec l'OFNHAEC à l'élaboration du concept de l'étude, de ses paramètres et des données administratives de santé, y compris à l'analyse et à l'interprétation en commun des données de santé, les chercheurs ont pu dégager des conclusions profitables pour les membres des Premières Nations. Ces conclusions évitent les interprétations fautives tout en soutenant les relations réciproques, en favorisant la confiance et en contribuant à l'avancement de la réconciliation dans le cadre de la recherche sur les ITSS.

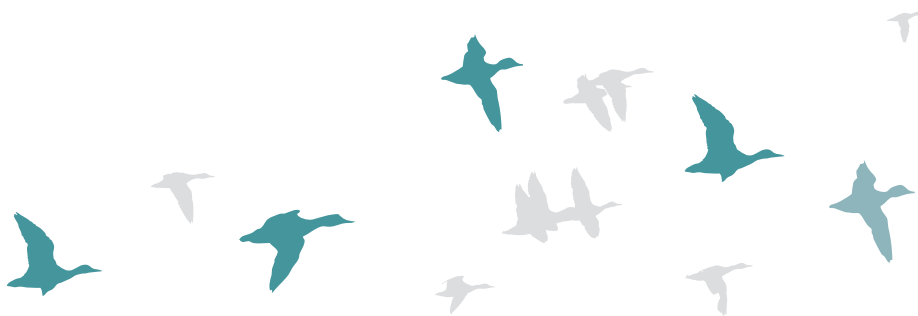
*...les groupes autochtones
doivent diriger la création
ou l'interprétation
en commun de ces
connaissances ou, à tout
le moins, y participer
afin d'éviter qu'elles
adoptent une optique
déficiente qui contribuera
à perpétuer les préjugés.*



Les populations autochtones courent un risque accru de contracter des ITSS et sont confrontées à un accès inéquitable aux services, en raison, en grande partie, de l'héritage laissé par le colonialisme.



CONCLUSION



Les populations autochtones courent un risque accru de contracter des ITSS et sont confrontées à un accès inéquitable aux services, en raison, en grande partie, de l'héritage laissé par le colonialisme. Le fardeau qui leur incombe en raison de ces infections est particulièrement lourd chez certaines sous-populations précises, dont les jeunes et les femmes autochtones, les utilisateurs de drogues par injection, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes vivant dans les communautés du Nord, particulièrement les Inuits. Ce phénomène s'explique par la convergence de multiples préjugés, par des sentiments d'impuissance et par la prévalence de multiples formes d'abus et de violence, par des problèmes de santé mentale et de dépendances et par un accès réduit aux services de santé. Les données issues de la surveillance montrent que les taux de VIH, de VHC et de certaines ITS sont disproportionnellement élevés chez les populations autochtones. Des défis permanents posent toutefois des obstacles au moment de faire des comparaisons entre les provinces ou territoires et entre les populations – on songe notamment au manque de données ventilées pour certaines populations en particulier, au manque d'uniformité dans la collecte d'identifiants autochtones et à la nature volontaire de la collecte et de la coordination des données à travers les administrations nationales, provinciales et territoriales.

Les conclusions tirées de la littérature mettent en relief l'importance de favoriser l'accès à des soins sûrs et adéquats dans tout le continuum de la santé, que ce soit au stade de la prévention, du dépistage ou du soutien continu, pour remédier aux inégalités de santé liées aux ITSS chez les populations autochtones. Des pratiques prometteuses en la matière, dans le contexte de la pandémie de COVID 19 autant que dans la période l'ayant précédée, montrent qu'il est possible d'innover et de mettre en place des processus adaptés, qui répondront mieux aux besoins des populations autochtones au Canada. Les diverses réponses de la santé publique visant la prise en charge des ITSS chez les populations autochtones comportent de multiples facettes. Elles visent à agir sur les déterminants sociaux concourants qui rendent les Autochtones plus vulnérables aux ITSS et à en influencer la transmission, tout en améliorant l'accès à des programmes, à des services et à de l'éducation culturellement sûrs et appropriés en matière de santé sexuelle. Des programmes sur les ITSS et sur la santé sexuelle dirigés par les Autochtones, fondés sur leurs forces et conçus pour rebrancher les individus à leur culture, favoriser leur résilience et leur donner l'autonomie nécessaire pour prendre des décisions qui favoriseront leur santé sexuelle montrent d'ailleurs un potentiel prometteur.

L'analyse documentaire a aussi permis de mettre en relief certaines lacunes persistantes dans la recherche. On constate en effet que la recherche sur les besoins en matière de santé sexuelle des personnes LGBTQ+ autochtones demeure insuffisante (Logie et al., 2018a) et que c'est aussi le cas pour l'ensemble des besoins en santé sexuelle des hommes et des garçons autochtones (Biderman et al., 2021; Hackett et al., 2021). Une large part des données sur les ITSS chez les populations autochtones se concentre sur les Premières Nations, et des lacunes dans les connaissances à ce chapitre persistent pour les populations inuites et métisses. La recherche insiste énormément sur le VIH/sida, surtout sur son dépistage et son traitement, ce qui entraîne des lacunes dans les connaissances sur la prévalence d'autres ITSS, surtout concernant les autres types d'hépatite virale au-delà de l'hépatite C. Une grande part des données portant sur des sous-groupes d'Autochtones distincts est particulièrement datée, et les données sont pratiquement inexistantes pour les générations plus âgées. Enfin, on constate des lacunes dans les connaissances liées à l'efficacité des stratégies de prévention destinées aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, surtout en ce qui concerne les stratégies fondées sur la culture de ces populations.



BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)

- Ablona, A., Chang, H., Salway, T., Ogilvie, G., Grennan, T., Wong, J., Haag, D., Petersen, H., Bannar-Martin, S., Campeau, L., Ford, G., Grace, D., Worthington, C., & Gilbert, M. (2021). Acceptability of alternative sexual health service delivery methods during the COVID-19 pandemic in British Columbia (BC), Canada (Poster presentation). *Sexually Transmitted Infections*, 97(Suppl 1), A146.2-A146. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2021-sti.383>.
- Adachi, K., Xu, J., Yeganeh, N., Camarca, M., Morgado, M. G., Wats, H., Mofenson, L. M., Veloso, V. G., Pilotto, J. H., Joao, E., Gray, G., Theron, G., Santos, B., Fonseca, R., Kreitchmann, R. Pinto, J., Mussi-Pinhata, M. M., Ceriotto, M. et al. (2018). Combined evaluation of sexually transmitted infections in HIV-infected pregnant women and infant HIV transmission. *PLoS One*, 13(1), e0189851.
- Ahkwesáhsne Mohawk Nation. (2019). *Oheró:kon "Under the Husk."* <https://www.oherokon.org/about>
- Aho, J., Lybeck, C., Tetteh, A., Issa, C., Kouyoumdjian, F., Wong, J., Anderson, A., & Popovic, N. (2022). Rising syphilis rates in Canada, 2011-2020. *Canada Communicable Disease Report*, 48(23), 52-60.
- Alberta First Nations Information Governance Centre [AFNIGC]. (2017). Hepatitis C incidence among First Nations in Alberta. *First Nations - Health trends Alberta*. <https://www.afnigc.ca/main/includes/media/pdf/fnhta/HTAFN-2017-12-12-HepC.pdf>
- Alberta First Nations Information Governance Centre [AFNIGC]. (2018). HIV incidence among First Nations people in Alberta. *First Nations - Health trends Alberta*. <https://www.afnigc.ca/main/includes/media/pdf/fnhta/HTAFN-2018-01-09-HIV%20FN.pdf>
- American Psychological Association. (2023). Intergenerational trauma. *APA dictionary of psychology* [online]. <https://dictionary.apa.org/intergenerational-trauma>
- Andermann, A. (2017). Outbreaks in the age of syndemics: New insights for improving Indigenous health. *Canada Communicable Disease Report*, 43(6), 125-32. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v43i06a02>.
- Andersson, N., Shea, B., Archibald, C., Wong, T., Barlow, K., & Sioui, G. (2008). Building on the resilience of Aboriginal people in risk reduction initiatives targeting sexually transmitted infections and blood-borne viruses: The Aboriginal community resilience to AIDS (ACRA). *Pimatiwinin: A Journal of Indigenous and Aboriginal Community Health*, 6(2), 89-110.
- Antonio, M. C. K., & Chung-Do, J. J. (2015). Systematic review of interventions focusing on Indigenous adolescent mental health and substance use. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 22(3), 36-57.
- Antoniou, T., Pritlove, C., Shearer, D., Tadrous, M., Shah, H., & Gomes, T. (2023). Accessing hepatitis C direct acting antivirals among people living with hepatitis C: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 22, 112.
- Arakawa, S. (2021). Education for prevention of STIs to young people (2021 version) standardized slides in youth education for the prevention of sexually transmitted infections – for high school students and for junior high school students. *Journal of Infection and Chemotherapy*, 27(10), 1375-1383.
- Argento, E., Goldenberg, S., & Shannon, K. (2019). Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: A critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries. *BMC Infectious Diseases*, 19, 212.
- Armenta, R. F., Kellogg, D., Montoya, J. L., Romero, R., Armao, S., Calac, D., & Gaines, T. L. (2021). "There is a lot of practice in not thinking about that": Structural, interpersonal, and individual-level barriers to HIV/STI prevention among reservation based American Indians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3566.
- Atkinson, D., Landy, R., St. Denys, R., Ogilvie, K., Lund, C., & Worthington, C., on behalf of the DRUM & SASH Team. (2023). The Red River Cart Model: A Métis conceptualization of health and well-being in the context of HIV and other STBBI. *Canadian Journal of Public Health*, 114(5), 856-866. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00771-8>.
- Atkinson, D. N. (2020). *Evaluating a Métis community pilot of dried blood spot testing within a Métis-specific cultural response for those living with/affected by HIV and other STBBI* [Unpublished Master of Public Health thesis]. University of Victoria. <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/11794>.
- Assembly of First Nations, & Government of Canada. (2015). *First Nations mental wellness continuum framework*. Government of Canada.
- Barbour, T. L. (2017). *HIV Testing in Nova Scotia: An Indigenous perspective on access and acceptability* [Unpublished Master of Arts thesis]. Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada.

