

LA COVID-19 ET L'ACCÈS DES AUTOCHTONES AUX SERVICES DE SANTÉ LIÉS AUX ITSS : *résultats de l'enquête nationale*



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

Nous souhaitons reconnaître la contribution et remercier chaleureusement Mmes Luisa Arroyave et Keana Shahin pour leur aide lors de l'analyse des données. Nous souhaitons aussi saluer et faire part de notre reconnaissance aux membres du Comité consultatif autochtone national qui ont guidé la réalisation de ce projet et y ont contribué par leur sagesse et leur expertise, soit Savannah Ashton, Jonathan Dunn, Monique Fong Howe, Ashleigh Hrabowy, Neal Kewistep, Alexandra King, Margaret Kisikaw Piyesis, Sandy Laframboise, Teena Legris, Renee Macshing, Albert McLeod, Amy Nahwegahbow, Hollie Sabourin, Lana Thomas, Reyna Uriarte et Eduardo Vides.

Cette publication a été préparée par Margaret Haworth-Brockman, Susie Taylor, Signy Baragar, Denise Webb et Regine Halseth. Elle peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca et ccnmi.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: *COVID-19 and Indigenous peoples' access to STBBI and related health services: National survey results.*

Référence bibliographique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI). (2024). *La COVID-19 et l'accès des Autochtones aux services de santé liés aux ITSS : résultats de l'enquête nationale.*

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):
978-1-77368-478-9
ISBN (format en ligne):
978-1-77368-479-6

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX -----	4
LISTE DES FIGURES -----	5
INTRODUCTION -----	6
PARTICIPATION DU COMITÉ CONSULTATIF AUTOCHTONE NATIONAL -----	9
MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE -----	10
Création de l'outil d'enquête -----	10
Préparation des questions du sondage -----	10
Recrutement des répondants au sondage -----	11
Analyse des résultats du sondage -----	11
LES RÉSULTATS -----	12
Description des répondants au questionnaire -----	12
Expériences passées et actuelles avec les ITSS -----	15
Accès aux soins de santé et aux services liés aux ITSS -----	16
Obstacles aux services liés aux ITSS -----	24
Utilisation de substances et mieux-être psychologique -----	28
Accès aux soutiens communautaire et culturel -----	32
ANALYSE ET ORIENTATIONS FUTURES -----	34
LIMITES -----	39
CONCLUSION -----	40
BIBLIOGRAPHIE (en anglais seulement) -----	42



Download publications at

nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



Télécharger des publications à

ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks



LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE DU SONDAGE -----	13
TABLEAU 2. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET LEUR UTILISATION PAR LES RÉPONDANTS DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19 -----	17
TABLEAU 3. ACCÈS AUX SERVICES ET AUX MESURES DE PRÉVENTION DES ITSS CHEZ LES RÉPONDANTS AYANT VOULU ACCÉDER OU ESSAYER D'ACCÉDER À DE TELS SERVICES, PAR IDENTITÉ DE GENRE -----	19
TABLEAU 4. ACCÈS À DES SERVICES DE DÉPISTAGE DES ITSS CHEZ LES RÉPONDANTS SOUHAITANT OBTENIR OU AYANT TENTÉ D'OBTENIR DE TELS SERVICES, PAR IDENTITÉ DE GENRE -----	21
TABLEAU 5. ACCÈS À DES TRAITEMENTS DES ITSS ET À D'AUTRES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ POUR LES RÉPONDANTS SOUHAITANT AVOIR ACCÈS À CES SERVICES OU AYANT TENTÉ D'Y AVOIR ACCÈS, PAR IDENTITÉ DE GENRE -----	22
TABLEAU 6. SERVICES DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE OU DE TRAITEMENT DES ITSS ET AUTRES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ QUE LES RÉPONDANTS ONT TOUJOURS OU PARFOIS ÉTÉ EN MESURE D'UTILISER, PAR RÉGIONS RURALE ET URBAINE -----	23
TABLEAU 7. OBSTACLES À LA PRÉVENTION, AUX TESTS DE DÉPISTAGE ET AU TRAITEMENT DES ITSS ET À D'AUTRES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ -----	24
TABLEAU 8. ACCÈS À DES FOURNISSEURS DE SOINS POUR LE VIH CHEZ LES PARTICIPANTS VIVANT AVEC LE VIH -----	25
TABLEAU 9. OBSTACLES À L'OBTENTION DE SERVICES POUR LE VIH CHEZ LES RÉPONDANTS AYANT RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN FOURNISSEUR DE SOINS OU À UNE CLINIQUE POUR LE VIH DURANT LA PANDÉMIE -----	25
TABLEAU 10. ACCÈS À D'AUTRES SERVICES POUR LES ITS -----	27
TABLEAU 11. OBSTACLES À L'OBTENTION DE SERVICES POUR UNE ITS CHEZ LES RÉPONDANTS QUI ONT EU DE LA DIFFICULTÉ À ACCÉDER À UNE CLINIQUE D'ITS OU À UN FOURNISSEUR DE SOINS DURANT LA PANDÉMIE -----	27
TABLEAU 12. OBSTACLES AUX SERVICES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE, PAR RÉGION GÉOGRAPHIQUE -----	30
TABLEAU 13. OBSTACLES AU SOUTIEN COMMUNAUTAIRE ET CULTUREL DURANT LA PANDÉMIE, PAR TYPE D'IDENTITÉ AUTOCHTONE -----	33



LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. NOMBRE DE RÉPONDANTS AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC D'ITSS ----- 15

FIGURE 2. NOMBRE DE RÉPONDANTS VIVANT AVEC LE VIH, L'HÉPATITE C
ET/OU LA SYPHILIS AU MOMENT
DU SONDAGE ----- 16

FIGURE 3. AUGMENTATION DE L'UTILISATION DE SUBSTANCES PAR
LES RÉPONDANTS DURANT LA PANDÉMIE, PAR RÉGION GÉOGRAPHIQUE ----- 29

FIGURE 4. CHANGEMENTS DANS LA SANTÉ MENTALE DES RÉPONDANTS
DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE ----- 29



INTRODUCTION



La pandémie de COVID-19 a mis les systèmes de santé du Canada à rude épreuve en réduisant la disponibilité et l'accessibilité à un large éventail de services de santé. Certains de ces services ont été classés comme essentiels ou non essentiels, ce qui a eu pour effet d'en réglementer la disponibilité. Les services visant les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), notamment la prévention (tels que les services de réduction des méfaits), les tests et les traitements, ont souvent été classés comme « non essentiels » et de ce fait, ils ont fait l'objet de réduction de leurs heures de fonctionnement, de leur personnel et de leur capacité d'accueil (Gilbert et al., 2022; Public Health Agency of Canada [PHAC], 2022c; Ryu et al., 2023)*. Ces conditions ont nui à une prestation de services de qualité en temps voulu pour le traitement des ITSS et ont posé des difficultés tant pour les fournisseurs de soins que pour la clientèle et pour le Canada dans son ensemble.

Les taux d'ITSS sont un problème de santé publique considérable à travers le Canada et ailleurs dans le monde. En 2018, le Canada a signé une entente internationale commune pour éradiquer les ITSS en tant que problème de santé d'ici 2030 (PHAC, 2018). Des taux élevés d'ITSS persistent malgré les progrès récents sur les plans scientifique et médical en recherche et traitements, même si ces progrès permettent de prévenir et de contrôler plusieurs de ces affections et d'en guérir d'autres grâce à des traitements adéquats (PHAC, 2018). Les services de réduction des méfaits, notamment la distribution de fournitures pour des pratiques sexuelles sécuritaires et les sites d'injection supervisée, sont parmi les stratégies les plus couramment utilisées pour contrôler et prévenir la transmission des ITSS (PHAC, 2022c). Mais malgré les perturbations entraînées par la COVID-19 dans les systèmes de santé, les efforts pour atteindre l'objectif mondial de 2030 ont quand même été remis en question. Au cœur de ces défis, les déficiences

du système de santé ont refait surface au cours de la pandémie et certaines populations ont fait plus que d'autres les frais de ces perturbations.

Au Canada, les Autochtones¹ sont touchés de manière disproportionnée par les ITSS comparativement aux populations non autochtones, et ce, en raison de l'héritage perpétuel du colonialisme et de son influence sous-jacente sur la structure et le fonctionnement des systèmes de santé et des politiques en la matière (PHAC, 2018). En 2020, au Canada, 10,3 % des personnes vivant avec le VIH (environ 6 467 personnes) étaient autochtones, même si les Autochtones ne forment que 5 % de la population totale du pays, soit environ 1,8 million de personnes (PHAC, 2022a). Les systèmes de santé coloniaux et les inégalités systémiques qui empêchent à des services de santé liés aux ITSS à la fois culturellement sûrs et appropriés (exempts de racisme et de discrimination) sont les principaux déterminants à la source de ce déséquilibre.

À l'automne 2020, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) ont commencé à étudier les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux soins pour les ITSS et sur les services connexes pour les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ensemble, ces trois organismes ont créé un sondage destiné aux adolescents et aux adultes des Premières Nations, Inuits et Métis ayant eu recours à des services ou à des soins pour une ITSS durant la pandémie. Cette étude a été préparée à l'origine par l'ASPC, avec comme objectif de comprendre les perturbations entraînées par la pandémie dans le soin des ITSS et les services qui s'y rattachent et de recueillir des données à utiliser pour les programmes et politiques de prestation de soins de santé et de santé publique au Canada.

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

¹ Dans le présent rapport, le terme « Autochtones » est utilisé globalement pour désigner les personnes qui habitaient le Canada à l'origine, ainsi que leur descendance, soit les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits, tels que définis à l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982. Dans la mesure du possible, des distinctions ont été établies entre ces trois groupes, qui sont reconnus dans la Constitution canadienne.

L'enquête par sondage a été menée parallèlement à trois autres enquêtes sur l'accessibilité aux services liés aux ITSS et aux services de réduction des méfaits durant la pandémie de COVID-19 chez les groupes suivants :

1. les prestataires de soins liés aux ITSS;
2. les personnes africaines, caribéennes et de race noire;
3. les personnes consommant des drogues ou de l'alcool.

Les conclusions de ces trois études sont disponibles dans le site Web de l'ASPC (PHAC, 2023).

Le présent rapport se penche sur les conclusions du Sondage national sur les répercussions de la COVID-19, lequel examine ce qu'ont vécu les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui ont eu recours à des services liés aux ITSS durant la pandémie. Nous espérons que l'information recueillie permettra de progresser dans les efforts de sensibilisation dans le domaine de la santé, des soins et du suivi lors de situations d'urgence en santé publique. Les sections qui suivent présentent d'abord le Comité consultatif autochtone national, qui a guidé les présents travaux, puis expliquent les démarches utilisées pour préparer et promouvoir l'Enquête nationale, puis donnent les détails de la méthodologie et livrent les constatations du sondage. Les facteurs à considérer pour d'éventuels projets de recherche et les conclusions définitives sont ensuite exposés. Des données supplémentaires peuvent être obtenues sur demande auprès du CCNSA ou du CCNMI, notamment les résultats par identité autochtone, par région géographique (urbaine, rurale) et par identité de genre. Enfin, il est important de souligner que les opinions énoncées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)

Les ITSS sont des infections transmises par le biais des activités sexuelles ou par le sang, lors de l'échange de fluides corporels ou de contacts de peau à peau. Au Canada, ces infections constituent un problème de santé publique important. Les ITSS les plus courantes au pays sont le virus du papillome humain (VPH), l'hépatite C (VHC), la chlamydia, le VIH, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B (VHB), l'hépatite A (VHA), la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et le virus de l'herpès simplex (VHS). Selon les données nationales disponibles, l'utilisation de drogues injectables est en cause dans la plupart des nouvelles infections par le VIH et le VHC chez les Autochtones.

² Ce rapport porte le numéro de projet 786 au CCNMI.



PARTICIPATION DU COMITÉ CONSULTATIF AUTOCHTONE NATIONAL



Au début de l'étude, le CCNSA et CCNMI ont formé un Comité consultatif autochtone national (ci-après le « Comité ») pour orienter le processus de recherche. Ce comité était formé de représentants de l'Assemblée des Premières Nations, du Ralliement national des Métis, de Pauktuutit Inuit Women of Canada, du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), de l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) et d'universitaires autochtones ayant une expertise en VIH et autres ITSS. Les membres du Comité ont généreusement donné de leur temps et livré leurs conseils pour que l'enquête se déroule dans le respect et la bienveillance. Chaque réunion du Comité commençait par un mot d'un aîné ou d'un gardien du savoir offrant une prière ou une bénédiction afin que le travail réalisé en commun soit le reflet des connaissances et de la sagesse de ses membres et soit bénéfique pour les communautés de partout au Canada.

La mise sur pied de ce Comité visait aussi à ce que toutes les démarches dans le cadre de l'étude respectent les principes de gouvernance et de souveraineté des Autochtones à l'égard des données (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2014); la contribution à l'étude des membres du Comité a permis de créer un espace pour affirmer et protéger la compétence autochtone relativement à ces données et à l'information (et aux connaissances) sur les populations autochtones et sur la façon dont tout ce qui les concerne est recueilli, analysé, diffusé, conservé et consulté en vue d'une utilisation présente et future. Le Comité s'est par exemple réuni régulièrement au cours du printemps et de l'été 2021 pour réviser et améliorer le questionnaire du sondage, veiller à ce que la version finale soit conforme aux besoins anticipés des communautés et pour donner le ton et établir une forme acceptable pour les répondants afin de favoriser une analyse fondée sur les forces. Au même moment, le Comité a guidé la conception de la campagne dans les médias sociaux et de la campagne promotionnelle visant à encourager la participation à l'Enquête; la firme Toχ^ωοχ^ω (Becoming Clear) Communications a créé le matériel promotionnel à cet effet.