- Barker, B., Adams, E., Wood, E., Kerr, T., DeBeck, K., Dong, H., Shoveller, J., Montaner, J., & Millow, M.-J. (2018). Engagement in maximally-assisted therapy and adherence to antiretroviral therapy among a cohort of Indigenous people who use illicit drugs. *AIDS and Behavior*, 23, 1258-1266.
- Barker, B., Goodman, A., & DeBeck, K. (2017). Reclaiming Indigenous identities: Culture as strength against suicide among Indigenous youth in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 108, e208-e210.
- Barkman, L., Beck, A., Oshag, V., Syrette, T., & Baker, J. A. (2022). *Reclaiming Indigenous sexual health is good medicine: Indigenous self-determination as HIV prevention*. CATIE. <https://www.catie.ca/reclaiming-indigenous-sexual-health-is-good-medicine-indigenous-self-determination-as-hiv>
- Bartlett, S. R., Buton, J., Palayew, A., Picchio, C. A., Janjua, N. Z., & Kronfli, N. (2021). Hepatitis C virus prevalence, screening, and treatment among people who are incarcerated in Canada: Leaving no one behind in the direct-acting antiviral era. *Clinical Liver Disease*, 17(2), 75-80.
- Baughner, A. R., Trujillo, L., Kanny, D., Freeman, J. Q., Hickey, T., Sionean, C., Respress, E., Bardales, J. C., Marcus, R., Finlayson, T., Wejnert, C., & National HIV Behavioral Surveillance Study Group. (2021). Racial, ethnic, and gender disparities in awareness of preexposure prophylaxis among HIV-negative heterosexually active adults at increased risk for HIV infection - 23 urban areas, United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(47), 1635-1640.
- Bennett, R., Cerigo, H., Coutlée, F., Roger, M., Franco, E. L., & Brassard, P. (2015). Incidence, persistence, and determinants of human papillomavirus infection in a population of Inuit women in northern Quebec. *Sexually Transmitted Diseases*, 42(5), 272-278.
- Benoit, A. C., Younger, J., Beaver, K., Jackson, R., Loutfy, M., Masching, R., Nobis, T., Nowgesic, E., O'Brien-Teengs, D., Whitebird, W., Zoccole, A., Hull, M., Jaworsky, D., Rachlish, A., Rourke, S., Burchell, A. N., Cooper, C., Hogg, R., Klein, M. B., Machouf, N. et al. (2017). A comparison of virological suppression and rebound between Indigenous and non-Indigenous persons initiating a combination of antiretroviral therapy in a multisite cohort of individuals living with HIV in Canada. *Antiviral Therapy*, 22, 325-335.
- Benz, M. B., Cabrera, K. B., Kline, N., Bishop, L. S., & Palm Reed, K. (2021). Fear of stigma mediates the relationship between internalized stigma and treatment-seeking among individuals with substance use problems. *Substance Use & Misuse*, 56(6), 808-818.
- Biderman, M., Doria, N., Sinno, J., Rand, J. R., Hackett, L., Miller, A. D., McMillan, J., Lekas, S., & Numer, M. (2021). Pathways for sexual health promotion among Indigenous boys and men: Stakeholder perspectives. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 17(3), 357-396.
- Bird, Y., Obidiya, O., Mahmood, R., Nwankwo, C., & Moraros, J. (2017). Human papillomavirus vaccination uptake in Canada: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 71.
- Bleakney, A., & Melvin, A. (2022). Indigenous women and girls: Socioeconomic conditions in remote communities compared with more accessible areas. *Insights on Canadian Society*, June 20. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00005-eng.htm>
- British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres (BCAAFC). (2020). *Urban Indigenous wellness report: A BC Friendship Centre perspective*. <https://bcaafc.com/wp-content/uploads/2020/11/BCAAFC-Urban-Indigenous-Wellness-Report.pdf>
- British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2012). *BC Point of Care HIV testing program*. <http://www.bccdc.ca/our-services/programs/point-of-care-rapid-hiv-testing>.
- British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2017). *STI Annual report*. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/STI_Annual_Report_2017_final.pdf
- British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2019). *HIV annual report 2017*. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/HIV_Annual_Report_2017_FINAL.pdf



- British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC). (2023). *BC syphilis action plan refresh, 2023-2025*. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/Syphilis_Action_Plan_Refresh_2023.pdf
- Brooks, R. A., Cabral, A., Nieto, O., Fehrenbacher, A., & Landrian, A. (2019). Experiences of pre-exposure prophylaxis stigma, social support, and information dissemination among Black and Latina transgender women who are using pre-exposure prophylaxis. *Transgender Health*, 4(1), 188-196.
- Browne, A. J. (2017). Moving beyond description: Closing the health equity gap by redressing racism impacting Indigenous populations. *Social Science & Medicine*, 184, 23-26.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S., Krause, M., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(544), 1-17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-16-1707-9>
- Bruce, V., Eldredge, J., Leyva, Y., Mera, J., English, K., & Page, K. (2019). Hepatitis C virus infection in Indigenous populations in the United States and Canada. *Epidemiologic Reviews*, 41(1), 158-167.
- Bucharski, D., Reutter, L. I., & Ogilvie, L. D. (2006). 'You need to know where we're coming from': Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counseling and testing. *Health Care for Women International*, 27(8), 723-47. <https://doi.org/10.1080/07399330600817808>.
- Burchell, A. N., Warren, L., Ellis, B., Benoit, A., Leonard, L., Millson, P., Remis, R. S., Murray, J., McGee, F., O'Brien Teengs, D., Ogunnaike-Cooke, S., & Zoccole, A. (eds.). (2014). *The current state of HIV epidemic among Indigenous people in Ontario*. Ontario HIV Treatment Network. <https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/sites/9/2014/09/Indigenous-Report-2014Final.pdf>
- Burns, M. (2020). Reclaiming Indigenous sexual being: Sovereignty and decolonization through sexuality. *The Arbutus Review*, 11(1), 1-11.
- Buxton, J. A., Yu, A., Kim, P. H., Spinelli, J. J., Kuo, M., Alvarez, M., Gilbert, M., & Krajden, M. (2010). HCV co-infection in HIV positive population in British Columbia, Canada. *BMC Public Health*, 10, 225.
- California Department of Health. (2023, April 28). *Doxycycline post-exposure prophylaxis (doxy-PEP) for the prevention of bacterial sexually transmitted infections (STIs)*. State of California - Health and Human Services Agency.
- Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) & Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE). (2017). *Strong medicine*. Kevin Belmore. <https://www.catie.ca/strongmedicine>.
- Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE). (n.d.-a). *Pre-exposure prophylaxis (PrEP)*. <https://www.catie.ca/pre-exposure-prophylaxis-prep-0>
- Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE). (n.d.-b). *Long-acting HIV treatment - a major change begins*. <https://www.catie.ca/treatmentupdate-244/long-acting-hiv-treatment-a-major-change-begins>
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2022). *Guidance on the use of standards for race-based and Indigenous identity data collection and health reporting in Canada*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-en.pdf>
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2019). *Language matters: Using respectful language in relation to sexual health, substance use, STBBIs and intersecting sources of stigma*. <https://www.cpha.ca/language-matters-using-respectful-language-relation-sexual-health-substance-use-stbbis-and>
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2020). *Trauma-and violence-informed care toolkit: For reducing stigma related to sexually transmitted and blood-borne infections (STBBIs)*. https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/STBBI-TVIC-toolkit_e.pdf
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2023). Sexually transmitted and blood-borne infections and related stigma. *About Projects*. <https://www.cpha.ca/sexually-transmitted-and-blood-borne-infections-and-related-stigma>
- Cassata, C. (2022). What are HPV 16 and 18? *Everyday Health*, April 26. <https://www.everydayhealth.com/hpv/what-are-hpv-16-18/>
- Castaneda, D., Gonzalez, A. J., Alomari, M., Tandon, K., & Zervos, X. B. (2021). From hepatitis A to E: A critical review of viral hepatitis. *World Journal of Gastroenterology*, 27(16), 1691-1715.
- Caya, C., Maheu-Giroux, M., Xia, Y., Serhir, B., Morin, V., Libman, M., Corsini, R., Goldfarb, D. M., Wong, T., Singh, A. E., & Yansouni, C. P. (2022). Stopping syphilis transmission in Arctic communities through rapid diagnostic testing: The STAR study protocol. *PLoS One*, 17(9), e02737313.
- Cedar Project, Mehrabadi, A., Paterson, K., Pearce, M., Patel, S., Craib, K. J., Moniruzzaman, A., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2008). Gender differences in HIV and hepatitis C related vulnerabilities among Aboriginal young people who use street drugs in two Canadian cities. *Women and Health*, 48(3), 235-260.

- Center for Substance Abuse Treatment. (2011). Screening for viral hepatitis. In *Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders* (Chapter 2). Treatment Improvement Protocol (TIP Series), No. 53). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92029/#:~:text=The%20test%20for%20hepatitis%20B,or%20is%20immune%20to%20reinfection.>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Overview of viral hepatitis for health care professionals*. <https://www.cdc.gov/hepatitis/resources/healthprofessionaltools/ABCoViralHepatitis.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). *HIV and substance use*. [https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/substance-use.html#:~:text=Injection%20drug%20use%20\(IDU\)%20can,with%20increased%20risk%20for%20HIV.](https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/substance-use.html#:~:text=Injection%20drug%20use%20(IDU)%20can,with%20increased%20risk%20for%20HIV.)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022a). *PrEP (Pre-exposure prophylaxis)*. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022b). *About PrEP*. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023a). *Congenital syphilis - CDC fact sheet*. <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-congenital-syphilis.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023b). *Hepatitis B*. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023c). *HIV treatment as prevention*. <https://www.cdc.gov/hiv/risk/art/index.html>
- Cerigo, H., Coutlée, F., Franco, E. L., & Brassard, P. (2013). Factors associated with cervical cancer screening uptake among Inuit women in Nunavik, Quebec, Canada. *BMC Public Health*, 13, 438.
- Cerigo, H., Macdonald, M. E., Franco, E. L., & Brassard, P. (2012). HPV detection by self-sampling in Nunavik, Quebec: Inuit women's sampling method preferences. *Journal of Aboriginal Health*, 8, 29-39.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- Chavoshi, N., Christian, W., Moniruzzaman, A., Richardson, C., Schechter, M., & Spittal, P. (2013). The Cedar Project: Understanding barriers to consistent condom use over time in a cohort of young Indigenous people who use drugs. *International Journal of Sexual Health*, 25(4), 249-59. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.794184>.
- Choudhri, Y., Miller, J., Sandhu, J., Leon, A., & Aho, J. (2018a). Chlamydia in Canada, 2010-2015. *Canada Communicable Disease Report*, 44(2), 49-54.
- Choudhri, Y., Miller, J., Sandhu, J., Leon, A., & Aho, J. (2018b). Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010-2015. *Canada Communicable Disease Report*, 44(2), 43-48.
- Coffin, C. S., Ramji, A., Cooper, C. L., Miles, D., Doucette, K. E., Wong, P., Tam, E., Wong, D. K., Wong, A., Ukabam, S., Bailey, R. J., Tsoi, K., Conway, B., Barrett, L., Michalak, T. I., Congly, S. E., Minuk, G., Kaita, K., Kelly, E., Ko, H. H. et al. (2019). Epidemiologic and clinical features of chronic hepatitis B virus infection in 8 Canadian provinces: A descriptive study by the Canadian HBV Network. *CMAJ Open*, 7(4), E610-E618.
- Cogliano, V., Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., & WHO International Agency for Research on Cancer. *The Lancet*, 6, 204.
- Collier, R. (2017). Reports of coerced sterilization of Indigenous women in Canada mirrors shameful past. *Canadian Medical Association Journal*, 189(33), E1080-1081.
- Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE). (2020). *Pharmacist-provided HIV point-of-care testing*. <https://www.catie.ca/pharmacist-provided-hiv-point-of-care-testing>
- Cooper, C., Driedger, M., Wong, D., Haylock-Jacobs, S., Shaheen, A. A., Osiowy, C., Fung, S., Doucette, K., Wong, A., Barrett, L., Conway, B., Ramji, A., Minuk, G., Sebastiani, G., Wong, P., & Coffin, C. S. (2021). Distinct hepatitis B and HIV co-infected populations in Canada. *Journal of Viral Hepatitis*, 28(3), 517-527.
- Corosky, G. J., & Blystad, A. (2016). Staying healthy “under the sheets:” Inuit youth experiences of access to sexual and reproductive health and rights in Arviat, Nunavut, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(S1), 31812.
- Cowling, T., & Dolcine, B. (2017). *Point-of-care testing*. Canada's Drug and Health Technology Agency (CADTH). https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/es0308_point_of_care_testing.pdf
- Craib, K. J. P., Spittal, P. M., Patel, S. H., Christian, W. M., Moniruzzaman, A., Pearce, M. E., Demerais, L., Sherlock, C., Schechter, M. T., & the Cedar Project. (2009). Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among Aboriginal young people who use drugs: Results from the Cedar Project. *Open Medicine*, 3(4), e220-7.
- Dahl, A. L., Scott, R. K., & Peace, Z. (2015). Trials and triumph: Lesbian and gay young adults in a rural context. *Social Science*, 4(4), 925-939.
- Demers, A. A., Shearer, B., Severeini, A., Lotocki, R., Kliwer, E. V., Stopera, S., Wong, T., & Jayaraman, G. (2012). Distribution of human papillomavirus types, cervical cancer screening history, and risk factors for infection in Manitoba. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(4), 177-185.



- Demers, A., Shearer, B., Totten, S., Fang, L., Severini, A., Kliewer, E., Mao, Y., Wong, T., & Jayaraman, G. (2011). P1-S2.69. Prevalence of HPV infections in Metis and First Nations living in Manitoba, Canada. *Sexually Transmitted Infections*, 87(Supp. 1).
- Devries, K. M., & Free, C. (2010). "I told him not to use condoms": Masculinities, femininities and sexual health of Aboriginal Canadian young People. *Sociology of Health & Illness*, 32(6), 827-842.
- Dijk, C. F.-V., Rowan, M., Dell, C., Mushquash, C., Hopkins, C., Fornssler, B., Hall, L., Mykota, D., Farag, M., & Shea, B. (2017). Honoring Indigenous culture-as-intervention: Development and validity of the Native Wellness Assessment™. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 16(2), 181-218.
- Duff, P., Tyndall, M., Buxton, J., Zhang, R., Kerr, T., & Shannon, K. (2013). Sex-for-crack exchanges: Associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduction Journal*, 10, e2010008.
- Duncan, K. C., Reading, C., Borwein, A. M., Murray, M. C. M., Palmer, A., Michelow, W., Samji, H., Lima, V. D., Montaner, J. S. G., & Hogg, R. S. (2011). HIV incidence and prevalence among Aboriginal Peoples in Canada. *AIDS and Behavior*, 15, 214-227.
- Dunn, K. P. R., Williams, K. P., Egan, C. E., Potestio, M. L., & Lee, S. S. (2021). ECHO+: Improving access to hepatitis C care within Indigenous communities in Alberta, Canada. *Canadian Liver Journal*, October, e20210027. <https://doi.org/10.3138/canlivj-2021-0027>.
- Estcourt, C. S., MacDonald, J., Saunders, J., Nandwani, R., Young, I., Frankis, J., Clutterbuck, D., Steedman, N., McDaid, L., Dalrymple, J., & Flowers, P. (2023). Improving HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and initiation: Process evaluation and recommendation development from a national PrEP program. *Sexual Health*, 20(4), 282-295.
- European Virus Archive – Global. (2020). *Single-stranded RNA virus*. <https://www.european-virus-archive.com/genome-composition/ssrna-0>
- Fairley, C. K. (2018). Access to health care is critical for the control of sexually transmitted infections (STIs). *HIV Australia*, June 20, 1-3. <https://www.afao.org.au/wp-content/uploads/2018/06/Access-to-health-care-is-critical-for-the-control-of-Sexually-Transmitted-Infections.pdf>
- Falade-Nwulia, O., Mehta, S. H., Lasola, J., Latkin, C., Niculuescu, A., O'Connor, C., Chaulk, P., Ghanem, K., Page, K. R., Sulkowski, M. S., & Thomas, D. L. (2016). Public health clinic-based hepatitis C testing and linkage to care in Baltimore. *Journal of Viral Hepatitis*, 23(5), 366-374.
- Fallon, B., Lefebvre, R., Trocmé, N., Richard, K., Hélie, S., Montgomery, H. M., Bennett, M., Joh-Camella, N., Saint-Girons, M., Filippelli, J., MacLaurin, B., Black, T., Esposito, T., King, B., Collin-Vézina, D., Dallaire, R., Gray, R., Levi, J., Orr, M., Petti, T. et al. (2021). *Denouncing the continued overrepresentation of First Nations children in Canadian child welfare: Findings from the First Nations/Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Assembly of First Nations.
- Fayed, S. T., King, A., King, M., Macklin, C., Demeria, J., Rabbitskin, N., Healy, B., & Gonzales S. (2018). In the eyes of Indigenous people in Canada: Exposing the underlying colonial etiology of hepatitis C and the imperative for trauma-informed care. *Canadian Liver Journal*, 1(3), 115-29. <https://doi.org/10.3138/canlivj.2018-0009>.
- Fleming, D. T., Leone, P., Esposito, D., Heitman, C. K., Justus, S., Chin, S., & Fife, K. H. (2006). Herpes virus type 2 infection and genital symptoms in primary care patients. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(7), 416-421.



- Flicker, S., Larkin, J., Smilie-Adjarkwa, C., Restoule, J.-P., Barlow, K., Dagnino, M., Ricci, C., Koleszar-Green, R., & Mitchell, C. (2008). 'It's hard to change something when you don't know where to start': Unpacking HIV vulnerability with Aboriginal youth in Canada. *Pimatisiwin: Journal of Aboriginal Indigenous Community Health*, 5(2), 175-200.
- Flicker, S., Danforth, J., Konsmo, E., Wilson, C., Oliver, V., Jackson, R., Prentice, T., Larkin, J., Restoule, J. P., & Mitchell, C. (2013). "Because we are Natives and we stand strong to our pride": Decolonizing HIV prevention with Aboriginal Youth in Canada using the arts. *Canadian Journal of Aboriginal Community-Based HIV/AIDS Research*, 5, 4-24.
- First Nations and Inuit Health Branch. (2016). *Health status of First Nations on-reserve in Atlantic Canada. Health Canada, Government of Canada*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/sc-hc/H33-1-17-2016-eng.pdf
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC). (2012). *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/ccd66b67e9debb2c92f4a54703e1d050_First-Nations-Regional-Health-Survey-RHS-2008-10-National-Report.pdf
- FOXY. (2023). *Fostering Open eXpression among youth*. <https://arcticfoxy.com/>
- Fuller, S. S., Aicken, C., Sutcliffe, L. J., Estcourt, C. S., Gkatzidou, V., Hone, K., Sonnenberg, P., Oakeshott, P., Sadiq, S. T., & Shahmanesh, M. (2013). What are young people's perceptions of using electronic self-tests for STIs linked to mobile technology for diagnosis and care (eSTI2)? *Sexually Transmitted Infections*, 89(Suppl 1), A69-A70.
- Gagnon, M., Guta, A., Upshur, R., Murray, S. J., & Bungay, V. (2020). 'It gets people through the door': A qualitative case study of the use of incentives in the care of people at risk or living with HIV in British Columbia, Canada. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00548-5>.
- Gaspar, C. M., Rand, J., Biderman, M., Bogner, E., Lekas, S., Miller, D., McMillan, J., & Numer, M. (2022). *Pathways for sexual health promotion among Indigenous boys and men: A community report*. Dalhousie University, Healing Our Nation, and Mi'kmaw Native Friendship Centre. <https://static1.squarespace.com/static/60f6da39c296f96da1fa63bd/t/614ddb38eac7f063b63a5cc6/1632492346391/Pathways+for+Sexual+Health+Promotion+Among+Indigenous+Boys+and+Men+-+A+Community+Report.pdf>
- Gauthier, B., Cerigo, H., Coutlée, F., Franco, E. L., & Brassard, P. (2018). Persistence of human papillomavirus 16, 18 and 52 variants in Inuit women from northern Quebec, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 77(1), 1556556.
- Gauthier, B., Coutlée, F., Franco, E. L., & Brassard, P. (2015). Human papillomavirus variants among Inuit women in northern Quebec, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1), 29482.
- George, J. (2003). HIV statistics for Inuit called deceptively low. *Nunatsiag News*, December 5. https://nunatsiag.com/stories/article/hiv_statistics_for_inuit_called_deceptively_low/
- German, D., & Latkin, C. A. (2012). Social stability and HIV risk behavior: Evaluating the role of accumulated vulnerability. *AIDS and Behaviour*, 16, 168-78.
- Gesink, D., Whiskeyjack, L., & Guimond, T. (2019). Perspectives on restoring health shared by Cree women, Alberta, Canada. *Health Promotion International*, 34(3), 454-461. DOI: 10.1093/heapro/dx099.

- Gesink, D., Whiskeyjack, L., Sunjtens, T., Mihic, A., & McGilvery, P. (2016). Abuse of power in relationships and sexual health. *Child Abuse & Neglect*, 58, 12-23.
- Gesink Law, D., Rink, E., Mulvad, G., & Koch, A. (2008). Sexual health and sexually transmitted infections in the North American Arctic. *Emerging Infectious Diseases*, 14(1), 4-9. <https://doi.org/10.3201/eid1401.071112>.
- Ghania, Y&. (2022). Sask. battles surging syphilis rates in First Nations communities, health officer says. *CBC News, Saskatchewan*, July 28. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/syphilis-rates-rising-first-nations-communities-1.6534415>
- Gilbert, M., Chang, H.-J., Ablona, A., Salway, T., Ogilvie, G. S., Wong, J., Haag, D., Pedersen, H. N., Bannar-Martin, S., Campeau, L., Ford, G., Worthington, C., Grace, D., & Greenan, T. (2021). Accessing needed sexual health services during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada: A survey of sexual health service clients. *Sexually Transmitted Infections*, 98(5), 360-366. <https://doi.org/10.1136/setrans-2021-055013>.
- Gilbert, M., Thomson, K., Salway, T., Haag, D., Grennan, T., Fairley, C. K., Buchner, C., Krajden, M., Kendall, P., Shoveller, J., Ogilvie G. (2017). Differences in experiences of barriers to STI testing between clients of the internet-based diagnostic testing service Get CheckedOnline.com and an STI clinic in Vancouver, Canada. *Sexually Transmitted Infections*, 95, 151-156.
- Gittings, L., Malama, K., Logie, C. H., Lys, C. L., Taylor, S. B., Mackay, K. I., Kanbari, A., Parker, S., & McNamee, C. (2022). “Every day I grew stronger and stronger being there”: Empowerment through land-and art-based Peer Leader retreats with Indigenous and Northern young people. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1), 2125489. DOI: 10.1080/22423982.2022.2125489.
- Goldenberg, S. M., Chettiar, J., Simo, A., Silverman, J. G., Strathdee, S. A., Montaner, J. S. G., & Shannon, K. (2014). Early sex work initiation independently elevates odds of HIV infection and police arrest among adult sex workers in a Canadian setting. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 65, 122-128.
- Gone, J. P., Hartman, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H., & Burrage, R. L. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for Indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. *American Psychologist*, 74(1), 20-35.
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T., & Western Aboriginal Harm Reduction Society. (2017). “They treated me like crap and I know it was because I was Native”: The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver’s inner city. *Social Science & Medicine*, 178, 87-94.
- Gould, A. (2018). Testing for HIV has never been faster. *CBC News, New Brunswick*, June 27. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/hiv-fast-test-1.4722701>
- Government of Canada. (2017). Part 4. Immunizing agents - Human papillomavirus (HPV) vaccines. *Canadian immunization guide - For health professionals*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-9-human-papillomavirus-vaccine.html>
- Government of Manitoba. (2018). *2016 Annual statistical update: HIV and AIDS*. <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hiv aids/docs/dec2016.pdf>
- Government of Manitoba. (2019). *2018 annual statistical update: HIV in Manitoba*. <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/hiv aids/docs/dec2018.pdf>
- Government of the Northwest Territories. (2022). New rapid tests introduced to combat syphilis outbreak. *News release*, July 19. <https://www.gov.nt.ca/en/newsroom/new-rapid-tests-introduced-combat-syphilis-outbreak#:~:text=We%20are%20pleased%20to%20offer,of%20syphilis%20in%20the%20NWT>
- Goymann, H., Mavuso, M., McMahon, S. A., Hetteema, A., Hughey, A. B., Matse, S., Dlamini, P., Kahn, K., Bärnighausen, T., Jahn, A., & Bärnighausen, K. (2023). “We should not be quiet but we should talk”: Qualitative accounts of community-based communication of HIV pre-exposure prophylaxis. *Qualitative Health Research*, 33(10), 842-856.
- Gratrix, J., Karwacki, J., Eagle, L., Rathjen, L., Singh, A., Chu, A., & Smyczek, P. (2022). Syphilis in Alberta, 2017-2020. *Canada Communicable Disease Report*, 48(2/3), 61-67.
- Greenwood, M., & MacDonald, N. (2021). *Vaccine mistrust: A legacy of colonialism*. Royal Society of Canada COVID-19 Series, Publication #102 (originally published in the *Globe and Mail*, March 31).