Au fur et à mesure que les résultats du sondage ont été disponibles, on a demandé au Comité de réviser la présentation des conclusions dans le présent document et d'autres produits du savoir. Avec l'approbation du Comité, les données de cette étude sont donc sauvegardées à l'aide des ressources disponibles auprès du CCNSA et du CCNMI, bien que toutes les données continuent d'appartenir au Comité, qui peut y avoir accès sur demande.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Une démarche en quatre étapes a été adoptée pour la réalisation de cette enquête : création de l'outil d'enquête, préparation des questions du sondage, recrutement des répondants et analyse des résultats du sondage. Chaque étape est expliquée ci-dessous.

Création de l'outil d'enquête

Cette étude a eu recours à une enquête transversale autoadministrée en ligne. Cette approche – questionnaire offert par Internet au lieu d'entrevues téléphoniques ou en personne – a été retenue en raison des mesures de la santé publique pour réduire la transmission de la COVID-19. L'approche permettait également la participation d'individus de toutes les provinces et de tous les territoires. Les critères d'admissibilité étaient les suivants : le sondage s'adressait à toute personne s'identifiant comme membre des Premières Nations, Inuit ou Métis, ou d'une autre ascendance autochtone, résidant au Canada, âgée de 15 ans ou plus et ayant accès à des services pour les ITSS, ou ayant eu recours à ces services auparavant. L'approbation éthique de cette étude a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'ASPC.

L'enquête en ligne, intitulée « Sondage sur les répercussions de la COVID-19 », était coordonnée par l'ASPC. On y évaluait les répercussions de la COVID-19 sur la prestation des services de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), notamment les services de réduction des méfaits sur les populations clés du Canada.

Préparation des questions du sondage

Les questions du sondage mené pour l'Enquête ont été préparées sous la supervision du Comité consultatif autochtone national et ont été adaptées pour favoriser une compréhension approfondie du parcours et de l'expérience des répondants lors de leur recherche de soins pour une ITSS. Les connaissances des membres du Comité concernant les situations auxquelles les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont été confrontés durant la pandémie de COVID-19 a servi de base aux questions sur les changements dans le contexte quotidien de ces personnes, notamment sur la disponibilité du soutien de proximité dans les communautés et des activités culturelles, telles que les cérémonies ou d'autres événements, et sur tout changement dans la façon dont les répondants avaient obtenu un refuge ou un logement, un revenu ou des

aliments. Les sous-ensembles du sondage, tels que les identifiants, ont été déterminés à partir de la recherche existante et des lacunes dans les connaissances. Ainsi, des questions portant sur l'identité de genre ont été élaborées en raison du nombre croissant d'éléments probants suggérant que les personnes trans, bispirituelles ou d'autres genres non conformes ont des besoins différents et distincts et vivent des expériences différentes lorsqu'elles ont accès à des tests de dépistage des ITSS, à du counseling, à des traitements ou à un suivi (Gieles et al., 2023; Grey et al., 2023; Min, 2023; Stewart et al., 2022). Dans l'ensemble, l'enquête a permis de recueillir de l'information sur le mieux-être psychologique et physique des répondants durant la pandémie; sur les diagnostics nouveaux, existants ou antérieurs d'ITSS; sur les types de soins reçus lors d'une ITSS; sur la disponibilité d'un soutien communautaire ou culturel; sur tout changement dans la consommation d'alcool ou de substances non prescrites. Aucune information permettant d'identifier directement les personnes n'a été recueillie.

Les membres du Comité ont veillé à ce que les questions ne soient pas répétitives et que la longueur du sondage n'ait pas d'effet dissuasif sur les répondants. Ils ont aussi évoqué la nécessité d'inclure les participants de moins de 18 ans. La proposition initiale pour l'approbation éthique a été révisée par l'ASPC afin de tenir compte de cette nécessité.

Recrutement des répondants au sondage

Pour le recrutement de répondants, on a fait appel à la méthode d'échantillonnage de commodité en utilisant une liste d'organismes désignés par les membres du Comité, le CCNSA et le CCNMI. On a demandé à des organisations autochtones nationales et régionales et à des fournisseurs de soins des ITSS de faire connaître le lien vers le questionnaire par le biais de leurs réseaux et, au besoin, d'aider la clientèle (membres, patients ou autres, selon le cas) à envoyer leurs réponses en ligne. Les organisations ont été rémunérées pour le recrutement de participants et l'aide apportée pour répondre aux questions.

Le sondage a été lancé en juillet 2021. Des liens menant au questionnaire ont été distribués par le biais des médias sociaux du CCNSA, du CCNMI et de l'ASPC (p. ex. à l'aide de Twitter et de LinkedIn) et ces liens ont été republiés durant la période de collecte de données. Au départ, on avait prévu que le questionnaire demeure en ligne pendant huit semaines. Or, au début de septembre 2021, les élections fédérales ont été déclenchées et les ministères du gouvernement du Canada se sont retrouvés en convention de transition. Le sondage n'a donc pas pu être retiré et est demeuré en ligne dans le site Web de l'ASPC jusqu'au 15 janvier 2022. En tout, 1 183 réponses complètes ont été reçues.

Analyse des résultats du sondage

Des analyses descriptives ont été menées avec les données recueillies afin d'étudier la répartition des variables présentant un intérêt pour les objectifs de la recherche, notamment le statut de la personne en matière d'ITSS au moment de ses réponses, son historique en la matière, l'accès aux services de santé liés aux ITSS et à du soutien culturel, la consommation d'alcool et de substances et l'état de santé mentale. Les fréquences absolues et relatives ont été relevées pour l'ensemble de l'échantillon, puis ont été ventilées par identité autochtone, sexe assigné à la naissance, identité de genre, orientation sexuelle et région de résidence (rurale ou urbaine). Des tableaux croisés et des diagrammes en barres ont aussi été créés pour montrer les résultats et sont inclus dans le présent rapport. Toutes les analyses ont été menées à l'aide du logiciel Stata (StataCorp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC.). La version R 4.2.21.0 a aussi été utilisée pour créer les graphiques. Les totaux ventilés

des données du sondage ont été utilisés avec parcimonie en raison de la petite taille des échantillons au sein des diverses populations. Pour cette raison, et afin d'éviter toute stigmatisation involontaire, les données distinctives en fonction des groupes identitaires de Premières Nations, inuits et métis et des groupes d'identité de genre n'ont pas été rapportées dans les résultats. Dans certains cas, comme lorsque la taille des échantillons permettait des comparaisons à l'intérieur même des groupes, les données ont été stratifiées par groupes identitaires autochtones, par groupes d'identité de genre et par région géographique afin que les différences dans ces groupes soient prises en compte dans les résultats. D'autres tableaux de données en fonction des identités autochtones, du sexe assigné à la naissance, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle et de la région de résidence (rurale ou urbaine) sont disponibles sur demande auprès du CCNSA ou du CCNMI.



LES RÉSULTATS



Le présent rapport présente les résultats quantitatifs du sondage sur les répercussions de la COVID-19 mené de juillet 2021 à janvier 2022 à l'échelle nationale. Les sections qui suivent livrent une description démographique des répondants, puis explorent les résultats obtenus selon les principaux secteurs d'intérêt : expériences passées ou actuelles avec les ITSS, accès aux soins de santé et aux services liés aux ITSS, obstacles à l'obtention de tels services, consommation de substances et mieux-être psychologique, et accès à du soutien communautaire et culturel durant la pandémie.

Description des répondants au questionnaire

Le tableau 1 livre des données démographiques sur les répondants dans l'ensemble du Canada. En tout, 1 183 personnes ont répondu au sondage de l'Enquête nationale entre juillet 2021 et janvier 2022. De ce nombre, 70,4 % s'identifiaient comme membres des Premières Nations, 23,7 % s'identifiaient comme Métis et

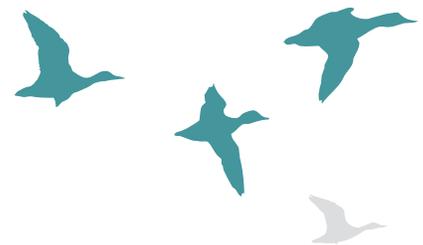
4,5 % comme Inuits. Parmi les répondants des Premières Nations, 71,8 % ont dit ne pas vivre sur une réserve la majeure partie du temps. De même, la plupart des répondants métis (83,9 %) ne vivaient pas dans une communauté ou un établissement métis. Parmi les personnes s'identifiant comme inuite, un peu plus de 60,4 % ont indiqué qu'elles vivaient loin de l'Inuit Nunangat³, alors que les 39,6 % restants vivaient principalement sur ce territoire.

La plupart des répondants (78,8 %) s'identifiaient comme femmes, alors que seulement 12,3 % s'identifiaient comme hommes et 5,6 % comme personnes bispirituelles. Peu de répondants se sont identifiés comme de genre fluide ou non binaire (1,4 %), queer (0,6 %), en questionnement (0,4 %), ou trans (0,3 %).

Une question complémentaire a été posée aux répondants sur leur orientation sexuelle. Parmi les 1 182 réponses reçues, 78,3 % se disaient hétérosexuel, 7,9 % bisexuel, 4,3 % bispirituel, 3,1 % queer, 1,7 % gaies ou lesbiennes et 1,2 % en questionnement.

Tous les répondants ont donné de l'information sur leur éducation. La plupart des répondants avaient une forme d'éducation postsecondaire (68,1 %); 18,7 % des répondants avaient obtenu un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent, alors que 8,1 % avaient une scolarité moindre que des études secondaires.

Presque tous les répondants (90,7 %) ont dit vivre dans une maison ou un appartement comme locataire ou propriétaire. Environ 16,6 % des répondants vivaient avec leur famille ou avec des amis, alors que 5 % ont déclaré habiter chez des amis ou partager leur temps entre divers lieux de résidence. Les motels et les hôtels ont été cités comme résidence principale d'un peu plus de 6 % des répondants. Moins de 5 % des répondants ont cité des solutions temporaires telles qu'un refuge, un centre d'hébergement de dépannage ou une maison de transition, entre autres (voir le tableau 1).



³ L'Inuit Nunangat désigne une région considérée comme le territoire traditionnel des Inuits. Il comprend la terre, l'eau et la glace du Nunavut, du Nunatsiavut (nord du Labrador) et de la région désignée des Inuvialuit (portion nord des Territoires du Nord-Ouest) et le Nunavik (nord du Québec).

TABLEAU 1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE DU SONDAGE

Caractéristiques de base	Fréquence (n)	Total N	Pourcentage (%)
Identité autochtone			
Premières Nations, inscrits ou non	883	1 183	70,4
Métis	280	1 183	23,7
Inuit (Inuk)	53	1 183	4,5
Autre Autochtone	17	1 183	1,4
Identité de genre			
Féminine	932	1 183	78,8
Masculine	146	1 183	12,3
Bispirituelle ou autre identité culturelle	66	1 183	5,6
De genre fluide ou non binaire	17	1 183	1,4
Queer	7	1 183	0,6
En questionnement	5	1 183	0,4
Trans	4	1 183	0,3
Ne sait pas	6	1 183	0,5
Orientation sexuelle			
Hétérosexuelle	926	1 182	78,3
Bisexuelle	93	1 182	7,9
Bispirituelle	51	1 182	4,3
Queer	36	1 182	3,1
Gaie ou lesbienne	20	1 182	1,7
En questionnement	14	1 182	1,2
Aucun de ces choix	37	1 182	3,1
Ne sait pas	5	1 182	0,4