- Hackett, L., Biderman, M., Doria, N., Courville, J., Bogner, E., Spencer, R., Miller, D., McMillan, J., & Numer, M. (2021). A rapid review of Indigenous boys' and men's sexual health in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 23(5), 705-721.
- Haddad, N., Li, J. S., Totten, S., & McGuire, M. (2018). HIV in Canada-Surveillance Report, 2017. *Canada Communicable Disease Report*, 44(12), 348-56.
- Haddad, N., Robert, A., Weeks, A., Popovic, N., Siu, W., & Archibald, C. (2019). HIV in Canada – Surveillance report, 2018. *Canada Communicable Disease Report*, 45(12), 304-312.
- Haddad, N., Weeks, A., Robert, A., & Totten, S. (2021). HIV surveillance report 2019. *Canada Communicable Disease Report*, 47(1), 77-86.
- Harfouche, M., Abu-Hijleh, F. M., James, C., Looker, K. J., & Abu-Raddad, L. J. (2021). Epidemiology of herpes simplex virus type 2 in sub-Saharan Africa: Systematic review, meta-analyses, and meta-regressions. *EClinical Medicine*, 35, 100876.
- Harrigan, M. (2021). *A resurgence of syphilis in Canada: Who is being affected most and what interventions are needed?* Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE). <https://www.catie.ca/prevention-in-focus/a-resurgence-of-syphilis-in-canada-who-is-being-affected-most-and-what>
- Halseth, R., & Odulaja, O. (forthcoming). *Trauma-informed care in the management and treatment of tuberculosis in Indigenous populations*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Healey, G. (2014a). Inuit parent perspectives on sexual health communication with adolescent children in Nunavut: "It's kinda hard for me to try to find the words." *International Journal of Circumpolar Health*, 73, 25070.
- Healey, G. (2014b). Inuit family understandings of sexual health and relationships in Nunavut. *Canadian Journal of Public Health*, 105(2), e133-137.
- Healey, G. (2016). Youth perspectives on sexually transmitted infections and sexual health in Northern Canada and implications for public health practice. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(1), 1-6. <https://doi.org/10.3402/ijch.v75.30706>.
- Health Canada. (2010). *First Nations health status report - Alberta region 2009-2010*. Government of Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H26-4-2010-eng.pdf
- Heidebrecht, L., Iyer, S., Laframboise, S. L., Madampage, C., & King, A. (2021). 'Every one of us is a strand in that basket': Weaving together stories of Indigenous wellness and resilience from the perspective of those with lived and living experience with HIV/hepatitis C virus. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 33(2), 189-201. DOI: 10.1097/JNC. 0000000000000285
- Heidinger, L. (2022). Violent victimization and perceptions of safety: Experiences of First Nations, Métis and Inuit women in Canada. *Juristat*, April 26.
- Heilingloh, C. S., Lull, C., Kleiser, E., Alt, M., Schipper, L., Witzke, O., Trilling, M., Eis-Hübinger, A.-M., Dittmer, U., & Krawczyk, A. (2020). Herpes simplex virus type 2 is more difficult to neutralize by antibodies than herpes simplex virus type 1. *Vaccines*, 8(3), 487. <https://doi.org/10.3390/vaccines8030478>.
- Henderson, R. I., Shea-Budgell, M., Healy, C., Letendre, A., Bill, L., Healy, B., Bednarczyk, R. A., Mrklas, K., Barnabe, C., Guichon, J., Bedingfield, N., MacDonald, S., Colquhoun, A., Glaze, S., Tash, T., Bell, C., Kellner, J., Richardson, R., Dixon, T., Starlight, J., & Nelson, G. (2018). First Nations people's perspectives on barriers and supports for enhancing HPV vaccination: Foundations for sustainable, community-driven strategies. *Gynecologic Oncology*, 149(1), 93-100.
- Hosein, S. (2017). Exploring viral suppression rates among some Indigenous people who started ART. *CATIE News*, January 12. <https://www.catie.ca/catie-news/exploring-viral-suppression-rates-among-some-indigenous-people-who-started-art>
- Hughes, G., & Fifer, H. (2018). Point-of-care tests for Chlamydia and gonorrhoea in Indigenous communities. *The Lancet*, 18, 1054-1055.
- Hunt, S. (2016). *An introduction to the health of two-spirit people: Historical, contemporary and emergent issues*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Huynh, C., Minuk, G. Y., Uhanova, J., Baikie, M., Wong, T., & Osiowy, C. (2017). Serological and molecular epidemiological outcomes after two decades of universal infant hepatitis B virus (HBV) vaccination in Nunavut, Canada. *Vaccine*, 35(35, Part B), 4515-22.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2018). *Saskatchewan First Nations 2018 health status report*. Government of Canada. https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/For%20Physicians/Indigenous%20Wellness/ISC_FNIHB_SFN_2018_Health_Status_Report-FINAL.pdf
- Indigenous Services Canada (ISC). (2019). *Hepatitis C in First Nations living on reserve*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1569955684724/1569958287940>

- Indigenous Services Canada (ISC). (2020). *Annual report to Parliament 2020*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1602010609492/1602010631711>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2020b). *Don't wait, vaccinate! HPV (human papillomavirus)*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1572286220756/1572289813916>
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2017). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2017 et projections 2018*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2471_infections_transmissibles_sexuellement_sang_2017.pdf
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (2018). Genital herpes: How can you prevent the spread of herpes in sexual relationships. *InformedHealth.org*. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525787/>
- Integrated DNA Technologies. (2023). *RNA polymerase: What is it and what does it do?* <https://www.idtdna.com/pages/education/decoded/article/rna-polymerase-what-is-it-and-what-does-it-do#:~:text=Each%20of%20the%20RNAP%20types,transfer%20RNA%20and%205s%20rRNA.>
- Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., & Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E103-E112.
- Jackson, C., & Tremblay, G. (2019). Accelerating our response: Government of Canada action plan on sexually transmitted and blood-borne infections. *Canada Communicable Disease Report*, 45(12), 323-26. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v45i12a04.>
- Jefferies, M., Rauff, B., Rashid, H., Lam, T., & Rafiq, S. (2018). Update on global epidemiology of viral hepatitis and preventive strategies. *World Journal of Clinical Cases*, 6(13), 589-99.
- Jiang, Y., Brassard, P., Severini, A., Goleski, V., Santos, M., Leamon, A., Chatwood, S., Lys, C., Johnson, G., Wong, T., Kotaska, A., Kandola, K., & Mao, Y. (2011). Type-specific prevalence of human papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. *Journal of Infection and Public Health*, 4(5-60), 219-227.
- Jiang, Y., Brassard, P., Severini, A., Mao, Y., Li, Y. A., Laroche, J., Chatwood, S., Corriveau, A., Kandola, K., Hanley, B., Sobol, I., Ar-Rushdi, M., Johnson, G., Lo, J., Ratnam, S., Wong, T., Demers, A., Jayaraman, G., Totten, S., & Morrison, H. (2013). The prevalence of human papillomavirus and its impact on cervical dysplasia in northern Canada. *Infectious Agents and Cancer*, 8, 25.
- Jin, A., & Martin, J. D. (2003). Hepatitis A among residents of First Nations reserves in British Columbia, 1991-1996. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 176-9.
- Jongbloed, K., Friedman, A. J., Pearce, M. E., Van Der Kop, M. L., Thomas, V., Demerais, L., Pooyak, S., Schechter, M. T., Lester, R. T., Spittal, P. M., & The Cedar Project Partnership. (2016). The Cedar Project WelTel mHealth intervention for HIV prevention in young Indigenous people who use illicit drugs: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 128.
- Jongbloed, K., Pooyak, S., Sharma, R., Mackie, J., Pearce, M. E., Laliberte, N., Demerais, L., Lester, R. T., Schechter, M. T., Loppie, C., & Spittal, P. M. for the Cedar Partnership. (2019). Experiences of the HIV cascade of care among Indigenous Peoples: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 23, 984-1003.
- Kalichman, S. C., Grebler, T., Amaral, C. M., McKerey, M., White, D., Kalichman, M. O., Cherry, C., & Eaton, L. (2013). Assumed infectiousness, treatment adherence and sexual behaviours: Applying the Swiss Statement on infectiousness to HIV-positive alcohol drinkers. *HIV Medicine*, 14(5), 263-272.
- Karpf, M. (1990). Lymphadenopathy. In H. K. Walker, W. D. Hall, & J. W. Hurst (eds.), *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations*, 3rd edition (Chap. 149). Butterworths. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK256/#:~:text=Tender%2C%20painful%20nodes%20that%20appear,will%20have%20lymphoma%20or%20leukemia.>
- Kerkerian, G., Kestler, M., Carter, A., Wang, L., Kronfli, N., Sereda, P., Roth, E., Millowy, M.-J., Pick, N., Money, D., Webster, K., Hogg, R. S., de Pokomandy, A., Loutfy, M., Kaida, A., on behalf of the CHIWOS Research Team. (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.
- Kinasevych, B. (2011). *The determinants of sexually transmitted and blood borne infection risk among incarcerated youth* [Unpublished Master's thesis]. University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada.
- Kingston, M., & Carlin, E. (2002). Treatment of sexually transmitted infections with single-dose therapy: A double-edged sword. *Drugs*, 62, 871-878.
- Koehn, K., Cassidy-Matthews, C., Pearce, M., Aspin, C., Pruden, H., Ward, J., Mullen, M., Hogg, R. S., & Nicholson, V. (2021). Rates of new HIV diagnoses among Indigenous peoples in Canada, Australia, New Zealand, and the United States: 2009-2017. *AIDS*, 35(10), 1683-1687.

- Krementz, D. H., Macklin, C., King, A., Fleming, T., Kafeety, A., Lambert, S., Leo Laframboise, S., & Nicholson, V. (2018). Connections with the land: A scoping review on cultural wellness retreats as health interventions for Indigenous Peoples living with HIV, hepatitis C, or both. *Ab-Original*, 2(1), 23-47. <https://doi.org/10.5325/aboriginal.2.1.0023>.
- Krüsi, A., Ranville, F., Gurney, L., Lyons, T., Shoveller, J., & Shannon, K. (2018). Positive sexuality: HIV disclosure, gender, violence and the law - A qualitative study. *PLoS One*, 13(8), e0202776.
- Kurtz, D. L. M., Nyberg, J. C., Van Den Tillaart, S., Mills, B., & the Okanagan Urban Aboriginal Health Research Collective. (2008). Silencing of voice: An act of structural violence: Urban Aboriginal women speak out about their experiences with health care. *Journal of Aboriginal Health*, 1, 53-64.
- Kurtzman, L. (2023, February 22). *Doxycycline for STI prevention: Highly effective, minimal drug resistance* [media release]. University of California San Francisco. <https://www.ucsf.edu/news/2023/02/424861/doxycycline-sti-prevention-highly-effective-minimal-drug-resistance>
- Land, E. (2019). *Fact sheet: Undetectable viral load*. San Francisco AIDS Foundation. <https://www.sfaf.org/collections/beta/fact-sheet-undetectable-viral-load/#:~:text=Additional%20information,person%20still%20is%20HIV%2Dpositive>.
- Layland, E. K., Carter, J. A., Perry, N. S., Cienfuegos-Szalay, J., Nelson, K. M., Peasant Bonner, C., & Rendina, H. J. (2020). A systematic review of stigma in sexual and gender minority health interventions. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1200-1210.
- Lam, A., Woods, S., & Ndubuka, N. (2017). Evaluating the timeliness of reporting in a First Nations communicable diseases program. *Canada Communicable Disease Report*, 43(6), 133-137.
- Landy, R. (2019). *Participatory filmmaking and HIV/AIDS education with Indigenous youth in Labrador: Exploring knowledge/attitude change and the experiences of Indigenous youth and Elders* [Unpublished Doctoral dissertation]. Memorial University of Newfoundland.
- Landy, R., Atkinson, D., Ogilvie, K., St. Denys, R., Lund, C., & Worthington, C., on behalf of the DRUM & SASH Team. (2022). Assessing the acceptability of dried blood spot testing for HIV and STBBI among Métis people in a community driven pilot project in Alberta, Canada. *BMC Health Services Research*, 22, 1496.
- Landy, R., & Worthington, C. (2021). 'Do something with them!': Developing 'comfortable' engagement with Elders participating in an arts-based sexual health promotion and STBBI prevention workshop for Indigenous youth in Labrador, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 80(1), 1986250. <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1986250>.
- Laprise, C., & Bolster-Foucault, C. (2021). Understanding barriers and facilitators to HIV testing in Canada from 2009-2019: A systematic mixed studies review. *Canada Communicable Diseases Report*, 47(2), 105-25.
- Larcombe, L., McAlberty, A., Samuel, S., Samuel, J., Payne, M., Van Haute, S., Singer, M., Ringaert, L., Meyers, A. F. A., Kinew, K., Keynan, Y., MacDonald, K., Antsanen, J., & Orr, P. (2019). A Dene First Nation's community readiness assessment to take action against HIV/AIDS: A pilot project. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1588092.
- Lavoie, J. G., Browne, A., Varcoe, C., Wong, S., & Fridkin, A. (2015). Missing pathways to self-governance: Aboriginal health policy in British Columbia. *The International Indigenous Policy Journal*, 6(1), 1-21. DOI: <https://doi.org/10.18584/iipj.2015.6.1.2>



- LeBlanc, M.-A. (2019). *Point of Care testing for sexually transmitted and blood-borne infections: A Canadian realist review*. National Collaborating Centre for Infectious Diseases.
- Lemchuk-Favel, L., & Jock, R. (2004). Aboriginal health systems in Canada: Nine case studies. *Journal of Aboriginal Health, 1*, 28-52.
- Leutkemeyer, A. F., Donnell, D., Dombrowski, J. C., Cohen, S., Grabow, C., Brown, C. E., Malinski, C., Perkins, R., Nasser, M., Lopez, C., Vittinghoff, E., Buchbinder, S. P. et al., for the DoxyPEP Study Team. (2023). Postexposure doxycycline to prevent bacterial sexually transmitted infections. *New England Journal of Medicine, 388*, 1296-1306.
- Logie, C. H., & Lys, C. (2015). The process of developing a community-based research agenda with lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth in the Northwest Territories, Canada. *International Journal of Circumpolar Health, 74*, 28188.
- Logie, C. H., Lys, C. L., Dias, L., Schott, N., Zouboules, M. R., MacNeill, N., & Mackay, K. (2019c). "Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination": Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health and Social Care, 27*(5), 1204-1213.
- Logie, C. H., Lys, C. L., Fujioka, J., MacNeill, N., Mackay, K., & Yasseen Lii, A. S. (2018c). Sexual practices and condom use among a sample of Northern and Indigenous adolescents in Northern Canada: Cross-sectional survey results. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 45*(2), 147-154. DOI: 10.1136/bmjshr-2018-200174.
- Logie, C. H., Lys, C. L., Mackay, K., MacNeill, N., Pauchulo, A., & Yasseen, A. S. (2019b). Syndemic factors associated with safer sex efficacy among northern and Indigenous adolescents in Arctic Canada. *International Journal of Behavioral Medicine, 26*(4), 449-53. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09797-0>.
- Logie, C. H., Lys, C. L., Okumu, M., & Fujioka, J. (2019a). Exploring factors associated with condom use self-efficacy and condom use among northern and Indigenous adolescent peer leaders in northern Canada. *Vulnerable Children and Youth Studies, 14*(1), 50-62.
- Logie, C. H., Lys, C., Okumu, M., & Leone, C. (2018b). Pathways between depression, substance use and multiple sex partners among Northern and Indigenous young women in the Northwest Territories, Canada: Results from a cross-sectional survey. *Sexually Transmitted Infections, 94*(8), 604-606. DOI: 10.1136/sextrans-2017-053265.
- Logie, C. H., Lys, C. L., Schott, N., Dias, L., Zouboules, M. R., & Mackay, K. (2018a). 'In the North you can't be openly gay': Contextualising sexual practices among sexually and gender diverse person in Northern Canada. *Global Public Health, 13*(12), 1865-1877. DOI: 10.1080/17441692.2018.1449881
- Lourenço, L., Kelly, M., Tarasuk, J., Stairs, K., Bryson, M., Popovic, N., & Aho, J. (2021). The hepatitis C epidemic in Canada: An overview of recent trends in surveillance, injection drug use, harm reduction and treatment. *Canada Communicable Disease Report, 47*(12), 561-570.
- Lydon-Hassen, K., Jonah, L., Mayotte, L., Hrabowy, A., Graham, B., Missens, B., Nelson, A., Andkhoie, M., Nahachewsky, D., Yalamanchili, D. T., Gupta, S., Ndubuka, N., Khan, I., Yacoub, W., Bryson, M., & Paquette, D. (2022). Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018-2020. *Canada Communicable Disease Report, 48*(4), 146-156.
- Lys, C., Gesink, D., Strike, C., & Larkin, J. (2018b). Body mapping as a youth sexual health intervention and data collection tool. *Qualitative Health Research, 28*(7), 1185-1198. DOI: 10.1177/1049732317750862.
- Lys, C., Gesink, D., Strike, C., & Larkin, J. (2019). Social ecological factors of sexual subjectivity and contraceptive use and access among young women in the Northwest Territories, Canada. *The Journal of Sex Research, 56*(8), 999-1008.
- Lys, C., Logie, C. H., Mackay, K. I., MacNeill, N., Loppie, C., Gittings, L., & Yasseen, A. (2023). Exploring uptake of HIV/STI knowledge and safer sex-efficacy in an arts-based sexual health workshop among Northern and Indigenous adolescents in the Northwest Territories, Canada. *AIDS Care, 35*(3), 411-416.
- Lys, C., Logie, C. H., MacNeill, N., Loppie, C., Dias, L. V., Masching, R., & Gesink, D. (2016). Arts-based HIV and STI prevention intervention with northern and Indigenous youth in the Northwest Territories: Study protocol for a non-randomised cohort pilot study. *BMJ Open, 6*, e012399.
- Lys, C. L., Logie, C. H., & Okumu, M. (2018a). Pilot testing Fostering Open eXpression among Youth (FOXY), an arts-based HIV/STI prevention approach for adolescent women in the Northwest Territories, Canada. *International Journal of STD & AIDS, 29*(10), 980-86. <https://doi.org/10.1177/0956462418770873>.
- MacAfee, L. K., Harfmann, R. F., Cannon, L. M., Minadeao, L., Kolenic, G., Kusunoki, Y., & Dalton, V. K. (2019). Substance use treatment patient and provider perspectives on accessing sexual and reproductive health services: Barriers, facilitators, and the need for integration of care. *Substance Use & Misuse, 55*(1), 95-107.

- MacDonald, S. E., Kenzie, L., Letendre, A., Bill, L., Shea-Budgell, M., Henderson, R., Barnabe, C., Guichon, J. R., Colquhoun, A., Ganshorn, H., Bedingfield, N., Vandenboogaard, P. D., Bednarczyk, R. A., Glaze, S., & Nelson, G. (2023). Barriers and supports for uptake of human papillomavirus vaccination in Indigenous people globally: A systematic review. *PLoS Global Public Health*, 3(1), e0001406.
- MacLean, R. (2018). Resources to address stigma related to sexuality, substance use and sexually transmitted and blood-borne infections. *Canada Communicable Disease Report*, 44(2), 62-67. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i02a05>.
- MacPhail, C., & McKay, K. (2018). Social determinants in the sexual health of adolescent Aboriginal Australians: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 26(2), 131-146.
- Madimenos, F. C., Gildner, T. E., Eick, G. N., Sugiyama, L. S., & Snodgrass, J. J. (2022). Bringing the lab bench to the field: Point-of-care testing for enhancing health research and stakeholder engagement in rural/remote, Indigenous, and resource-limited contexts. *American Journal of Human Biology*, 34(11), e23808.
- Malama, K., Logie, C. H., Sokolovic, N., Skeritt, L., O'Brien, N., Cardinal, C., Gagnier, B., Loutfy, M., Kaida, A., & de Pokomandy, A. (2023). Pathways from HIV-related stigma, racial discrimination and gender discrimination to HIV treatment outcomes among women living with HIV in Canada: Longitudinal cohort findings. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 0. DOI: 10.1097/QAI.0000000000003241.
- Martin, J. D., Mathias, R. G., Sarin, C., & Byrne, S. E. (2002). HIV and hepatitis B surveillance in First Nations alcohol and drug treatment centres in British Columbia, Canada, 1992-2000. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2), 104-109.
- Matheson, K., Seymour, A., Landry, J., Ventura, K., Arsenault, E., & Anisman, H. (2022). Canada's colonial genocide of Indigenous Peoples: A review of the psychosocial and neurobiological processes linking trauma and intergenerational outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6455.
- Mathew, J. Jr., & Sapra, A. (2022). Herpes simplex Type 2. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing. Retrieved July 25, 2023 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554427/?report=reader>
- Maxwell, K. (2011). *Making history heal: Settler-colonialism and urban Indigenous healing in Ontario, 1970s-2010* [Unpublished PhD dissertation]. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.
- McCallum, M. J., & Perry, A. (2018). *Structures of indifference: An Indigenous life and death in a Canadian city*. University of Manitoba Press.
- McClarty, L. M., Blanchard, J. F., & Becker, M. L. (2021). Leaving no one behind? An equity analysis of the HIV care cascade among a cohort of people living with HIV in Manitoba, Canada. *BMC Public Health*, 21, 281.
- McNeil, R., Kerr, T., Coleman, B., Maher, L., Milloy, M. J., & Small, W. (2017). Antiretroviral therapy interruption among HIV positive people who use drugs in a setting with a community-wide HIV treatment-as-prevention initiative. *AIDS and Behavior*, 21, 402-409.
- Medical Officer of Health. (2013). *First Nations health status report, Alberta region 2011-12*. Health Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H26-4-2012-eng.pdf
- MedlinePlus. (n.d.). *Antibody serology tests*. National Library of Medicine (US). <https://medlineplus.gov/lab-tests/antibody-serology-tests/>
- Medline Plus. (2020). *Herpes (HSV) test*. National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/lab-tests/herpes-hsv-test/#:~:text=For%20a%20swab%20test%2C%20a,a%20test%20tube%20or%20vial>.
- Mehrabadi, A. (2007). *The Cedar Project: Exploring the HIV vulnerabilities of young Aboriginal women in two Canadian cities* [Master of Science thesis]. University of British Columbia.
- Mendlowitz, A. B., Bremner, K. E., Feld, J. J., Jones, L., Hill, E., Antone, E., Liberty, L., Boucher, R., & Krahn, M. D. (2023b). Lessons from First Nations partnerships in hepatitis C research and the co-creation of knowledge. *Canadian Liver Journal*, DOI: 10.3138/canlivj-2022-0011
- Mendlowitz, A. B., Bremner, K. E., Krahn, M., Walker, J. D., Wong, W. W. L., Sander, B., Jones, L., Isaranuwachai, W., & Feld, J. J. (2023a). Characterizing the cascade of care for hepatitis C virus infection among Status First Nations peoples in Ontario: A retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 195(14), E499-E512. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220717>.
- Mendlowitz, A., Bremner, K. E., Walker, J. D., Wong, W.W. L., Feld, J. J., Sander, B., Jones, L., Isaranuwachai, W., & Krahn, M. (2021). Hepatitis C virus infection in First Nations populations in Ontario from 2006 to 2014: A population-based retrospective cohort analysis. *CMAJ Open*, 9(3), E886-E896. DOI: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200164>.
- Metcalfe, S. (2012). *Host factors associated with HPV infection in Inuit women of northern Quebec* [Unpublished Master of Science thesis]. Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University.