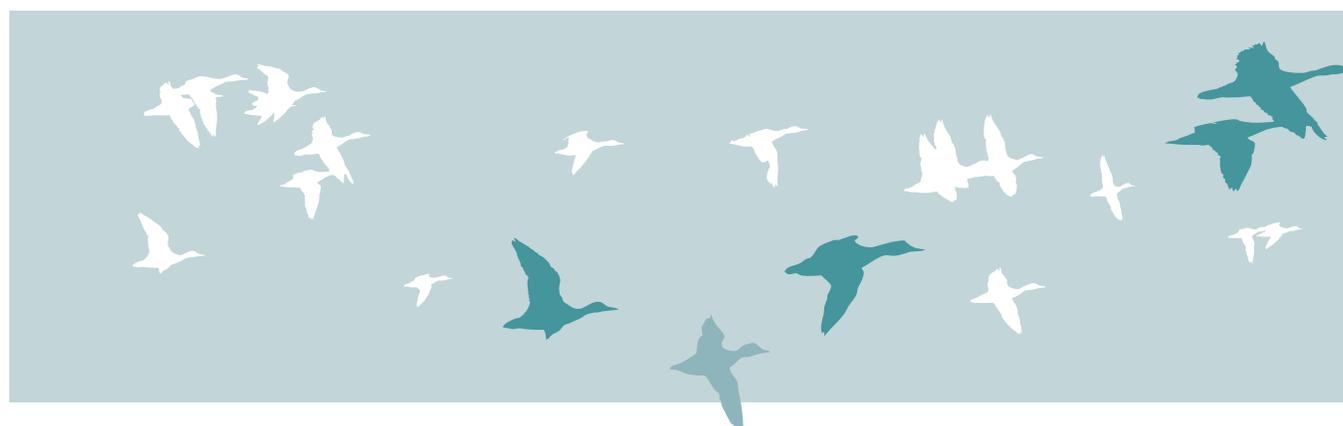
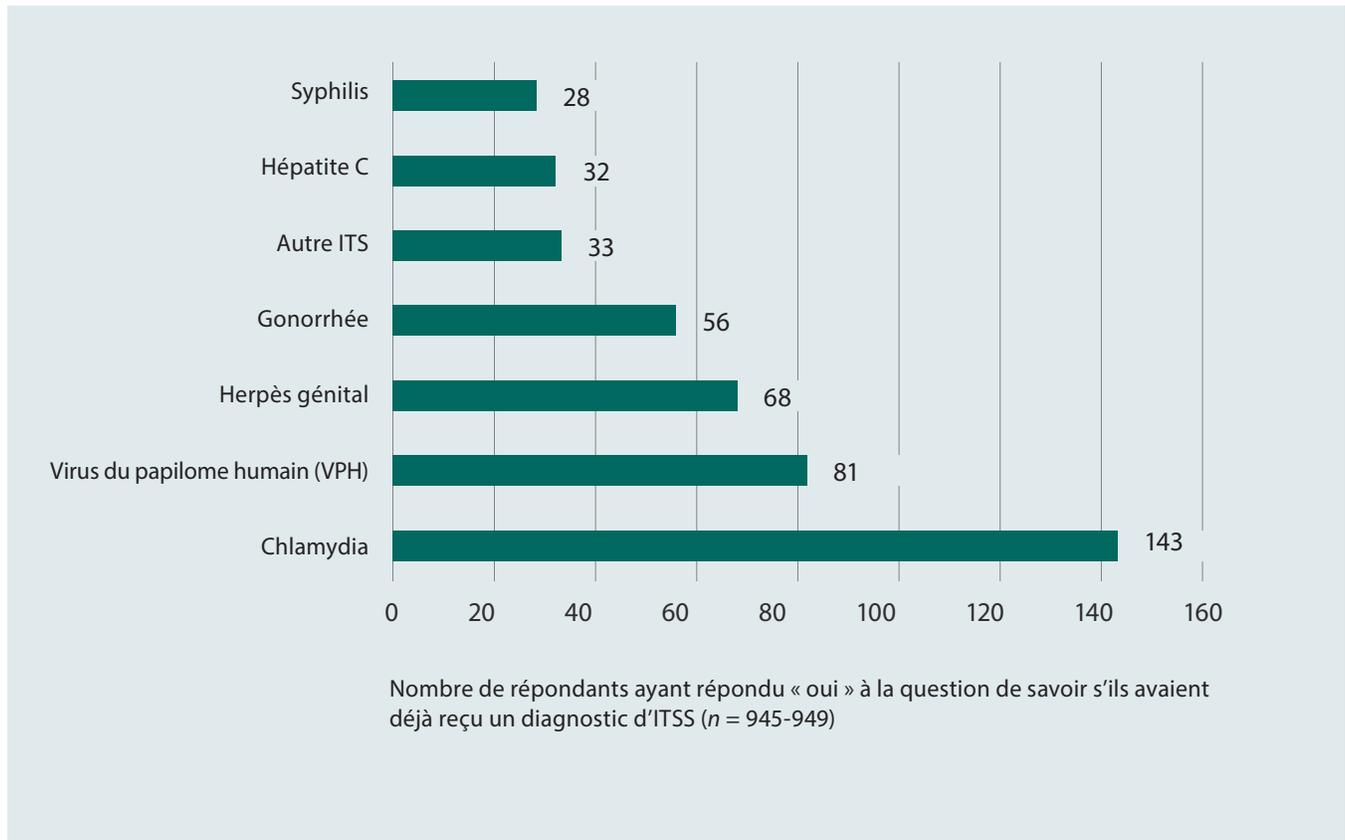


TABLEAU 1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE DU SONDAGE

Caractéristiques de base	Fréquence (n)	Total N	Pourcentage (%)
Scolarité			
Grade, certificat ou diplôme universitaire	339	1 183	28,7
Collège, cégep, école professionnelle ou de métiers, formation d'apprenti	306	1 183	25,9
École secondaire ou diplôme équivalent	221	1 183	18,7
Diplôme universitaire ou professionnel	160	1 183	13,5
Moins qu'un cours secondaire	96	1 183	8,1
Préfère ne pas répondre	29	1 183	2,5
Autre	24	1 183	2,0
Logement			
Appartement ou maison, comme locataire ou propriétaire	1,073	1 183	90,7
Habite dans la famille ou chez des amis	196	1 183	16,6
Chambre d'hôtel ou de motel	75	1 183	6,3
D'un lieu à l'autre, résidences multiples	59	1 183	5,0
Refuge ou centre d'hébergement	20	1 183	1,7
Endroit public (rue, parc, cage d'escalier)	17	1 183	1,4
Maison de chambres ou pension	15	1 183	1,3
Maison ou foyer de transition	10	1 183	0,9
Établissement de soins psychiatriques ou centre de traitement de la toxicomanie (désintoxication ou réhabilitation)	10	1 183	0,9
Établissement correctionnel (centre de détention, prison)	7	1 183	0,6
Autre	43	1 183	3,6



FIGURE 1. NOMBRE DE RÉPONDANTS AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC D'ITSS ⁴



Expériences passées et actuelles avec les ITSS

On a interrogé les répondants sur leurs expériences antérieures avec les ITSS et on leur a demandé s'ils ont reçu un diagnostic d'hépatite C, de syphilis, de chlamydia, de gonorrhée, de virus du papillome humain (VPH), d'herpès génital ou d'une autre infection transmissible sexuellement (ITS). Les répondants pouvaient indiquer

s'ils avaient reçu ce diagnostic dans les 12 derniers mois ou il y a plus de 12 mois. Le nombre total de réponses pour chaque question se situait entre 945 et 949. La figure 1 montre le nombre de personnes ayant répondu « oui » pour chaque affection, sans égard au moment du diagnostic.

Les constatations montrées à la figure 1 suggèrent que la chlamydia et le virus du papillome humain (VPH) ont été les ITSS

ayant fait l'objet du plus grand nombre de diagnostics, alors que la syphilis et l'hépatite C étaient moins courantes.



⁴ Le nombre de répondants vivant avec le VIH n'a pas été relevé à la figure 1 parce que le VIH est une infection permanente une fois diagnostiquée. Par conséquent, pour éviter le dédoublement dans l'enregistrement des données, les données sur le VIH sont consignées à la figure 2, qui traite du statut des répondants relativement aux ITSS au moment où ils ont répondu au sondage.

FIGURE 2. NOMBRE DE RÉPONDANTS VIVANT AVEC LE VIH, L'HÉPATITE C ET/OU LA SYPHILIS AU MOMENT DU SONDAGE



On demandait ensuite aux répondants quel était leur état de santé actuel (au moment où ils répondaient au sondage) pour ce qui est du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis. La figure 2 présente les constatations.

Parmi toutes les personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ($n = 32$) ou de syphilis ($n = 28$), 3,1 % et 7,1 %, respectivement, ont dit vivre encore avec cette infection lorsqu'elles ont répondu au sondage. À une plus grande échelle, sur 951 répondants, 1,5 % ont dit vivre avec le VIH.

Accès aux soins de santé et aux services liés aux ITSS

Le tableau 2 permet de savoir si les répondants ont eu accès à des services de soins de santé durant la pandémie, et de quelle façon. On leur a aussi demandé si les coûts de leurs soins de santé et de leurs médicaments d'ordonnance étaient couverts depuis

le début de la pandémie, notamment par un régime d'assurance payé par l'employeur ou par une assurance privée du gouvernement, telle que le programme des services de santé non assurés (SSNA) destiné aux Premières Nations et aux Inuits. À cette question, 74,3 % de 1 181 répondants ont dit avoir accès à une telle assurance, près de 19 % ont dit ne pas y avoir accès et 6,9 % n'en étaient pas certains.

On demandait ensuite aux répondants s'ils avaient utilisé des services des soins de santé depuis le début de la pandémie et s'ils avaient eu accès à des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS, ou à d'autres formes de services communautaires à cet effet. Parmi 1 019 répondants, 88,6 % avaient utilisé des services de soins de santé quels qu'ils soient, et près de 12 % de 956 répondants avaient cherché, songé ou souhaité obtenir des services de santé en prévention, dépistage ou traitement des ITSS.

On a ensuite demandé aux 114 répondants (11,9 %) qui ont dit souhaiter avoir accès à des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS ou à d'autres services communautaires de parler de leur expérience d'accès à ces services. Les participants ont dit avoir toujours ou parfois été en mesure d'y avoir accès, ou ne pas être en mesure d'y avoir accès même après les avoir recherchés, avoir envisagé de les utiliser ou souhaiter les utiliser.

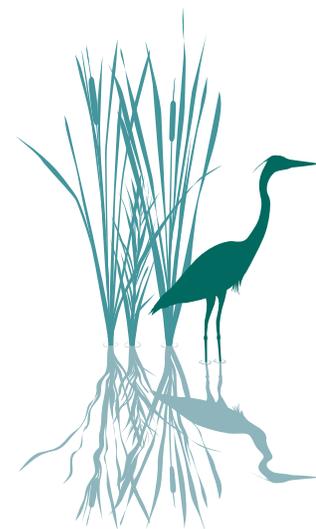




TABLEAU 2. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET LEUR UTILISATION PAR LES RÉPONDANTS DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

Accès aux services et utilisation	Fréquence (n)	Total N	Pourcentage (%)
Accès à une couverture d'assurance pour soins de santé			
Ont accès	878	1 181	74,3
N'ont pas accès	221	1 181	18,7
Ne savent pas	82	1 181	6,9
Utilisation de services de santé depuis le début de la pandémie			
Ont utilisé des services	903	1 019	88,6
N'ont pas utilisé de services	116	1 019	11,4
Accès à des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS ou à d'autres services communautaires			
Ont cherché, envisagé ou souhaité obtenir des services	114	956	11,9
N'ont pas cherché, envisagé ou voulu obtenir des services	842	956	88,1

Environ 110 ou 111 répondants ont répondu aux questions sur l'accès aux services et aux mesures de prévention des ITSS, tels que la prophylaxie préexposition au VIH (PPrE), la prophylaxie postexposition (PPE)⁵, le préservatif ou les digues dentaires, l'information sur les pratiques sexuelles sécuritaires et l'information et la sensibilisation aux ITSS. Pour chaque service ou mesure de prévention des ITSS, la majorité des répondants ont dit ne pas avoir voulu ou ne pas avoir tenté d'utiliser le service durant la pandémie. La seule exception concernait les préservatifs et/ou les digues dentaires, pour lesquels une majorité des 111 répondants ($n = 62$) ont dit vouloir les essayer ou les avoir essayées comme mesure de prévention. Le tableau 3 montre le niveau d'accessibilité des services de prévention des ITSS et les mesures adoptées par les répondants à la recherche de ces services, par identité de genre⁶. Les tableaux 4 et 5 présentent le niveau d'accessibilité à des services de dépistage des ITSS (tableau 4), de traitement de ces infections et à d'autres services communautaires (tableau 5) chez les répondants ayant recherché ces services, par identité de genre.

Les données des tableaux 3, 4 et 5 sont regroupées par identité de genre afin de répondre aux lacunes dans les données concernant les personnes de genres variés et leurs expériences d'accès aux services d'ITSS. Cette lacune a été constatée

lors de la recherche préliminaire ayant inspiré les méthodes utilisées pour la présente étude (voir la section ci dessus sur la préparation des questions du sondage). Il est toutefois important de souligner que les échantillons de petite taille ou déséquilibrés dans chaque groupe d'identité de genre risquent d'entraîner des conclusions erronées à l'issue de comparaisons entre les groupes. Par conséquent, les conclusions des tableaux 3, 4 et 5 sont considérées à l'intérieur des trois groupes d'identité de genre et ne font pas l'objet de comparaisons entre eux.

Selon le tableau 3, chez les répondants qui souhaitaient avoir des services ou des mesures de prévention des ITSS ou souhaitaient les essayer, les préservatifs et les digues dentaires ont été le service le plus recherché ($n = 62$), suivi de l'information sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires ($n = 48$), de l'information et de la sensibilisation aux ITSS dans une plus large mesure ($n = 45$), et des médicaments pour la PPrE ou la PPE ($n = 24$). En ce qui concerne l'accessibilité à ces services et à ces mesures, les préservatifs et les digues dentaires ont été jugés les plus accessibles, puisque la plus forte proportion de répondants, 54,8 %, ont dit être toujours en mesure d'y avoir accès. L'information et la sensibilisation aux ITSS, y compris les événements de proximité, sont considérées comme le service le moins accessible, avec 53,3 % des répondants disant avoir voulu ce service ou tenté de l'obtenir, sans y parvenir.

La plupart des répondants de sexe masculin se sont dits toujours ou parfois en mesure d'avoir accès à des préservatifs et/ou à des digues dentaires ($n = 8$), à de l'information et à de la sensibilisation aux ITSS ($n = 5$), et finalement, à de l'information sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires ($n = 4$). Parmi les personnes ayant recherché des médicaments pour la PPrE ou la PPE ($n = 5$), la majorité n'a pu en obtenir (60 %).

La plupart des personnes de sexe féminin ayant répondu au sondage ont dit avoir été toujours en mesure d'avoir accès à des préservatifs et/ou à des digues dentaires ($n = 21$), à de l'information sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires ($n = 15$) et à des médicaments pour la PPrE ou la PPE ($n = 5$). Parmi celles qui ont cherché de l'information ou de la sensibilisation aux ITSS ($n = 24$), la plupart ne sont pas parvenues à obtenir ces services (58,3 %).

Plusieurs répondants s'identifiant comme personnes bispirituelles ou d'une identité de genre non conforme ont dit être toujours en mesure d'avoir accès à des préservatifs et/ou à des digues dentaires ($n = 9$), à de l'information sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires ($n = 7$) et à des médicaments pour la PPrE ou la PPE ($n = 4$). Parmi les personnes de ce groupe ayant cherché de l'information ou de la sensibilisation aux ITSS ($n = 14$), la plupart ont dit ne pas être parvenues à en obtenir (57,1 %).

⁵ La PPrE et la PPE sont des médicaments utilisés par les personnes qui sont négatives au VIH pour aider à prévenir l'infection du VIH. La PPrE est prise de façon régulière par les personnes qui courent un risque permanent de contracter le VIH, alors que la PPE est destinée aux situations d'urgence pour prévenir une infection du VIH après une possible exposition du virus (PHAC, 2019).

⁶ Les groupes d'identité de genre inclus aux tableaux 3, 4 et 5 ont été réduits pour former trois groupes : les hommes, les femmes, ainsi que les personnes bispirituelles ou d'autres genres non conformes. Les données d'origine comprenaient un plus grand nombre de catégories de genres; les données ont toutefois été réduites pour ne former que trois groupes en raison de la petite taille des échantillons présents dans ces divers groupes. Des données plus ventilées peuvent être disponibles sur demande auprès du CCNSA ou du CCNMI.

TABLEAU 3. ACCÈS AUX SERVICES ET AUX MESURES DE PRÉVENTION DES ITSS CHEZ LES RÉPONDANTS AYANT VOULU ACCÉDER OU ESSAYER D'ACCÉDER À DE TELS SERVICES, PAR IDENTITÉ DE GENRE

Accès à un service de prévention des ITSS	Homme		Femme		Personnes bispituelles ou d'une autre identité de genre non conforme		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Prophylaxie préexposition par voie orale (PPrE) ou prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH								
Toujours en mesure de les utiliser	1	20,0	5	41,7	4	57,1	10	41,7
Parfois en mesure de les utiliser	1	20,0	3	25,0	0	0,0	4	16,7
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	3	60,0	4	33,3	3	42,9	10	41,7
Total	5		12		7		24	
Condom et/ou digue dentaire								
Toujours en mesure de les utiliser	4	36,4	21	60,0	9	56,3	34	54,8
Parfois en mesure de les utiliser	4	36,4	7	20,0	2	12,5	13	21,0
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	3	27,3	7	20,0	5	31,3	15	24,2
Total	11		35		16		62	
Information sur des pratiques sexuelles sécuritaires (cartes postales, dépliants, etc.)								
Toujours en mesure d'y avoir accès	1	20,0	15	51,7	7	50,0	23	47,9
Parfois en mesure d'y avoir accès	3	60,0	9	31,0	2	14,3	14	29,2
Voulait y avoir accès, mais n'a pas pu le faire	1	20,0	5	17,2	5	35,7	11	22,9
Total	5		29		14		48	
Information et sensibilisation aux ITSS, y compris à des événements de proximité								
Toujours en mesure d'y avoir accès	1	14,3	7	29,2	5	35,7	13	28,9
Parfois en mesure d'y avoir accès	4	57,1	3	12,5	1	7,1	8	17,8
Voulait y avoir accès, mais n'a pas pu le faire	2	28,6	14	58,3	8	57,1	24	53,3
Total	7		24		14		45	

Note : Le tableau 3 devrait être interprété avec prudence en raison du petit nombre de répondants (*n*) et du déséquilibre entre le nombre d'hommes, de femmes et de personnes bispituelles ou d'autres groupes ayant des identités de genre non conformes.

Le nombre total de répondants du tableau 4 varie selon les types de services de dépistage. La plupart des répondants ont dit rechercher des services de dépistage autres que ceux des options proposées ($n = 91$), suivis par les tests de dépistage du VIH ($n = 71$), de la syphilis ($n = 67$), de l'hépatite C ($n = 55$), et des tests d'autodépistage ou des examens de biologie médicale délocalisés (EBMD) ($n = 41$). Les services de dépistage les plus fréquemment mentionnés comme étant toujours disponibles sont le dépistage d'autres ITS ($n = 43$), de la syphilis ($n = 34$), du VIH ($n = 32$) et de l'hépatite C ($n = 29$). Toutefois, lorsqu'on examine les données par proportions, les tests de dépistage de l'hépatite C comptent la plus importante proportion de répondants disant être toujours en mesure d'en obtenir (52,7 %), suivi du dépistage de la syphilis (50,7 %), d'autres ITS (47,3 %) et du VIH (45,1 %). L'autodépistage des ITSS et les EBMD comptent la plus faible proportion de répondants disant être toujours en mesure de les utiliser (31,7 %) et la plus forte proportion de répondants ayant affirmé ne pas être en mesure d'avoir accès à cette forme de dépistage (51,2 %).

Parmi le nombre total d'hommes ayant recherché des services de dépistage des ITSS, au tableau 4 ($n = 414$), 4 répondants seulement ont dit avoir utilisé ou tenté d'utiliser l'autodépistage ou les EBMD, comparativement à 10 à 14 répondants ayant utilisé ou tenté d'utiliser les autres services de dépistage. Pour chaque option proposée, les répondants masculins ont été plus nombreux à affirmer être toujours en mesure d'accéder à des services de dépistage que les répondants masculins disant avoir des difficultés d'accès en ce sens. Le dépistage du VIH fait toutefois exception, car les répondants masculins sont tout aussi nombreux à avoir affirmé avoir accès aux services (30 %) qu'avoir eu de la difficulté à y avoir accès (30 %).

Les femmes et les personnes bispirituelles ou d'une identité de genre non conforme ont aussi été plus nombreuses à affirmer être plus susceptibles de toujours avoir accès à un service de dépistage des ITSS que d'avoir des difficultés à l'obtenir, et ce, pour toutes les options, sauf en ce qui concerne l'autodépistage et les EBMD. Pour l'autodépistage et les EBMD, les femmes et les personnes bispirituelles ou d'une

identité de genre non conforme étaient plus susceptibles d'avoir de la difficulté à accéder à ces services (56,5 % des femmes et 50 % des personnes bispirituelles ou d'une identité de genre non conforme, respectivement) que d'avoir toujours accès à ces services de dépistage (26,1 % des femmes et 35,7 % des personnes bispirituelles ou d'une identité de genre non conforme, respectivement). En outre, chez les personnes bispirituelles ou d'une identité de genre non conforme, des différences ont été observées dans la proportion de répondants disant être toujours en mesure d'avoir accès à des tests de dépistage de l'hépatite C ou de la syphilis, comparativement aux répondants ayant dit ne pas être en mesure d'avoir accès à ces tests même si elles le souhaitaient ou tentaient de les obtenir. Les personnes bispirituelles ou d'une identité de genre non conforme étaient par exemple plus de trois fois plus susceptibles de toujours avoir accès à des tests de dépistage de l'hépatite C (68,8 %) et de la syphilis (61,1 %) que de rencontrer des obstacles à l'accès à ces services (18,8 % et 16,7 % pour le dépistage de l'hépatite C et de la syphilis, respectivement).



TABLEAU 4. ACCÈS À DES SERVICES DE DÉPISTAGE DES ITSS CHEZ LES RÉPONDANTS SOUHAITANT OBTENIR OU AYANT TENTÉ D'OBTENIR DE TELS SERVICES, PAR IDENTITÉ DE GENRE

Accès à des services de dépistage des ITSS	Homme		Femme		Personnes bispirituelles ou d'une autre identité de genre non conforme		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dépistage du VIH								
Toujours en mesure de les utiliser	3	30,0	16	43,2	13	54,2	32	45,1
Parfois en mesure de les utiliser	4	40,0	12	32,4	6	25,0	22	31,0
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	3	30,0	9	24,3	5	20,8	17	23,9
Total	10		37		24		71	
Dépistage de l'hépatite C								
Toujours en mesure de les utiliser	5	45,5	13	46,4	11	68,8	29	52,7
Parfois en mesure de les utiliser	4	36,4	8	28,6	2	12,5	14	25,5
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	2	18,2	7	25,0	3	18,8	12	21,8
Total	11		28		16		55	
Dépistage de la syphilis								
Toujours en mesure de les utiliser	6	42,9	17	48,6	11	61,1	34	50,7
Parfois en mesure de les utiliser	5	35,7	10	28,6	4	22,2	19	28,4
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	3	21,4	8	22,9	3	16,7	14	20,9
Total	14		35		18		67	
Dépistage d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS)								
Toujours en mesure de les utiliser	5	35,7	25	49,0	13	50,0	43	47,3
Parfois en mesure de les utiliser	5	35,7	15	29,4	8	30,8	28	30,8
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	4	28,6	11	21,6	5	19,2	20	22,0
Total	14		51		26		91	
Tests d'autodépistage des ITSS ou examens de biologie médicale délocalisés (EBMD)								
Toujours en mesure de les utiliser	2	50,0	6	26,1	5	35,7	13	31,7
Parfois en mesure de les utiliser	1	25,0	4	17,4	2	14,3	7	17,1
Voulait essayer, mais n'a pas pu le faire	1	25,0	13	56,5	7	50,0	21	51,2
Total	4		23		14		41	

Note : Le tableau 4 devrait être interprété avec prudence en raison du petit nombre de répondants (*n*) et du déséquilibre entre le nombre d'hommes, de femmes et de personnes bispirituelles ou d'autres groupes d'identité de genre non conforme.

TABEAU 5. ACCÈS À DES TRAITEMENTS DES ITSS ET À D'AUTRES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ POUR LES RÉPONDANTS SOUHAITANT AVOIR ACCÈS À CES SERVICES OU AYANT TENTÉ D'Y AVOIR ACCÈS, PAR IDENTITÉ DE GENRE

Accès à des traitements des ITSS ou à d'autres services dans la communauté	Homme		Femme		Personnes bispirituelles ou d'une autre identité de genre non conforme		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Counseling pour la syphilis, l'hépatite C, le VIH ou d'autres ITSS								
Toujours en mesure d'y avoir accès	1	16,7	5	29,4	2	20,0	8	24,2
Parfois en mesure d'y avoir accès	4	66,7	5	29,4	2	20,0	11	33,3
Voulait ces services, mais n'y est pas parvenu	1	16,7	7	41,2	6	60,0	14	42,4
Total	6		17		10		33	
Services communautaires								
Toujours en mesure d'en obtenir	0	0,0	8	25,8	2	13,3	10	19,6
Parfois en mesure d'en obtenir	3	60,0	6	19,4	3	20,0	12	23,5
Voulait en obtenir, mais n'y est pas parvenu	2	40,0	17	54,8	10	66,7	29	56,9
Total	5		31		15		51	
Interprète et/ou services de pairs navigateurs en santé								
Toujours en mesure de les obtenir	1	33,3	3	17,6	1	10,0	5	16,7
Parfois en mesure de les obtenir	1	33,3	2	11,8	2	20,0	5	16,7
Voulait les obtenir, mais n'y est pas parvenu	1	33,3	12	70,6	7	70,0	20	66,7
Total	3		17		10		30	

Note : Le tableau 5 devrait être interprété avec prudence en raison du petit nombre de répondants (*n*) et du déséquilibre entre le nombre d'hommes, de femmes et de personnes bispirituelles ou d'autres groupes d'identités de genre non conformes.

Le tableau 5 présente le niveau d'accessibilité aux traitements des ITSS et à d'autres services dans la communauté chez les répondants ayant cherché à obtenir ces services, par identité de genre. Dans ce contexte, le traitement est considéré dans une plus large mesure et comprend des services de counseling, d'interprète et de pairs navigateurs en santé pour obtenir un traitement ou d'autres services de proximité, s'ils existent. Parmi ces trois grandes options, les services dans la communauté sont les plus recherchés (*n* = 51), suivis des services de counseling liés à la

syphilis, à l'hépatite C, au VIH ou à d'autres ITSS (*n* = 33), et des services d'un interprète et/ou d'un pair navigateur en santé (*n* = 30). Chaque service compte toutefois une plus grande proportion de répondants qui ont dit souhaiter accéder ou avoir tenté d'accéder à ces services, mais qui n'y sont pas parvenus, comparativement à la proportion de ceux qui ont toujours été ou ont parfois été en mesure de les obtenir.

Les données montrent une plus grande proportion de femmes et de répondants bispirituels ou d'une

identité de genre non conforme ayant été incapables d'accéder à un traitement ou à d'autres services dans la communauté même s'ils le souhaitaient ou avaient tenté d'y accéder, comparativement au nombre de ces personnes disant avoir toujours ou parfois été en mesure d'accéder au service.

Les données révèlent aussi qu'un plus grand nombre de répondants masculins ont dit être parfois en mesure d'avoir accès à du counseling lié à la syphilis, à l'hépatite C, au VIH ou à d'autres ITSS, ou à des services dans la communauté comparativement

TABLEAU 6. SERVICES DE PRÉVENTION, DE DÉPISTAGE OU DE TRAITEMENT DES ITSS ET AUTRES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ QUE LES RÉPONDANTS ONT TOUJOURS OU PARFOIS ÉTÉ EN MESURE D'UTILISER, PAR RÉGIONS RURALE ET URBAINE

Accès à la prévention, au dépistage et au traitement des ITSS ou à d'autres services dans la communauté	Rurale			Urbaine		
	<i>n</i>	Total	%	<i>n</i>	Total	%
Services de prévention des ITSS						
PPrE ou PPE par voie orale pour le VIH	4	20	20,0	9	80	11,3
Préservatif et/ou digue dentaire	10	20	50,0	36	80	45,0
Information sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires (p. ex. cartes postales, dépliants, etc.)	9	20	45,0	25	80	31,3
Information et sensibilisation, y compris événements de proximité	6	20	30,0	14	80	17,5
Services de dépistage des ITSS						
Dépistage du VIH	11	20	55,0	41	80	51,3
Dépistage de l'hépatite C	7	20	35,0	32	80	40,0
Dépistage de la syphilis	9	20	45,0	40	79	50,6
Autres tests de dépistage d'ITS	11	20	55,0	53	80	66,3
Autodépistage des ITSS ou examens de biologie médicale délocalisés (EBMD)	4	20	20,0	15	80	18,8
Traitement des ITSS et autres services dans la communauté						
Counseling pour la syphilis, l'hépatite C, le VIH ou d'autres ITSS	2	20	10,0	15	79	19,0
Services communautaires	3	20	15,0	16	80	20,0
Interprète et/ou pair navigateur en santé	1	20	5,0	8	80	10,0

Note : Le tableau 6 regroupe des données de répondants qui souhaitent ou ont tenté d'avoir accès à un service. Ces données doivent être interprétées avec prudence en raison du petit nombre de répondants (*n*) et du déséquilibre entre le nombre de répondants des régions rurales et urbaines.