- Miller, C. L., Pearce, M. E., Moniruzzaman, A., Thomas, V., Christian, C. W., Schechter, M. T., Spittal, P. M., & the Cedar Project Partnership. (2011). The Cedar Project: Risk factors for transition to injection drug use among young, urban Aboriginal people. *Canadian Medical Association Journal*, 183(10), 1147-54. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101257>.
- Minichiello, A., Swab, M., Chongo, M., Marshall, Z., Gahagan, J., Maybank, A., Hot, A., Schwandt, M., Gaudry, S., Hurley, O., & Asghari, S. (2017). HIV Point-of-Care testing in Canadian settings: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 5, 76. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2017.00076>.
- Minichiello, V., Rahman, S., & Hussain, R. (2013). Epidemiology of sexually transmitted infections in global Indigenous populations: Data availability and gaps. *International Journal of STD and AIDS*, 24(10), 759-68.
- Minority HIV/AIDS Fund. (2022). What are HIV and AIDS? *HIV.gov*, June 15. US Department of Health and Human Services. <https://www.hiv.gov/hi-basics/overview/about-hiv-and-aids/what-are-hiv-and-aids>
- Mohatt, N. V., Thompson, A. B., Tah, N. D., & Kraemer Tebes, J. (2014). Historical trauma as public narrative: A conceptual review of how history impacts present-day health. *Social Science & Medicine*, 106, 128-136.
- Monchalín, R., Lesperance, A., Flicker, S., Logie, C., & the Native Youth Sexual Health Network. (2016b). Sexy Health Carnival on the Powwow Trail: HIV prevention by and for Indigenous youth. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 159-77.
- Monchalín, R., Flicker, S., Wilson, C., Prentice, T., Oliver, V., & Jackson, R.; Native Youth Sexual Health Network. (2016a). When you follow your heart, you provide a path for others": Indigenous models of youth leadership in HIV prevention. *International Journal of Indigenous Health*, 11, 135-158. doi:10.18357/ijih111201616012
- Mooney-Somers, J., Olsen, A., Erick, W., Scott, R., Akee, A., Kaldor, J., & Maher, L. (2011). Learning from the past: Young Indigenous people's accounts of blood-borne viral and sexually transmitted infections as resilience narratives. *Culture, Health & Sexuality*, 13(2), 173-186.
- Mosby, I., & Swidrovich, J. (2021). Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 193(11), E381-383.
- Mosley, T., Khaketla, M., Armstrong, H. L., Cui, Z., Sereda, P., Lachowsky, N. J., Hull, M. W., Olarewaju, G., Jollimore, J., Edward, J., Montaner, J. S. G., Hogg, R. S., Roth, E. A., & Moore, D. M. (2018). Trends in awareness and use of HIV PrEP among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Vancouver, Canada 2012-2016. *AIDS and Behavior*, 22, 3550-3565.
- Mrklas, K. J., MacDonald, S., Shea-Budgell, M. A., Bedingfield, N., Ganshorn, H., Glaze, S., Bill, L., Healy, B., Healy, C., Guichon, J., Colquhoun, A., Bell, C., Richardson, R., Henderson, R., Kellner, J., Barnabe, C., Bednarczyk, R. A., Letendre, A., & Nelson, G. S. (2018). Barriers, supports, and effective interventions for uptake of human papillomavirus- and other vaccines within global and Canadian Indigenous Peoples: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 7, 40.
- National Cancer Institute. (n.d.). *HPV and cancer*. Government of the United States. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-and-cancer>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2017a). *Education as a social determinant of First Nations, Inuit, and Métis health*. https://www.nccih.ca/495/Education_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=226
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2017b). *Employment as a social determinant of First Nations, Inuit, and Métis health*. https://www.nccih.ca/495/Employment_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=228
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2017c). *Housing as a social determinant of First Nations, Inuit, and Métis health*. https://www.nccih.ca/495/Housing_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=20
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2020). *Poverty as a social determinant of First Nations, Inuit, and Métis health*. https://www.nccih.ca/495/Poverty_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=289
- National Institutes of Health. (2023). Antibiotic can help prevent common sexually transmitted infections. *NIH Research Matters*, April 25. <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/antibiotic-can-help-prevent-common-sexually-transmitted-infections>
- Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., & Reading, C. (2015). HIV among Indigenous Peoples: A review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS and Behavior*, 19(9), 1720-34. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1023-0>.

- Nguyen, N. H., Subhan, F.B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*, 8, 112.
- Niruban, J., Meyer, G., Parker, P., Gratrix, J., & Smyczek, P. (2019). Incentive testing and treatment for STBBI in hard to reach populations in Edmonton, Alberta, Canada (Poster presentations). *Sexually Transmitted Infections*, 95(Supp 1), A171.1-A171. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2019-sti.431>.
- O'Brien, N., Martin, C., Peltier, D., Kaida, A., Becker, M., Bourassa, C., Gervais, L., Bruce, S., Loutfy, M., & de Pokomandy, A. (2020). Employing Indigenous methodologies to understand women's perceptions of HIV, health, and well-being in Quebec, Canada. *International Review of Qualitative Research*, 13(2), 160-81. <https://doi.org/10.1177/1940844720934366>.
- Odenwald, M. A., & Paul, S. (2022). Viral hepatitis: Past, present, and future. *World of Gastroenterology*, 28(14), 1405-29.
- Office of the Chief Medical Officer of Health. (2016). *Reportable communicable diseases in Nunavut, 2007 to 2014*. Department of Health, Government of Nunavut.
- Ottawa Public Health. (2023). *Sexually transmitted blood borne infections (STBBI)*. <https://www.ottawapublichealth.ca/en/public-health-topics/sexually-transmitted-blood-borne-infections.aspx#:~:text=Most%20STIs%20are%20transmitted%20through,reduce%20the%20risk%20of%20STBBI.>
- Pagkas-Bather, J., Young, L. E., Chen, Y.-T., & Schnider, J. A. (2020). Social network interventions for HIV transmission elimination. *Current HIV/AIDS Reports*, 17, 450-457.
- Palmer, A., Gabler, K., Rachlis, B., Ding, E., Chia, J., Bacani, N., Bayoumi, A. M., Closon, K., Kein, M., Cooper, C., Burchell, A., Walmsley, S., Kaida, A., & Hogg, R. for the Canadian Observational Cohort (CANOC) Collaboration. (2018). Viral suppression and viral rebound among young adults living with HIV in Canada. *Medicine*, 97(22), e10562.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2016). *New guidelines for Chlamydia, gonorrhoea and syphilis*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12446:new-guidelines-Chlamydia-gonorrhoea-syphilis&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
- Pan American Health Organization (PAHO). (2019). *Genital herpes: Frequently asked questions*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15067:preguntas-frecuentes-sobre-el-herpes-genital&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
- Pan American Health Organization. (2020). *Antiretroviral therapy*. <https://www.paho.org/en/topics/antiretroviral-therapy>
- Pandey, M., Reed, N., Konrad, S., Campbell, T., Cote, B., Isbister, T., Ahenakew, V., Isbister, P., Albert, J., & Skinner, S. (2021). Hepatitis C care and elimination in Ahtakakoop Cree Nation: An Indigenous community-led model. *Clinical Liver Disease*, 17(4), 320-25. <https://doi.org/10.1002/cld.1117>.
- Parmar, P., Corsi, D. J., & Cooper, C. (2016). Distribution of hepatitis C risk factors and HCV treatment outcomes among central Canadian Aboriginal. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 5, e8987976. <https://doi.org/10.1155/2016/8987976>.
- Pearce, M. E., Christian, W. M., Patterson, K., Norris, K., Moniruzzaman, A., Craib, K. J. P., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. for the Cedar Project Partnership. (2008). The Cedar Project: historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2185-2194.



- Pearce, M. E., Jongbloed, K., Demerai, L., MacDonald, H., Christian, W. M., Sharma, R., Pick, N., Yoshida, E. M., Spittal, P. M., & Klein, M. B. (2019). "Another thing to live for": Supporting HCV treatment and cure among Indigenous people impacted by substance use in Canadian cities. *International Journal of Drug Policy*, 74, 52-61.
- Pearce, M. E., Jongbloed, K., Pooyak, S., Christian, K. W. M., Teegee, M. G. (White Wolf) M., Caron, N. R., Thomas, V., Henderson, E., Zamar, D., Yoshida, E. M., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2021). The Cedar Project: Exploring the role of colonial harms and childhood maltreatment on HIV and hepatitis C infection in a cohort study involving young Indigenous people who use drugs in two Canadian cities. *BMJ Open*, 11(7), e042545. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042545>.
- Petca, A., Borislavski, A., Zvanca, M. E., Petca, R.-C., Sandru, F., & Dumitrascu, M. H. (2020). Non-sexual HPV transmission and role of vaccination for a better future (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(6), 186.
- Pham, B., Duval, B., De Serres, G., Gilca, V., Tricco, A. C., Ochnio, J., & Scheifele, D. W. (2005). Seroprevalence of hepatitis A infection in a low endemicity country: A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 5, 56.
- Pilarinos, A., Field, S., Vasarhelyi, K., Hall, D., Fox, D., Price, R., Bonshor, L., & Bingham, B. (2023). A qualitative exploration of Indigenous patients' experiences of racism and perspectives on improving cultural safety in health care. *CMAJ Open*, 11(3), E404-E410.
- Pockros, P. J. (2023). Direct-acting antivirals for the treatment of hepatitis C virus infection. In *UpToDate*. Walters Kluwer. <https://www.uptodate.com/contents/direct-acting-antivirals-for-the-treatment-of-hepatitis-c-virus-infection>
- Poirier, B., Sethi, S., Garvey, G., Hedges, J., Canfell, K., Smith, M., Ju, X., & Jamieson, L. (2021). HPV vaccine: Uptake and understanding among global Indigenous communities - a qualitative systematic review. *BMC Public Health*, 21, 2062.
- Popovic, N., Williams, A., Périnet, S., Campeau, L., Yang, Q., Zhang, F., Yan, P., Feld, J., Janjua, N., Klein, M., Krajden, M., Wong, W., & Cox, J. (2022). National hepatitis C estimates: Incidence, prevalence, undiagnosed proportion and treatment, Canada, 2019. *Canada Communicable Disease Report*, 48(11/12), 540-549.
- Poteat, T. C., & Logie, C. H. (2022). A case for strengths-based approaches to addressing intersectional stigma in HIV research. *American Journal of Public Health*, 112(54), S347-S349.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2008). History. *About the agency*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/mandate/about-agency/history.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2011a). *Population-specific HIV/AIDS status report: Aboriginal Peoples*. Government of Canada. <https://www.catie.ca/sites/default/files/26344.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2011b). *Hepatitis C virus (HCV) among Aboriginal people surveyed by three national enhanced surveillance systems in Canada*. Government of Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/aspc-phac/HP40-52-2010-eng.pdf
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2011c). Brief report: Hepatitis B infection in Canada. *Epi-Update*. <https://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/pdf/hepB-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2011d). Chapter 8: HIV/AIDS. *Epi updates, July 2010 – HIV/AIDS among Aboriginal People in Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/hiv-aids/publications/epi-updates/chapter-8-hiv-aids-among-aboriginal-people-canada.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2013). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada: Infectious disease - the never-ending threat*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2014a). Chapter 8: HIV/AIDS among Aboriginal people in Canada. *HIV/AIDS Epi updates*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/ch8-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2014b). *Population-specific status report: HIV/AIDS and other sexually transmitted and blood borne infections among youth in Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/ps-pd/youth-jeunes/assets/pdf/youth-jeunes-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2015). *Antimicrobial resistance in N. Gonorrhoeae - Infographic*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/antimicrobial-resistance-gonorrhoeae-infographic.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2018a). *A pan-Canadian framework for action: Reducing the health impact of sexually transmitted and blood-borne infections in Canada by 2030*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/sexually-transmitted-blood-borne-infections-action-framework.html>

- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2018b). *Report on sexually transmitted infections in Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/report-sexually-transmitted-infections-canada-2018.html>
- Public Health Agency of Canada. (2019). *Hepatitis B in Canada: 2019 surveillance data*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hepatitis-b-2019-surveillance-data.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2020a). *Syphilis in Canada: Technical report on epidemiological trends, determinants and interventions*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/services/health/publications/diseases-conditions/syphilis-epidemiological-report.html#21>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2020b). *Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets, 2018*. Government of Canada.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2021a). *Sexually transmitted and blood borne infections (STBBI) prevention guide*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/stbbi-prevention-guide.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2021b). *National report: Findings from the Survey on the Impact of COVID-19 on the delivery of STBBI prevention, testing and treatment, including harm reduction services, in Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/survey-impact-covid-19-delivery-stbbi-prevention-testing-treatment/survey.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2021c). COVID-19 impacts on the delivery of STBBI-related services, including harm reduction services. *Public Health Infobase*. Government of Canada. <https://health-infobase.canada.ca/datalab/covid-19-impact-stbbi-services.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2021d). *Hepatitis C in Canada 2019 surveillance data*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/hepatitis-c-2019-surveillance-data/hepatitis-c-2019-surveillance-data.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022a). *HIV in Canada, surveillance report to December 31, 2020*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-canada-surveillance-report-december-31-2020.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022b). *HIV in Canada, surveillance report to December 31, 2020*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-canada-surveillance-report-december-31-2020.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022c). *Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets, 2020*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/estimates-hiv-incidence-prevalence-canada-meeting-90-90-90-targets-2020.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022d). *HIV in Canada - People living with HIV and new HIV infections, 2020*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-canada-people-living-with-hiv-new-infections-2020.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023a). *Sexually transmitted and blood-borne infections surveillance*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/surveillance/sexually-transmitted-blood-borne-infections.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023b). *Large data extract - Notifiable diseases on-line*. Government of Canada. <https://diseases.canada.ca/notifiable/charts?c=pd>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023c). *Sexually transmitted and blood-borne infections: Guides for health professionals*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023d). *Chlamydia, gonorrhea and infectious syphilis in Canada: 2020 (infographic)*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/Chlamydia-gonorrhea-infectious-syphilis-canada-2020-infographic.html>
- Public Health Agency of Canada. (2023e). Infectious syphilis and congenital syphilis in Canada, 2022. *Canada Communicable Disease Report*, 49(10). <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2023-49/issue-10-october-2023/infectious-congenital-syphilis-canada-2022.html>
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S. L., & Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, 14(6), 789-800.
- Ramiro, M. T., Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buéla-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 181-188.

- Rand, J. R. (2016). Inuit women's stories of strength: Informing Inuit community-based HIV and STI prevention and sexual health promotion programming. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(1), 32135. <https://doi.org/10.3402/ijch.v75.32135>.
- Rand, J. R., Melro, C., Biderman, M., McMillan, L. J., Miller, A. D., Lekas, S., & Numer, M. (2023). Indigenous men's pathways to 'living the right kind of life and walking the right path' post incarceration in Canada: Understanding the impacts of systemic oppression, and guidance for healing and (w)holistic sexual health. *Culture, Health & Sexuality*, 25(4), 475-489.
- Raval, M., Gratrix, J., Plitt, S., Niruban, J., Smyczek, P., Dong, K., & Singh, A. E. (2022). Retrospective cohort study examining the correlates of reported lifetime stimulant use in persons diagnosed with infectious syphilis in Alberta, Canada, 2018 to 2019. *Sexually Transmitted Diseases*, 49(8), 551-559.
- Reichert, E., & Grad, Y. H. (2023). Resistance and prevalence implications of doxycycline post-exposure prophylaxis for gonorrhea prevention in men who have sex with men: A modeling study. *medRxiv*, DOI: <https://doi.org/10.1101/2023/04.24.23289033>.
- Reweti, A. (2022). Securing cultural identity for whānau well-being: A qualitative study of a whānau-led initiative. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 18(3), 327-471.
- Richmond, C. (2018). The relatedness of people, land, and health: Stories from Anishinabe Elders. In M. Greenwood, S. de Leeuw, & N. M. Lindsay (eds.), *Determinants of Indigenous Peoples' health: second edition: Beyond the social* (pp. 167-186). Canadian Scholars Press.
- Rink, E., Montgomery-Andersen, R., & Anastario, M. (2014). The effectiveness of an education intervention to prevent Chlamydia infection among Greenlandic youth. *International Journal of STD & AIDS*, 29(2), 98-106.
- Ross, A., Dion, J., Cantinotti, M., Collin-Vézina, D., & Paquette, L. (2015). Impact of residential schooling and of child abuse on substance use problem in Indigenous Peoples. *Addictive Behaviors*, 51, 184-192.
- Rourke, S. B., Bekele, T., Tucker, R., Greene, S., Sabota, M., Koornstra, J. et al. (2012). The positive spaces healthy places team. Housing characteristics and their influence on health-related quality of life in persons living with HIV in Ontario, Canada: Results from the Positive Spaces, Health Places Study. *AIDS and Behaviour*, 16, 2361-72.
- Ryan, C., Ali, A., & Sabourin, H. (2020a). A culturally safe and trauma-informed sexually transmitted blood borne infection (STBBI) intervention designed by and for incarcerated Indigenous women and gender-diverse people. *International Journal of Indigenous Health*, 15(1), 108-18. <https://doi.org/10.32799/ijih.v15i1.34061>
- Ryan, C., Jackson, R., Gabel, C., King, A., Masching, R., & Thomas, C. (Elder). (2020b). Successful aging: Indigenous men aging in a good way with HIV/AIDS. *Canadian Journal on Aging*, 39(2), 305-17. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000497>
- Saeed, S., Strumpf, E. C., Moodie, E. E. M., Young, J., Nitulescu, R., Cox, J., Wong, A., Walmsely, S., Cooper, C., Vachon, M.-L., Martel-Laferrriere, V., Hull, M., Conway, B., Kelin, M. B., for the Canadian Co-Infection Cohort Study. (2017). Disparities in direct acting antivirals uptake in HIV-hepatitis C co-infected populations in Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 20(3), e25013.
- Salway, T., Ferlatte, O., Shoveller, J., Purdie, A., Grennan, T., Tan, D. H. S., Consolacion, T., Rich, A., Dove, N., Samji, H., Scott, K., Blackwell, E., Mirau, D., Holgerson, N., Wong, J., & Gilbert, M. (2019). The need and desire for mental health and substance use-related services among clients of publicly funded sexually transmitted infection clinics in Vancouver, Canada. *Journal of Public Health Management and Practice*, 25(3), E1-E10. DOI: 10.1097/PHH.0000000000000904
- Samies, N. L., James, S. H., & Kimberlin, D. W. (2021). Neonatal herpes simplex virus disease: Updates and continued challenges. *Clinics in Perinatology*, 48(2), 263-274.
- Sanderson, A., Ranville, F., Gurney, L., Borden, B., Pooyak, S., Shannon, K., & Krüsi, A. (2021). Indigenous women voicing experiences of HIV stigma and criminalization through art. *International Journal of Indigenous Health*, 16(2), 267-291.
- Sankaran, D., Partridge, E., & Lakshminrusimha, S. (2023). Congenital syphilis – an illustrative review. *Children*, 10(8), 1310.
- Scheidell, J. D., De Rochars, V. M. B., Séraphin, M. N., Hobbs, M. M., Morris, J. G., Célestin, J. P., Cottler, L. B., & Khan, M. R. (2018). Socioeconomic vulnerability and sexually transmitted infection among young pregnant Haitian women. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(9), 626-631.
- Sethi, S., Ali, A., Ju, X., Antonsson, A., Logan, R., Canfell, K., Smith, M., Garvey, G., Hedges, J., & Jamieson, L. (2021). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of human papillomavirus infection in Indigenous populations - A global picture. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 50(9), 843-854.