à la proportion d'hommes disant avoir toujours accès ou faire face à des obstacles pour accéder à ces services.

Le tableau 6 résume la proportion de répondants ayant été parfois ou toujours en mesure d'avoir accès à certains services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS ou à d'autres services dans la communauté. Environ 100 répondants ont recherché, envisagé de rechercher ou souhaitent utiliser ces services, et même après la ventilation par région géographique,

le nombre de répondants vivant en région rurale (*n* = 20) était beaucoup moins important que les répondants des milieux urbains (*n* = 79 80). Les constatations sont donc analysées par région géographique au lieu de faire l'objet de comparaisons entre les deux.

Pour les répondants des régions rurales, les préservatifs et/ou les digues dentaires, le dépistage du VIH, les tests de dépistage d'autres ITS et les services communautaires

sont, respectivement, les services de prévention, de dépistage et de traitement et les services dans la communauté les plus accessibles.

Pour les répondants vivant en milieu urbain, les préservatifs et/ou les digues dentaires, le dépistage d'autres ITS et les services communautaires ont été également les services de prévention, de dépistage et de traitement et les autres services dans la communauté les plus disponibles pour les répondants.

Obstacles aux services liés aux ITSS

En tout, 102 répondants ayant recherché des services liés aux ITSS durant la pandémie ont aussi répondu aux questions sur ce qui les avait empêchés d'obtenir des services de prévention, de dépistage et de traitement et d'autres services dans la communauté (tableau 7). De ce nombre, la moitié (48 %) a déclaré que les services liés aux ITSS n'étaient pas disponibles lorsqu'ils en ont eu besoin, alors que 42,2 % ont affirmé que les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 ont restreint l'accès à ces services. Plus de 20 % des répondants ont mentionné

le racisme anti-autochtone comme obstacle aux soins. De plus, l'incapacité de se rendre dans une clinique ou dans un centre de soins de santé, la difficulté d'utilisation des services à distance et les coûts ont été mentionnés comme obstacles à l'accès aux services chez environ 15,7 % à 18,6 % des répondants.

L'enquête examine ensuite l'expérience vécue par les participants avec les services offerts précisément pour le VIH ou d'autres ITS durant la pandémie (tableau 8). Parmi les 14 répondants disant vivre avec le VIH, presque tous (85,7 %) ont indiqué qu'ils pouvaient compter sur une clinique de VIH ou un fournisseur de soins avant le début de

la pandémie de COVID-19. Malgré cet accès existant avant la pandémie, 9 des 14 répondants (64,3 %) ont dit rencontrer des difficultés d'accès aux soins pour le VIH durant la pandémie.

Le tableau 9 résume les obstacles d'accès aux services pour le VIH choisis par 9 répondants au sondage. Les obstacles les plus fréquemment mentionnés ont été les mesures de la santé publique associées à la COVID-19 (44,4 %), suivis par la difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous et par la non-disponibilité des services au moment où ils seraient nécessaires, une réponse choisie par 33,3 % des répondants.

TABLEAU 7. OBSTACLES À LA PRÉVENTION, AUX TESTS DE DÉPISTAGE ET AU TRAITEMENT DES ITSS ET À D'AUTRES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Obstacle au service	Fréquence (n)	Proportion (%) de N = 102 réponses
Le service n'était pas disponible lorsque j'en ai eu besoin	49	48,0
Les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 ont restreint l'accès à ces services	43	42,2
Difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous	34	33,3
Inquiétude ou crainte d'une exposition au virus de la COVID-19	27	26,5
Crainte ou inquiétude à l'égard du racisme anti-autochtone	23	22,6
Incapacité de se rendre dans un centre de santé ou une clinique	19	18,6
Difficulté à utiliser les services offerts à distance	16	15,7
Coûts	16	15,7
Une personne de mon foyer m'en a empêché	5	4,9
Barrière linguistique	1	1,0
Autre raison	34	33,3



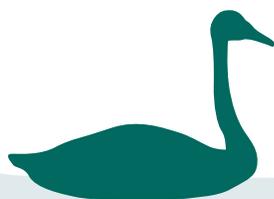
TABLEAU 8. ACCÈS À DES FOURNISSEURS DE SOINS POUR LE VIH CHEZ LES PARTICIPANTS VIVANT AVEC LE VIH

Caractéristique	Fréquence (n)	Proportion (%) de N = 14 réponses
Pouvaient compter sur une clinique de VIH ou un fournisseur de soins avant le début de la pandémie de COVID-19		
Oui	12	85,7
Non	1	7,1
Ont reçu un diagnostic d'ITS durant la pandémie de COVID-19		
Oui	1	7,1
Ont eu de la difficulté à accéder à un fournisseur de soins ou à une clinique pour le VIH dès le début de la pandémie de COVID-19		
Oui	9	64,3
Non	5	35,7



TABLEAU 9. OBSTACLES À L'OBTENTION DE SERVICES POUR LE VIH CHEZ LES RÉPONDANTS AYANT RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN FOURNISSEUR DE SOINS OU À UNE CLINIQUE POUR LE VIH DURANT LA PANDÉMIE

Obstacle au service	Fréquence (n)	Proportion (%) de N = 9 réponses
Mesures de la santé publique liées à la COVID-19	4	44,4
Difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous	3	33,3
Service non disponible lorsque la personne en avait besoin	3	33,3
Inquiétude ou crainte de vivre une expérience de racisme anti-autochtone	2	22,2
Inquiétude ou crainte à l'égard du risque d'exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19	1	11,1
Incapacité à se rendre dans un centre de santé ou une clinique	1	11,1
Autre	2	22,2





Les obstacles pour les répondants tentant d'accéder à des services pour une autre ITS comme la chlamydia, la gonorrhée, les verrues génitales, le virus du papillome humain ou l'herpès génital varient également. Parmi 251 répondants, 119 (47,4 %) ont affirmé qu'ils avaient accès à une clinique ou à un fournisseur de soins pour les ITS avant le début de la pandémie et, de ce nombre, 46 répondants (18,3 %) ont dit avoir eu de la difficulté à accéder à cette clinique ou à ce fournisseur durant la pandémie (tableau 10).

Le tableau 11 montre les obstacles d'accès aux services pour une ITS les plus fréquemment mentionnés par 47 répondants. Il s'agit de la non-disponibilité des services lorsque la personne en avait besoin (66 %), de la difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous (48,9 %) et des mesures de la santé publique liées à la COVID-19 qui limitaient l'accès aux services (42,6 %).

Dans l'ensemble, les trois principaux obstacles à l'obtention de services pour les ITSS (tableau 7), le VIH (tableau 9) et les ITS (tableau 11) ont été la non-disponibilité des services, des difficultés à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous et les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 qui empêchaient l'accès. Au moment d'accéder à des services pour les ITSS, le quatrième obstacle en importance était l'inquiétude ou la crainte d'être exposé à une personne infectée par le virus de la COVID-19 (tableau 7), alors que l'inquiétude ou la crainte de subir du racisme anti-autochtone est le quatrième obstacle en importance exprimé relativement à l'accès aux soins pour le VIH (tableau 9) ou une ITS (tableau 11).

TABLEAU 10. ACCÈS À D'AUTRES SERVICES POUR LES ITS

Caractéristique	Fréquence (n)	Proportion (%) de N = 251 réponses
Pouvait compter sur une clinique ou un fournisseur de soins savant le début de la pandémie de COVID-19		
Oui	119	47,4
Non	121	48,2
A reçu un diagnostic d'ITS durant la pandémie de COVID-19		
Oui	11	4,4
A eu de la difficulté à accéder à une clinique ou à un fournisseur de soins pour les ITS dès le début de la pandémie de COVID-19		
Oui	46	18,3
Non	100	39,8
N'a pas tenté de se rendre dans une clinique ou de voir un fournisseur de soins		
	105	41,8



TABLEAU 11. OBSTACLES À L'OBTENTION DE SERVICES POUR UNE ITS CHEZ LES RÉPONDANTS QUI ONT EU DE LA DIFFICULTÉ À ACCÉDER À UNE CLINIQUE D'ITS OU À UN FOURNISSEUR DE SOINS DURANT LA PANDÉMIE

Obstacle aux services pour les ITS	Fréquence (n)	Proportion (%) de N = 47 réponses
Service non disponible lorsque la personne en avait besoin	31	66,0
Difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous	23	48,9
Mesures de la santé publique liées à la COVID-19	20	42,6
Inquiétude ou crainte de vivre une expérience de racisme anti-autochtone	14	29,8
Inquiétude ou crainte du risque d'exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19	11	23,4
Incapacité à se rendre dans un centre de santé ou une clinique	11	23,4
Difficulté à utiliser les services offerts à distance	10	21,3
Coûts	8	17,0
Autre	13	27,7

Utilisation de substances et mieux-être psychologique

Le sondage visait également à évaluer les changements dans la consommation de substances et le mieux-être psychologique chez les répondants durant la pandémie. La figure 3 montre les changements observés dans l'utilisation de substances selon la proportion de répondants ayant signalé une augmentation de leur consommation ou de leur utilisation des substances suivantes : 1) alcool; 2) cannabis; 3) hallucinogènes (p. ex. LSD, champignons); 4) speed, méthamphétamine ou crystal meth; 5) cocaïne ou crack; 6) héroïne, fentanyl ou autres opioïdes non médicaux; 7) ecstasy; 8) substances inhalées (p. ex. essence, colle, diluant pour peinture); et/ou 9) autres substances.

Selon la figure 3, la plupart des répondants ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool et de cannabis (19,1 % – 35,4 %), avec des changements minimaux dans leur utilisation d'autres substances (<0 % – 6,8 %). En comparant les résultats par région géographique, on constate que la proportion de répondants vivant en milieu urbain ayant affirmé consommer davantage de cannabis durant la pandémie était supérieure de 16,3 points de pourcentage que celle des régions rurales (35,4 % comparativement à 19,1 %, respectivement). La proportion de répondants faisant état d'une augmentation de leur consommation d'alcool est la même dans les milieux urbains et dans les régions rurales (29,1 %). Pour toutes les autres substances, plus de répondants des milieux urbains ont fait état d'une augmentation de leur utilisation comparativement aux répondants des régions rurales. Certaines substances ont connu

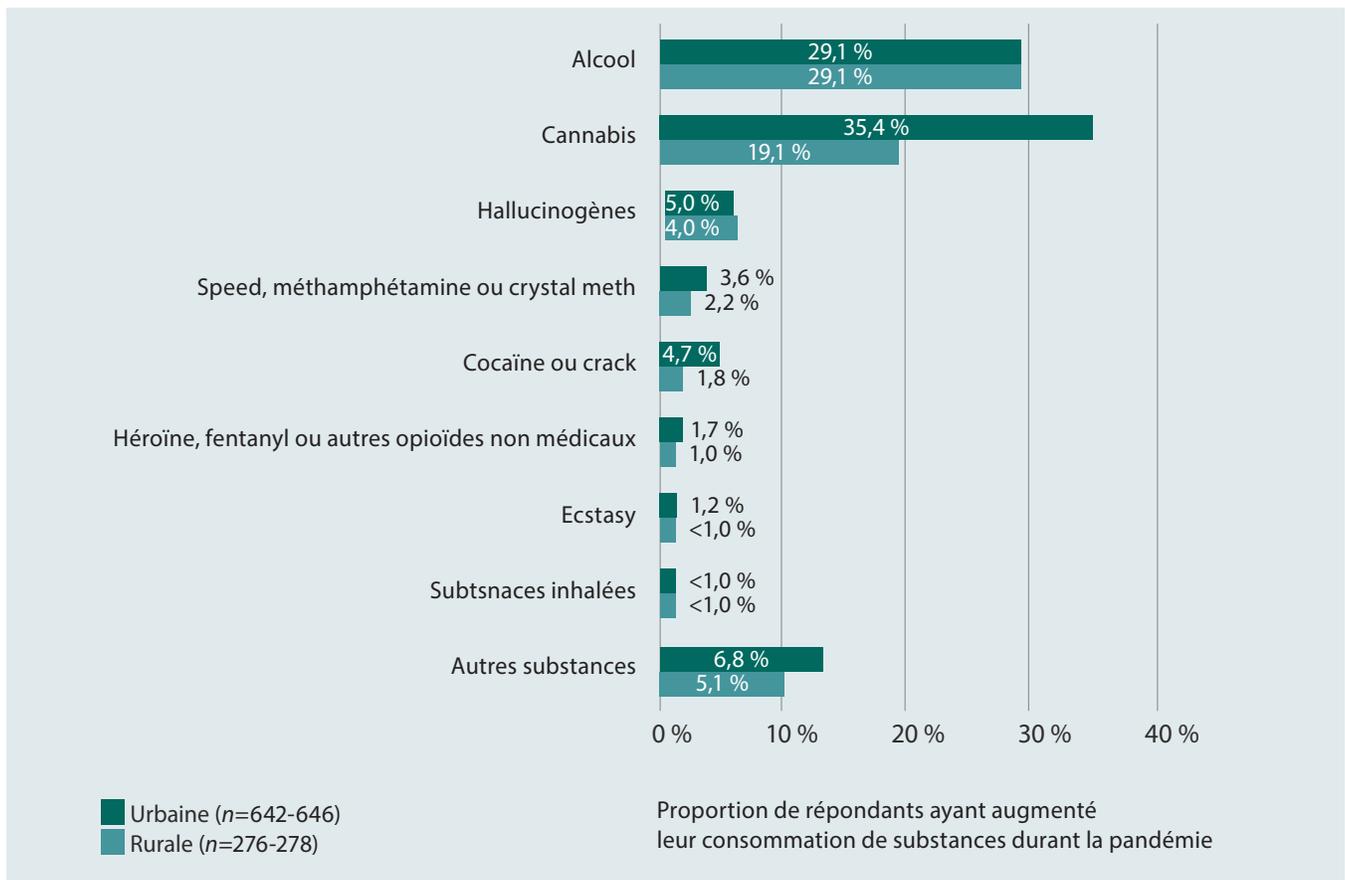
une augmentation de moins de 2 % de leur utilisation chez tous les répondants. C'est le cas notamment de l'héroïne, du fentanyl et d'autres opioïdes non médicaux; de l'ecstasy et de substances inhalées.

L'état de santé mentale des répondants a aussi changé durant la pandémie. La figure 4 résume l'envergure des changements dans la santé mentale des répondants; ces changements vont de « beaucoup mieux maintenant » à « bien pire maintenant ». Les données révèlent que 42 % de 1 183 répondants ont constaté que leur santé mentale s'était plutôt détériorée depuis le début de la pandémie, alors que seulement 8,9 % disent que leur santé mentale s'était plutôt améliorée. En outre, près de 20 % des répondants ont dit que leur santé mentale s'était grandement détériorée depuis le début de la pandémie, comparativement à seulement 3,7 % ayant affirmé que leur santé mentale s'était améliorée.



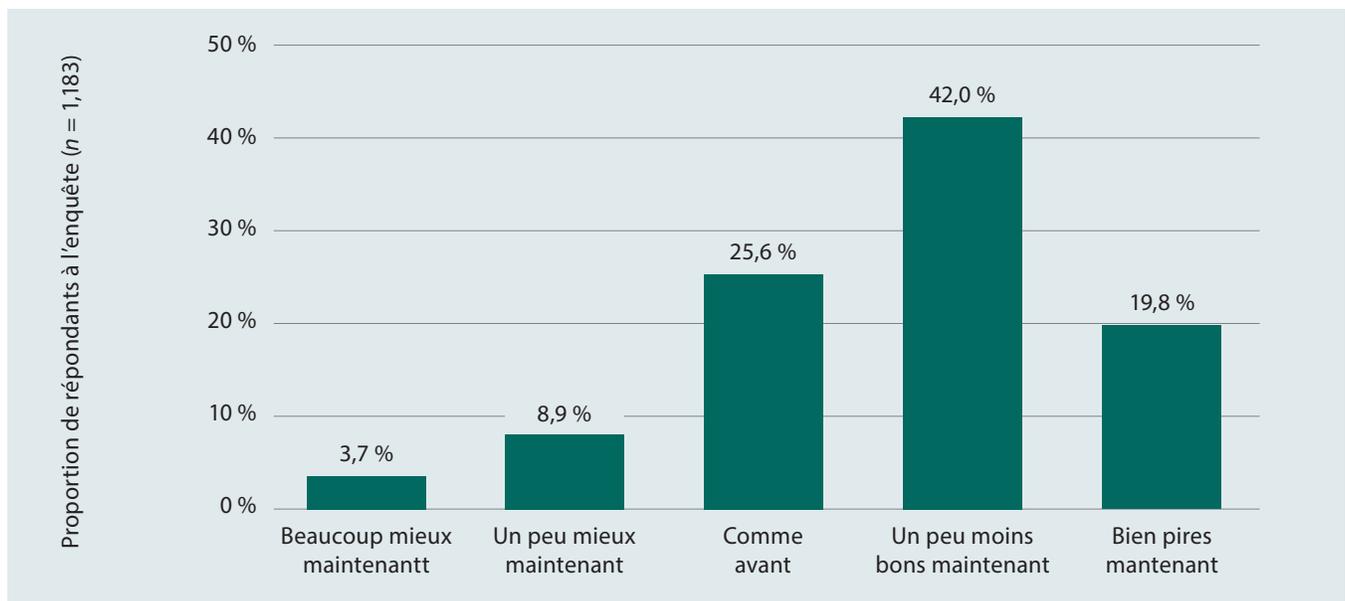
© Crédit : iStockPhoto.com, réf. ID 1266121177

FIGURE 3. AUGMENTATION DE L'UTILISATION DE SUBSTANCES PAR LES RÉPONDANTS DURANT LA PANDÉMIE, PAR RÉGION GÉOGRAPHIQUE



Note : La figure 3 doit être interprétée avec prudence, car il y a déséquilibre entre le nombre de répondants (n) des régions rurales et urbaines.

FIGURE 4. CHANGEMENTS DANS LA SANTÉ MENTALE DES RÉPONDANTS DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE





TABEAU 12. OBSTACLES AUX SERVICES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE, PAR RÉGION GÉOGRAPHIQUE

Obstacles au soutien en santé mentale	Régions rurales (N = 158)		Milieux urbains (N = 381)		Proportion (%) de N = 539 réponses
	n	%	n	%	
Difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous	75	47,5	170	44,6	45,5
Accès restreint en raison de mesures de la santé publique liées à la COVID-19	66	41,8	175	45,9	44,7
Non-disponibilité du service au moment opportun	76	48,1	162	42,5	44,2
Coûts	35	22,2	119	31,2	28,6
Inquiétude ou crainte du risque d'exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19	42	26,6	107	28,1	27,6
Inquiétude ou crainte de vivre du racisme anti-autochtone	29	18,4	104	27,3	24,7
Difficulté à utiliser les services offerts à distance	38	24,1	85	22,3	22,8
Incapacité à se rendre dans un centre de santé ou une clinique	26	16,5	60	15,7	16,0
Barrière linguistique	2	1,3	3	0,8	0,9
Autre	16	10,1	63	16,5	14,7

Note : Le tableau 12 doit être interprété avec prudence, car il y a déséquilibre entre le nombre de répondants (n) des régions rurales et des milieux urbains.

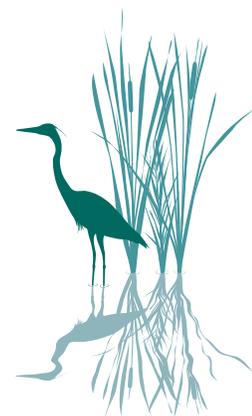


© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1409771532

On a demandé aux répondants s'ils avaient recherché ou avaient souhaité obtenir des services de santé mentale et de mieux-être offerts par un thérapeute, un conseiller, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux ou un médecin depuis le début de la pandémie. Des 1 149 répondants au sondage, 762 (66,3 %) ont affirmé avoir recherché ces services ou vouloir s'en prévaloir. On leur demandait ensuite comment s'était déroulé leur accès à ces services. Parmi 752 répondants, 514 (68,3 %) ont dit être toujours ou parfois en mesure d'avoir accès à un tel soutien en santé mentale. Le tableau 12 donne la liste des obstacles à l'accès à du soutien en santé mentale, ventilés par région géographique. Les trois obstacles les plus couramment mentionnés empêchant les répondants d'avoir accès à des services en santé mentale, tant dans les régions rurales qu'en milieu urbain, ont été la difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous (45,5 %), les mesures de la santé

publique liées à la COVID-19 (44,7 %) et la non-disponibilité des services au moment où les répondants en avaient besoin (44,2 %). Cette constatation rejoint les trois obstacles les plus courants limitant l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, du VIH et d'autres ITS figurant aux tableaux 7, 9, et 11, respectivement. Les quatrième et cinquième obstacles les plus courants au soutien en santé mentale sont toutefois différents entre les répondants des régions rurales et ceux des milieux urbains. Chez les répondants des régions rurales ayant répondu à la question sur les obstacles au soutien en santé mentale ($n = 158$), le quatrième obstacle en importance a été l'inquiétude ou la crainte d'une exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19 (26,6 %), suivi de la difficulté à utiliser les services à distance (24,1 %). Dans les milieux urbains, les coûts du soutien en santé mentale (31,2 %) ont été le quatrième obstacle en importance,

suivis par la crainte d'une exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19 (28,1 %) ainsi que l'inquiétude ou la crainte de vivre d'éventuelles expériences de racisme anti-autochtone (27,3 %). Ici, l'inquiétude ou l'expérience vécue de racisme anti-autochtone a empêché plus de répondants des milieux urbains d'avoir accès à des services de soutien en santé mentale (27,3 %) que de répondants issus des régions rurales (18,4 %). De même, les coûts étaient plus fréquemment cités comme obstacle à des services de santé mentale dans les milieux urbains (31,2 %) que dans les régions rurales (22,2 %).



Accès aux soutiens communautaire et culturel

Parmi 1 168 répondants au sondage, 747 (64 %) ont dit avoir recherché ou souhaité obtenir du soutien de leur communauté autochtone ou du soutien culturel, tels que de l'aide d'ainés, des cérémonies, des activités sur leur territoire ou des festins depuis le début de la pandémie de COVID-19; de ce nombre, 566 répondants (75,8 %) s'identifiaient comme membre inscrit ou non des Premières Nations, 137 (18,3 %) comme Métis et 33 (4,4 %) comme Inuit. Parmi les répondants ayant recherché du soutien culturel et ayant évalué l'accès à ce service ($n = 687$), plus de la moitié (387 répondants) ont affirmé être parfois ou toujours en mesure de participer à de telles activités de soutien communautaire et de ce nombre, 295 (76,2 %) s'identifiaient comme membre inscrit ou non des Premières Nations, 70 (18,1 %) comme Métis et 16 (4,1 %) comme Inuit. En tout, 672 répondants ont répondu à la question portant sur les obstacles au soutien communautaire et culturel durant la pandémie. Le tableau 13 dresse la liste de ces obstacles, par type d'identité autochtone.

Selon le tableau 13, les obstacles au soutien communautaire et culturel, allant du moins fréquemment au plus fréquemment choisis pour les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits ont été notamment les mesures de la santé publique en raison de la COVID 19; l'inquiétude ou la crainte d'une exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19; la difficulté à rencontrer des aînés ou des gardiens du savoir en raison

des exigences d'auto-isolement; l'incapacité de se déplacer pour se rendre aux cérémonies; et les coûts associés au soutien. Pour les répondants inuits, l'obstacle le plus souvent sélectionné a été à la fois les mesures de la santé publique liées à la COVID-19, ainsi que l'inquiétude ou la crainte d'une exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19, deux obstacles choisis par 54,8 % des répondants. Les obstacles allant du moins fréquemment au plus fréquemment choisis ont été, chez les répondants inuits, à l'exception de l'option « Autre » (12,9 %), l'incapacité de se rendre sur les lieux des cérémonies et les coûts associés à ces services de soutien. Dans les deux cas, ces options ont été choisies par 19,4 % des répondants.

Parmi les répondants s'identifiant comme autochtone autre que membre des Premières Nations, Métis ou Inuit, les obstacles allant du moins au plus fréquemment choisis, à l'exception de l'option « Autre » (66,7 %), ont été notamment les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 (44,4 %), l'inquiétude ou la crainte d'une exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19 (33,3 %), l'incapacité de se rendre sur les lieux des cérémonies (33,3 %), la difficulté à rencontrer des aînés ou des gardiens du savoir en raison des exigences liées à l'auto-isolement (22,2 %) et les coûts associés à ces services de soutien (22,2 %).

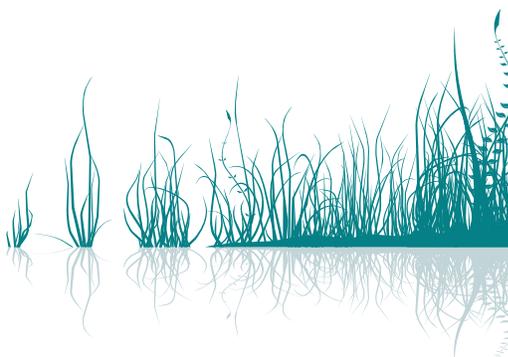


TABLEAU 13. OBSTACLES AU SOUTIEN COMMUNAUTAIRE ET CULTUREL DURANT LA PANDÉMIE, PAR TYPE D'IDENTITÉ AUTOCHTONE

Obstacles au soutien communautaire et culturel	Membres inscrits ou non des Premières Nations (N = 502)		Métis (N = 130)		Inuit (N = 31)		Autre identité autochtone (N = 9)		Proportion (%) de N = 672 réponses
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 ont restreint l'accès à ce soutien	322	64,1	77	59,2	17	54,8	4	44,4	62,5
Inquiétude ou crainte d'une exposition à une personne infectée par le virus de la COVID-19	266	53,0	65	50,0	17	54,8	3	33,3	52,2
Difficulté à rencontrer les aînés ou les gardiens du savoir en raison des exigences d'auto-isolément	177	35,3	51	39,2	7	22,6	2	22,2	35,3
Incapacité de se rendre au site d'une cérémonie	175	34,9	34	26,2	6	19,4	3	33,3	32,4
Coûts	154	30,7	29	22,3	6	19,4	2	22,2	28,4
Autre	85	16,9	30	23,1	4	12,9	6	66,7	18,6

Note : Le tableau 13 contient des données sur les répondants qui souhaitent obtenir ce type de soutien ou ont tenté d'y avoir accès. Il doit être interprété avec prudence, car il y a déséquilibre entre les divers types d'identité autochtone et car le nombre de répondants inuits et métis est faible.