- Seto, J., Asfaw, T., Folz, K., Clark, W., Deleary, M., & Sheikh, A. (2011). 02-S2.05 Start with the social determinants of health to tailor sexual health promotion for First Nations, Inuit and Métis youth in Canada [Abstract]. *Sexually Transmitted Infections*, 87(Suppl 1), A57-A58.
- Severini, A., Jiang, Y., Brassard, P., Morrison, H., Demers, A. A., Oguntuase, E., Al-Rushdi, M., Preston, F., Ratnam, S., & Mao, Y. (2013). Type-specific prevalence of human papillomavirus in women screened for cervical cancer in Labrador, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 19743.
- Shannon, K., Bright, V., Gibson, K., Tyndall, M. W., & Maka Project Partnership. (2007). Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in sex work in Vancouver, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 98, 465-469.
- Shea, B., Aspin, C., Ward, J., Archibald, N., Dickson, N., McDonald, A., Penhira, M., Halverson, J., Masching, R., McAllister, S., Tuhiwai Smith, L., Kaldor, J. M., & Andersson, N. (2011). HIV diagnoses in Indigenous peoples: Comparison of Australia, Canada and New Zealand. *International Health*, 3(3), 193-198.
- Shrier, L. A., Harris, S. K., Sternberg, M., & Beardslee, W. R. (2001). Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. *Preventive Medicine*, 33, 179-89.
- Singer, M. (1996). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24(2), 99-110.
- Singh, A. E. (2019). How to address the resurgence of syphilis in Canada. *Canadian Medical Journal*, 191(50), E1367-E1368.
- Singh, A. E., Kulleperuma, K., Begin, J., DeGuzman, J., Sammurto, D., Anoe, O., Koonoo, T., & Pawa, J. (2022). Lessons from management of syphilis in Nunavut, Canada, 2012-2020. *Canada Communicable Disease Report*, 48(2-3), 102-110.
- Singh, A. E., & Romanowski, B. (2019). The return of syphilis in Canada: A failed plan to eliminate this infection. *Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*, 4(4), 215-217.
- Singh, A. E., Sutherland, K., Lee, B., Robinson, J. L., & Wong, T. (2007). Resurgence of early congenital syphilis in Alberta. *Canadian Medical Association Journal*, 177(1), 33-36.
- Skinner, S., Cote, G., & Khan, I. (2018). Hepatitis C virus infection in Saskatchewan First Nations communities: Challenges and innovations. *Canada Communicable Disease Report*, 44(7/8), 173-78. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i78a04>
- Smith, C. R., Kershaw, T., Johnson, K., & Meghna, K. (2019). An outbreak of hepatitis A in Canada: The use of a control bank to conduct a case-control study. *Epidemiology & Infection*, 147, e300, 1-8.
- Smye, V., Browne, A. J., Josewski, V., Keith, B., & Mussell, W. (2023). Social suffering: Indigenous Peoples' experiences of accessing mental health and substance use services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3288.
- Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, 31(1), 67-87.
- Socias, M. E., Karamouzian, M., Parent, S., Barletta, J., Bird, K., & Ti, L. (2019). Integrated models of care for people who inject drugs and live with hepatitis C virus: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 72, 146-159.
- Spencer, B. (2019). Health PEI offers first blood spot testing clinic for HIV and hepatitis C. *CBC News – PEI*, February 19. <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-dry-blood-spot-testing-1.5024372>
- Steenbeek, A. (2004). Empowering health promotion: A holistic approach in preventing sexually transmitted infections among First Nations and Inuit adolescents in Canada. *Journal of Holistic Nursing*, 22(3), 254-266.
- Stein, A. P., Saha, S., Kraninger, J. L., Swick, A. D., Yu, M., Lambert, P. F., & Kimple, R. (2015). Prevalence of human papillomavirus in oropharyngeal cancer: A systematic review. *Cancer Journal*, 21(3), 138-146.
- Stote, K. (2017). Birthright denied: The sterilization of Indigenous women. *Horizons*, 31(2), 16-19.
- Strength, Masculinities, and Sexual Health (SMASH). (2023). *About SMASH*. <https://arcticsmash.ca/about-smash/>
- Strobel, N. A., & Ward, J. (2012). Education programs for Indigenous Australians about sexually transmitted infections and bloodborne viruses. *Closing the Gap Clearinghouse*, Resource sheet no. 14. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare, & Australian Institute of Family Studies. <https://core.ac.uk/reader/30678470>
- Suryawanshi, R. K., Patil, C. D., Agelidis, A., Koganti, R., Yadavalli, T., Ames, J. M., Borase, H., & Shukla, D. (2023). Pathophysiology of reinfection by exogenous HSV-1 is driven by heparanase dysfunction. *Science Advances*, 9(17). DOI: 10.1126/sciadv.adf3977.
- Szymonowicz, K. A., & Chen, J. (2020). Biological and clinical aspects of HPV-related cancers. *Cancer Biology & Medicine*, 17(4), 864-878.

- Tarasuk, J., Sullivan, M., Bush, D., Hui, C., Morris, M., Starlight, T., Cholette, F., Jonah, L., Bryson, M., Paquette, D., & Masching, R. (2021). Findings among Indigenous participants of the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017-2019. *Canada Communicable Disease Report*, 47(1), 37-46.
- Tarasuk, J., Zhang, J., Lemyre, A., Cholette, F., Bryson, M., & Paquette, D. (2020). National findings from the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017-2019. *Canada Communicable Disease Report*, 46(5), 138-48.
- Teslow, E. A. (2020). COVID-19 prevalence and the key role of antibody testing. *Promega Notes - What are seroprevalence surveys and what do they tell us about COVID-19?*, October. <https://www.promega.ca/resources/pubhub/2020/seroprevalence-surveys-and-covid-19/>
- Tingey, L., Chambers, R., Patel, H., Littlepage, S., Lee, S., Lee, A., Susan, D., Melgar, L., Slimp, A., & Rosenstock, S. (2021). Prevention of sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among Native American youths: A randomized controlled trial, 2016-2018. *American Journal of Public Health*, 111(10), 1705-1896.
- Tingey, L., Rosenstock, S., Chambers, R., Patel, H., Melgar, L., Slimp, A., Lee, A., Cwik, M., Rompalo, A., & Gaydos, C. (2022). Empowering our people: Predictors of retention in an STI risk reduction program among rural Native Americans with binge substance use. *The Journal of Rural Health*, 38(2), 323-335.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., & Job-Carnella, N. (2021). Lessons learned from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. In K. Kufeldt, B. Fallon, & B. McKenzie (eds.), *Protecting children: Theoretical and practical aspects* (pp. 86-99). Canadian Scholars' Press.
- Trubnikov, M., Yan, P., & Archibald, C. (2011). Estimated prevalence of hepatitis C virus infection in Canada. *Canada Communicable Disease Report*, 40(19), 429-36.
- Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- Tsai, A. C. (2019). Syndemics: A theory in search of data or data in search of a theory? *Social Science & Medicine*, 206, 117-122.
- Tyler Doenmez, C. F., Cidro, J., Sinclair, S., Hayward, A., Wodtke, L., & Nychuk, A. (2022). Heart work: Indigenous doulas responding to challenges of western systems and revitalizing Indigenous birthing care in Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 41.
- Uhanova, J., Tate, R. B., Tataryn, D. J., & Minuk, G. Y. (2013). The epidemiology of hepatitis C in a Canadian Indigenous population. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(6), 336-40. <https://doi.org/10.1155/2013/380963>
- UNAIDS. (2014). *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>
- UNAIDS. (2023). *The path that ends AIDS*. United Nations. <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/july/unaids-global-aids-update#:~:text=That%20means%2095%25%20of%20the,on%20treatment%20being%20virally%20suppressed.>
- United Nations Population Fund. (2020). *Developing effective condom programmes*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf
- Varcoe, C., & Dick, S. (2008). The intersecting risks of violence and HIV for rural Aboriginal women in a neo-colonial Canadian context. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1), 42-52.
- Volesky, K. D., El-Zein, M., Franco, E. L., Brenner, D. R., Friedenreich, C. M., Ruan, Y., & CompARE Study Team. (2019). Cancers attributable to infections in Canada. *Preventive Medicine*, 122, 109-117.
- Ward, J. W., & Holtzman, D. (2018). Epidemiology, natural history, and diagnosis of hepatitis C. In A. J. Sanyal, T. D. Boyer, K. D. Lindor, & N. A. Terrault (eds.), *Zakim & Boyer's Hepatology*, 7th edition (pp. 428-445). Elsevier, Inc.
- Weerasinghe, N., Wright, A. L., VanEvery, R., & Mohammed, S. (2023). A narrative review of mental health services for Indigenous youth in Canada: Intersectionality and cultural safety as a pathway for change. *Journal of Recovery in Mental Health*, 6(2), 39353.
- Whop, L. J., Smith, M. A., Butler, T. L., Adcock, A., Basrtholomew, K., Goodman, M. T., Winer, R. L., Milosevic, E., & Lawton, B. (2021). Achieving cervical cancer elimination among Indigenous women. *Preventive Medicine*, 144, 106314.
- Wilk, P., Maltby, A., & Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada - a scoping review. *Public Health Reviews*, 38, 8.
- Willemsma, K., Barton, L., Stimpson, R., Pickell, I., Ryan, V., Yu, A., Pederson, A., Ogilvie, G., Grennan, T., & Wong, J. (2022). Characterizing female infectious syphilis cases in British Columbia to identify opportunities for optimization of care. *Canada Communicable Disease Report*, 48(2/3), 68-75.

- Willie, T., Overstreet, N. M., Sullivan, T. P., Sikkema, K. J., & Hansen, N. B. (2016). Barriers to HIV medication adherence: Examining distinct anxiety and depression symptoms among women living with HIV who experienced childhood sexual abuse. *Behavioral Medicine*, 42(2), 12-127.
- Wilson, C., Oliver, V., Flicker, S., Native Youth Sexual Health Network, Prentice, T., Jackson, R., Larkin, J., Restoule, J.-P., & Mitchell, C. (2016). 'Culture' as HIV prevention: Indigenous youth speak up! Gateways: *International Journal of Community Research and Engagement*, 9(1), 74-88.
- Wong, J., Arkell, C., Durigon, M., Makaroff, S., Montgomery, C., Morshed, M., Money, D., van Schalkwyk, J., King, A., Gilbert, M., Grennan, T., & Ogilvie, G. (2016). *Maternal syphilis in British Columbia, Canada: 2012 to 2016*. BC Centre for Disease Control & Clinical Prevention Services, UBC. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/Maternal%20Syphilis%20in%20British%20Columbia_ISSTD%20poster.pdf
- Wood, E., Schachar, J., Li, K., Stoltz, J. A., Shannon, K., Miller, C. et al. (2007). Sex trade involvement is associated with elevated HIV incidence among injection drug users in Vancouver. *Addictive Research Theory*, 15, 321-325.
- Woodgate, R. L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017a). A qualitative study on the intersectional social determinants for Indigenous people who become infected with HIV in their youth. *International Journal for Equity in Health*, 16, 132.
- Woodgate, R. L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017b). "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social Science & Medicine*, 194, 17-24.
- World Health Organization (WHO). (2022a). Sexually transmitted infections (STIs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- World Health Organization (WHO). (2022b). *HIV/AIDS*. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/hiv-aids>
- World Health Organization (WHO). (2022c). *Hepatitis A*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a#:~:text=Symptoms%20of%20hepatitis%20A%20range,will%20have%20all%20the%20symptoms>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Herpes simplex virus*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
- Wylie, L., & McConkey, S. (2019). Insiders' insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the eyes of health care professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 37-45.
- Wylie, L., McConkey, S., & Corrado, A. M. (2019). Colonial legacies and collaborative action: Improving Indigenous Peoples' health care in Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 10(5), 9340.
- Wynne, A., & Currie, C. L. (2011). Social exclusion as an underlying determinant of sexually transmitted infections among Canadian Aboriginals. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 9(1), 115-31.
- Yacoub, W., Smyczek, P., & Sotocinal, P. (2020, March 24). *Syphilis update*. Presentation by Indigenous Service Canada, Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada, & Alberta Health Services. Government of Canada. https://docs.fntn.ca/VC16178/Handouts/Syphilis%20Update%20FNIHB%20_24%20March%202020.pdf
- Yousuf, W., Ibrahim, H., Harfouche, M., Abu Hijleh, R., & Abu-Raddad, L. (2020). Herpes simplex virus type 1 in Europe: Systematic review, meta-analyses and meta-regressions. *BMJ Global Health*, 5, e002388.
- Zehbe, I., Moeller, H., Severini A., Weaver, B., Escott, N., Bell, C., Crawford, S., Bannon, D., & Paavola, N. (2011). Feasibility of self-sampling and human papillomavirus testing for cervical cancer screening in First Nation women from Northwest Ontario, Canada: A pilot study. *BMJ Open*, 1, e000030.
- Zehbe, I., Wakewich, P., King, A.-D., Morrisseau, K., & Tuck, C. (2017). Self-administered versus provider-directed sampling in the Anishinaabek Cervical Cancer Screening Study (ACCSS): A qualitative investigation with Canadian First Nations women. *BMJ Open*, 7, e017384.
- Zehbe, I., Wakewich, P., Wood, B., Sameshima, P., Banning, Y., Little, J., & the ACCSS group. (2016). Engaging Canadian First Nations women in cervical screening through education. *International Journal of Health Promotion and Education*, 54(5), 255-264.
- Zurba, M., Islam, D., Smith, D., & Thompson, S. (2012). Food and healing: An urban community food security assessment for the north end of Winnipeg. *Urban Research & Practice*, 5, 284-289.