ANALYSE ET ORIENTATIONS FUTURES

Les conclusions de ce rapport mettent en relief la façon dont la pandémie de COVID-19 a affecté l'accès des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis aux services liés aux ITSS et aux autres services de santé. Les obstacles que révèle cette étude peuvent offrir de l'information sur les mesures que pourraient adopter les professionnels et les décideurs du secteur de la santé pour améliorer l'accessibilité à de tels services. Les constatations exposées au tableau 6, par exemple, pourraient ouvrir la voie à l'élaboration de stratégies pour promouvoir et augmenter la disponibilité des services et des mesures de prévention des ITSS en fonction des besoins en milieu urbain, et à des services dans la communauté en fonction des besoins dans les régions rurales. De même, les constatations exposées au tableau 5 peuvent suggérer que la santé publique doit déployer plus d'efforts pour rendre les traitements et les autres services communautaires liés aux ITSS plus accessibles, surtout pour les femmes, les personnes bispirituelles et les autres groupes à l'identité de genre non conforme.

En outre, les résultats du sondage mentionnent constamment trois grands obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, du VIH et d'autres ITS et au soutien en santé mentale durant la pandémie, soit :

1. la difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous;
2. les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 restreignant l'accès;
3. la non-disponibilité des services au moment où les répondants en avaient besoin.

Ces résultats pourraient donc donner lieu à d'autres études plus poussées sur l'état actuel des services liés aux ITSS ou aux services de santé mentale et sur leur accessibilité aux, notamment par le renvoi en consultation assuré par des professionnels de la santé pour les ITSS, le VIH ou d'autres rendez-vous en santé mentale, l'accès par le biais de cliniques

de soins de santé primaire, ainsi de suite. Ces études pourraient aussi mesurer l'importance des répercussions sur l'accès et la disponibilité des soins de santé dans le contexte des mesures imposées par la santé publique lors de la pandémie. Ces considérations ne sont que quelques-unes de cette étude qui pourraient être utilisées pour inspirer d'autres enquêtes et pratiques en santé publique.

Bon nombre des constatations de l'enquête sont reprises ou mises en relief dans d'autres travaux de recherche du CCNSA et du CCNMI concernant les Premières Nations, les Inuits et les Métis et les ITSS au Canada. En 2023, le CCNSA a produit un rapport visant à définir un contexte pour mieux comprendre les facteurs de risque et la prévalence des ITSS chez les populations autochtones (CCNSA, 2024). En 2021-2022, le CCNSA et le CCNMI ont réalisé une étude qualitative pour laquelle une série d'entrevues ont été réalisées avec des utilisateurs de services liés aux ITSS membres des Premières





Nations, Inuits et Métis, et dans le cadre de laquelle des groupes de discussion avec des fournisseurs de services liés aux ITSS et des décideurs ont eu lieu (cette étude est désignée dans le présent document sous le nom d'étude qualitative). Le Comité consultatif autochtone national ayant guidé la présente étude a fait de même pour l'étude qualitative. Les résultats des entrevues et des groupes de discussion de l'étude qualitative viennent compléter ceux du présent rapport en donnant plus de détails et en précisant davantage dans quelle mesure la pandémie de COVID-19 a affecté l'accessibilité, la disponibilité et la prestation de services de santé liés aux ITSS pour les populations autochtones au Canada (CCNSA et CCNMI, 2024). Plusieurs résultats de l'étude qualitative et du présent rapport se recoupent. C'est le cas, par exemple, de ce qui concerne les expériences actuelles et passées des Autochtones avec les ITSS, des incidents de racisme et de discrimination signalés lors de l'accès aux soins et de l'accessibilité aux services de prévention et de dépistage des ITSS. Ces recoupements pourraient aider à formuler des théories ou à mieux comprendre certaines des grandes conclusions du présent rapport. Chaque recoupement est abordé ci-dessous.



Expériences actuelles et passées avec les ITSS

Selon les résultats de l'enquête, la chlamydia était l'ITSS la plus souvent diagnostiquée chez les répondants dans la période d'au moins 12 mois précédant leurs réponses au sondage, alors que la syphilis était le diagnostic le moins fréquent (voir la figure 1). Le nombre de répondants disant vivre avec le VIH au moment du sondage était également faible, se chiffrant à 14 sur 951 répondants (voir la figure 2). Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude qualitative (CCNSA et CCNDS, 2024). Les fournisseurs de services liés aux ITSS et les décideurs de l'étude qualitative ont fait part de taux croissants de transmission congénitale de syphilis et de VIH durant la pandémie. Ils ont souligné à quel point la syphilis congénitale était considérée comme rare auparavant et qu'une croissance des taux de VIH n'avait pas été observée depuis des décennies (CCNSA et CCNDS, 2024). L'ASPC (2022b) a aussi signalé une hausse des taux de syphilis dans l'ensemble du Canada, surtout dans les provinces du centre du pays. Le contraste entre les taux de syphilis présentés dans les deux études – un taux faible dans l'enquête nationale et un taux élevé dans l'étude qualitative – amène à se demander pourquoi les conclusions sont aussi différentes et quels autres facteurs devraient être pris en compte.

La stigmatisation est un facteur dont tenir compte au moment d'évaluer les cas de VIH et de syphilis diagnostiqués autodéclarés. Le rapport de mise en contexte du CCNSA explique le rôle de la

stigmatisation en tant qu'obstacle empêchant les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis de se présenter avec une ITS en vue de recevoir des soins ou un traitement (CCNSA, 2024). Cette stigmatisation est enracinée dans les idéologies colonialistes voulant que les relations non hétérosexuelles soient anormales et pour lesquelles la santé sexuelle et les comportements sexuels sont source de honte, ciblant ainsi plusieurs formes de sexualité et de genre (CCNSA, 2024). Ces idéaux coloniaux ont depuis lors engendré une sorte de tabou entourant les discussions sur la santé sexuelle – un tabou qui n'existait pas chez les Autochtones avant la colonisation – et ce tabou a donc pu avoir une influence sur la décision des répondants de déclarer leur historique en matière d'ITSS ou le statut de leur infection (Landy & Worthington, 2021). Le problème de la stigmatisation a aussi été reconnu dans l'étude qualitative, puisque les utilisateurs de services liés aux ITSS ont fait mention de la stigmatisation associée aux ITSS et à l'utilisation de substances dans le système de santé (CCNSA et CCNDS, 2024). Bien qu'aucune des deux études ne mesurait directement la stigmatisation chez ses participants, il est possible que divers degrés de stigmatisation au sein des groupes de participants des deux études aient contribué aux écarts dans les taux de VIH et de syphilis autodéclarés. Néanmoins, plus de recherche sera nécessaire sur la stigmatisation associée aux ITSS pour ventiler davantage les obstacles au signalement de ces infections et pour définir les mesures qui permettront de remédier ou de réduire cette stigmatisation.

Racisme et discrimination lors de l'accès aux soins

Le racisme et la discrimination anti-autochtones dans les systèmes de santé ont été qualifiés par les répondants d'obstacles aux soins dans de nombreux établissements de santé. Le racisme anti-autochtone a par exemple été évoqué comme un obstacle chez 23 des 102 répondants (22,6 %) lorsque ces personnes ont tenté d'avoir accès à des services de prévention, de dépistage et de traitement pour une ITSS (tableau 7); ce fut aussi le cas pour 2 de 9 répondants (22,2 %) tentant d'accéder à des services pour le VIH précisément (tableau 9), pour 14 de 47 répondants (29,8 %) tentant d'obtenir des services pour une ITS (tableau 11) et pour 133 de 539 répondants (24,7 %) souhaitant obtenir du soutien en santé mentale (tableau 12).

L'étude qualitative fait état d'observations similaires concernant le racisme et la discrimination en tant qu'obstacles aux soins de santé, mais livre aussi un certain contexte qui pourrait être utilisé pour interpréter les résultats de l'enquête (CCNSA et CCNDS, 2024). Les entrevues de l'étude qualitative avec les utilisateurs de services liés aux ITSS ont abordé le fait que pendant la pandémie « la stigmatisation et [la façon dont] les Autochtones ont été traités dans les établissements de soins [ont été] vraiment plus importants », et que plus de changements à l'échelle du système sont nécessaires pour éliminer le racisme et la discrimination dans les soins (selon une personne participant à une entrevue, telle que citée dans CCNSA et CCNDS, 2024). Cette explication met en contexte le racisme anti-autochtone dans les soins de

santé, lequel est systémique et présent dans tous les établissements de soins, de façon générale. En outre, certaines des personnes ayant participé aux entrevues vivant dans de plus petites communautés n'ont pas mentionné d'expériences de racisme anti-autochtone lors d'un accès à des soins pour une ITSS, mais ont plutôt parlé de leur expérience d'accès à leur centre de traitement comme d'une guérison, car elles avaient pu « guérir avec [leur] peuple » et « guérir à la maison » (une personne participant à une entrevue, telle que citée dans CCNSA et CCNDS, 2024). Ainsi, certaines expériences de racisme anti-autochtone de l'étude qualitative semblent être liées au contexte du lieu où les soins ont été prodigués.

Dans l'ensemble du Canada, des efforts sont déployés pour améliorer la sécurité culturelle des milieux de soins (Brooks-Cleator et al., 2018). Les résultats de l'enquête et de l'étude qualitative pourront, ensemble, rappeler que les approches pour remédier au racisme anti-autochtone dans les soins de santé ne peuvent être homogènes et peuvent bénéficier des stratégies à l'échelle des systèmes et de celles propres aux communautés.

Accès à des traitements et à des soins liés aux ITSS

Ce sondage a permis d'évaluer l'accès des répondants aux services d'ITSS à l'aide des variables « toujours », « parfois » et « n'a pas pu avoir accès ». Selon le tableau 3, une plus grande proportion de répondants au sondage ont affirmé être toujours ou parfois en mesure d'avoir accès à certains services de prévention des ITSS, dont des préservatifs ou des digues dentaires et de l'information sur les pratiques sexuelles plus

sécuritaires, comparativement à la proportion de répondants disant ne pas être en mesure d'avoir accès à ces services. L'information et la sensibilisation aux ITSS était le seul service de prévention pour lequel la majorité des répondants (53,3 %) souhaitant ou ayant tenté d'avoir accès au service ont dit ne pas y être parvenu durant la pandémie. La PPrE et la PPE font toutefois exception, puisque pour ces deux médicaments, une proportion égale de répondants ont affirmé être « toujours » ou « incapables » d'avoir accès à ces produits durant la pandémie (41,7 %).

L'étude qualitative et le rapport de mise en contexte du CCNSA reprennent les conclusions voulant que l'information et la sensibilisation aux ITSS soient apparemment difficiles d'accès dans les établissements publics de santé (CCNSA, 2024; CCNSA et CCNDS, 2024). Dans l'étude qualitative, les utilisateurs de services d'ITSS ont évoqué la nécessité d'accroître l'information et la sensibilisation, en expliquant que « le VIH [et] les MTS et les ITS [ne sont plus] des choses dont on parle désormais. Ce sont des questions qui ne sont plus soulevées, mais qui devrait l'être » (une personne participant à une entrevue, telle que citée dans CCNSA et CCNDS, 2024). De plus, le rapport de mise en contexte du CCNSA révèle que la littérature portant sur les ITSS dans les communautés autochtones faisait aussi état de la nécessité de plus d'information et de sensibilisation, dans une large mesure, à propos de la prévention, du dépistage et des soins des ITSS en ayant recours à des méthodes culturellement appropriées (CCNSA, 2024; Landy & Worthington, 2021; Lydon-Hassen et al., 2022; Marsdin et

al., 2023). Le rapport de mise en contexte du CCNSA résume par exemple les appels lancés dans la littérature pour l'élaboration de stratégies d'information adaptées aux besoins des communautés de Premières Nations, inuites et métisses. Les stratégies recommandées sont notamment l'information et la mise sur pied de programmes sous la direction d'Autochtones, mettant à contribution de jeunes autochtones. Il est toutefois nécessaire d'agir sur deux obstacles importants pour améliorer l'accès aux programmes culturellement appropriés d'information sur les ITSS dans les communautés autochtones dans l'ensemble du Canada : un financement limité et des infrastructures de santé déficientes (Marsdin et al., 2023; CCNSA, 2024). En jumelant les résultats de l'enquête à ce que l'on connaît et constate dans la littérature, le problème de l'accès à l'information et à la sensibilisation aux ITSS pourrait, effectivement, être représentatif d'un enjeu de santé publique permanent et plus important au Canada, soit le manque d'information et de sensibilisation aux ITSS chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Le manque d'information et de sensibilisation à ces infections pourrait aider à expliquer l'utilisation ou l'accès limités à d'autres services liés aux ITSS chez les répondants au sondage. Parmi les cinq services de dépistage d'ITSS (VIH, hépatite C, syphilis, autodépistage ou EBMD et autres tests de dépistage des ITS), par exemple, l'autodépistage ou les EBMD regroupent la plus grande proportion de répondants (51,2 %, $n = 21$) se disant incapables d'utiliser le service même s'ils le souhaitaient ou ont tenté de le faire (tableau 4). L'intérêt des répondants pour les examens de biologie médicale

délocalisés (EBMD) est aussi mentionné dans les conclusions de l'étude qualitative, dans laquelle les fournisseurs de services liés aux ITSS ont fait mention d'un regain d'intérêt pour les trousseaux d'autodépistage des ITSS durant la pandémie, en soulignant que ces services faisaient auparavant l'objet d'hésitations au sein de la clientèle (CCNSA et CCNMI, 2024). Les difficultés rencontrées par les répondants pour accéder aux tests d'autodépistage ou aux EBMD pourraient être attribuables à un accès limité à l'information et à la sensibilisation aux ITSS qui dirigent les clients vers ces formes de dépistage. Ce problème est longuement abordé dans la littérature, en particulier en ce qui concerne le manque de sensibilisation à l'égard des EBMD pour le VIH (voir par exemple Gahagan et al., 2015). Dans un plan d'action national, Gahagan et al. (2015) abordent les difficultés qu'entraîne une sensibilisation limitée du public au dépistage du VIH et la pression exercée par la réduction de la transmission et l'accès rapide à des soins dès la confirmation du diagnostic de VIH. Gahagan et al. (2015) explique qu'une sensibilisation limitée est aggravée par des enjeux structurels tels que « [traduction] la proximité des sites de dépistage et la disponibilité des options en la matière, telles que le dépistage anonyme ou l'accès à des services de suivi adéquats » (p. 2).

L'accès aux médicaments pour la PPrE et la PPE peut aussi être affecté par le manque de sensibilisation, un

facteur qui s'ajoute aux autres coûts et obstacles liés à la santé. La PPrE et la PPE sont très efficaces pour prévenir le VIH et malgré cela, plus de 40 % ($n = 10$) de 24 répondants disant avoir recherché ou essayé d'obtenir des médicaments pour la PPrE et la PPE n'ont pas été en mesure d'en obtenir durant la pandémie. La littérature suggère que les coûts sont un obstacle fréquent aux médicaments pour la PPrE et la PPE (Lydon-Hassen et al., 2022; Pico-Espinosa et al., 2023). La question des coûts n'a toutefois été évoquée que par 15,7 % de 102 répondants comme obstacle à l'accès aux services et aux mesures de prévention des ITSS, collectivement (tableau 7). Cette enquête a aussi révélé que 74,3 % de 1 181 répondants ont dit avoir accès à une couverture d'assurance maladie, notamment au programme des services de santé non assurés (SSNA)⁷ destiné aux Premières Nations et aux Inuits, dans le cadre duquel les médicaments pour la PPrE et la PPE sont couverts. Il est toutefois possible que l'information et la sensibilisation au programme de SSNA et ce qu'il couvre soient limitées. D'autres travaux de recherche examinant les obstacles à la PPrE et à la PPE au Canada font mention des coûts associés à ces produits et des inquiétudes quant à leurs effets secondaires, et suggèrent qu'il pourrait y avoir un manque de sensibilisation aux avantages associés aux médicaments pour la PPrE et la PPE, ce qui aurait pour conséquence d'en affecter l'accès (Lydon-Hassen et al., 2022; Pico-Espinosa et al., 2023).

D'autres facteurs non évalués dans le cadre de cette enquête pourraient également affecter l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS et au soutien culturel ou en santé mentale pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Pour chaque tableau détaillant les obstacles à de tels services (soit les tableaux 7, 9 et 11), la catégorie « Autre » dans la liste proposée forme toujours plus de 20 % des réponses enregistrées (et jusqu'à 33,3 % des réponses pour les obstacles aux services liés aux ITSS dans une plus large mesure). Cette enquête ne proposait pas d'option permettant aux répondants de préciser ce qu'ils entendaient par « Autre ». En outre, le sondage ne proposait pas d'option où les répondants pouvaient choisir les obstacles liés à leur manque de connaissances sur les services offerts pour les ITSS et n'évaluait pas non plus la sensibilisation globale aux services liés aux ITSS. D'autres travaux sont donc recommandés pour analyser ces domaines. Des travaux de recherche plus approfondis pourraient se pencher sur les variations dans les résultats si on avait proposé aux répondants la possibilité de mentionner des obstacles liés à l'information ou à la sensibilisation tels que « je ne savais pas où m'adresser pour trouver le service que je cherchais » ou « je ne savais pas que le service que je cherchais existait dans ma communauté », ou encore si on leur offrait la possibilité d'ajouter des précisions à leurs réponses. Quoi qu'il en soit, l'information et la sensibilisation aux ITSS dans les communautés autochtones demeurent des enjeux d'importance et offrent amplement de possibilités de recherche en santé publique, de programmes et de changements aux politiques.

⁷ Le programme des services de santé non assurés (SSNA) est un programme de couverture des soins de santé financé par Services aux Autochtones Canada à l'intention des membres inscrits des Premières Nations et des Inuits reconnus en vertu d'une organisation de revendication territoriale inuite (Indigenous Services Canada, 2023).

LIMITES



Les limites de cette étude comportent trois volets. En premier lieu, on espérait, pour cette enquête, recruter un échantillon représentatif d'Autochtones de toutes les identités sexuelles et de partout au Canada; toutefois, comme on le constate au tableau 1, les taux de réponses ont été faibles et non représentatifs de la population cible dans l'ensemble des strates (identité sexuelle, orientation sexuelle, type d'identité autochtone, région géographique, etc.). La taille des échantillons, surtout à l'intérieur de chaque strate, était réduite – il est donc difficile de faire des comparaisons valables à l'intérieur des strates et entre elles, ou d'étendre les résultats obtenus à tous les Autochtones au Canada qui utilisent ou ont utilisé des services liés aux ITSS. Cette taille réduite des échantillons pourrait s'expliquer notamment par les restrictions imposées par la santé publique lors de la pandémie de COVID-19, qui pourraient avoir contribué à réduire le nombre de participants au cours de l'échantillonnage. On doit donc faire preuve de prudence dans l'interprétation et la généralisation des résultats de cette enquête.

Deuxièmement, l'étude est limitée pour ce qui est des choix possibles et peut susciter un biais de désirabilité sociale (réponse). Puisque le sondage était offert en virtuel, les participants sans accès à un ordinateur ou sans connexion stable à Internet ont été sans doute moins enclins à participer. De même, la nature sensible de certaines questions (p. ex. en ce qui concerne l'utilisation de substances, des conditions de santé défavorables, etc.) pourrait avoir amené certains répondants à fournir des réponses auxquelles ils voulaient donner un aspect « positif » ou « favorable » au lieu de livrer de vraies réflexions et de relater les expériences réelles qu'ils ont vécues. Ce phénomène pourrait avoir provoqué une recrudescence des réponses perçues comme « souhaitables » pour l'enquête et une sous-représentation des réponses jugées « moins souhaitables » pour l'enquête, notamment en ce qui concerne leur état de santé présent ou leur expérience des ITSS.

Troisièmement, il est important de souligner qu'à partir de l'analyse réalisée pour cette enquête, on ne peut établir directement de lien de cause à effet entre la pandémie de COVID-19 et les expériences vécues par les répondants en matière de services liés aux ITSS.

CONCLUSION



Les conclusions de cette étude permettent d'atteindre les objectifs prévus, soit de tirer des enseignements des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux soins des ITSS et aux services de santé correspondants pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, et de comprendre comment améliorer cet accès pour l'avenir. L'enquête a constamment relevé trois grands obstacles nuisant à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, du VIH et d'autres ITS, et au soutien en santé mentale durant la pandémie, soit :

1. la difficulté à obtenir un renvoi en consultation ou un rendez-vous;
2. les mesures de la santé publique liées à la COVID-19 restreignant l'accès;
3. la non-disponibilité des services au moment où les répondants en ont besoin.

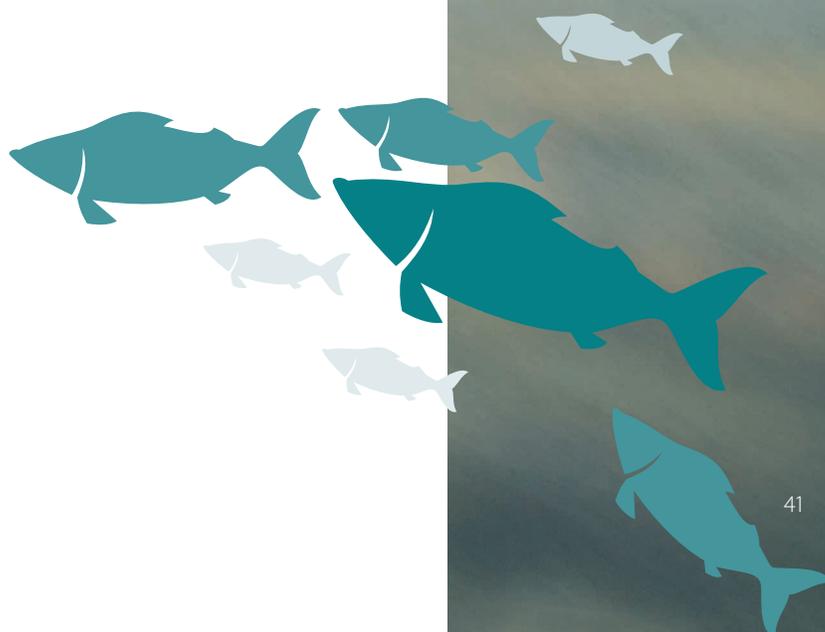
En ce qui a trait au soutien culturel, les obstacles ont été notamment : les mesures de la santé publique en raison de la COVID-19, auxquelles s'ajoutent l'inquiétude ou la crainte d'être exposé à une personne infectée par le virus de la COVID 19; la difficulté à rencontrer des aînés ou des gardiens du savoir en raison des exigences liées à l'auto-isolement; l'incapacité de se déplacer pour se rendre aux cérémonies et les coûts associés au

soutien culturel. D'autres obstacles tels que le racisme anti-autochtone dans les soins de santé et le manque d'information et de sensibilisation aux ITSS, ont aussi été mentionnés comme facteurs empêchant l'accès aux services d'ITSS pourraient aussi avoir influencé les décisions de recourir à des soins ou de se renseigner sur les services existants.

De plus, les résultats du sondage révèlent quels sont les services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS et les services dans les communautés qui ont été les plus recherchés et les plus accessibles, et auxquels les répondants ont accédé durant la pandémie. Les préservatifs et les digues dentaires ont été les services de prévention les plus recherchés et les plus accessibles par les répondants en général (tableau 3) et par les répondants ventilés par région géographique (tableau 6). Pour les services de dépistage, les tests autres que pour le dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis, ainsi que les tests autoadministrés ou les EBMD ont été les services les plus recherchés par les répondants en général (tableau 4) et par les répondants, ventilés par région géographique (tableau 6). Toutefois, parmi les personnes ayant recherché chacun des services de dépistage, les tests pour l'hépatite C ont été ceux ayant récolté la plus forte proportion de répondants affirmant que ceux-ci étaient toujours accessibles (tableau 4). En ce qui concerne les

traitements et les autres services dans la communauté, les services communautaires ont été les plus recherchés par les répondants en général (tableau 5) et par les répondants ventilés par région géographique (tableau 6), alors que le counseling lié à la syphilis, à l'hépatite C, au VIH ou à d'autres ITSS comptait la plus forte proportion de répondants ayant affirmé que le service était toujours accessible (tableau 5). Dans l'ensemble, ces résultats peuvent fournir des indications sur les services à offrir en priorité ou sur lesquels insister pour améliorer l'accessibilité à des services liés aux ITSS pour les Autochtones. Puisque les préservatifs et les digues dentaires sont accessibles aux répondants du sondage, les ressources de dépistage telles que le matériel pour les EBMD pourraient aussi être disponibles aux mêmes endroits ou aux mêmes centres de distribution. De plus, puisque le counseling lié à la syphilis, à l'hépatite C, au VIH et aux autres ITSS est considéré comme accessible par les répondants au sondage, l'information et la sensibilisation aux ITSS pourraient être intégrées à ce service de proximité. Des possibilités d'approfondir la recherche et d'améliorer les pratiques en santé publique et en prise de décision dans le cadre de l'accès aux services liés aux ITSS sont intégrées au contenu du présent rapport. Des travaux de recherche supplémentaires sur

la disponibilité et l'accessibilité aux services liés aux ITSS seront nécessaires pour améliorer les initiatives de santé publique liées à ces services, et ce, en utilisant une représentation plus exacte des besoins individuels et distincts des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis de toutes les identités de genre et de toutes les orientations sexuelles. Bien que cette étude livre de l'information sur les expériences vécues par ses répondants, il est évident que nous pouvons apprendre encore beaucoup plus dans ce domaine et qu'il reste encore beaucoup à faire pour saisir ces perspectives à plus grande échelle. Néanmoins, les résultats de l'enquête examinés dans le présent rapport offrent une riche source d'information pouvant être utilisée pour inspirer des réponses plus égalitaires et plus inclusives en cas de pandémie et favoriser une meilleure préparation aux urgences futures en matière de santé publique.





BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)

- Brooks-Cleator, L., Phillipps, B., & Giles, A. (2018). Culturally safe health initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Nursing Research, 50*(4), 202-213.
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC). (2014). *Ownership, control, access, and possession (OCAP®): The path to First Nations information governance*. First Nations Information Governance Centre. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/5776c4ee9387f966e6771aa93a04f389_ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf
- Gahagan, J., Condran, B., & Hajizadeh, M. (2015). *HIV point-of-care testing (POCT) in Canada: Action plan 2015-2020*. Dalhousie University. <https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/Diff/gahps/GAHPS-National%20HIV%20POCT%20Action%20Plan%20english-web.pdf>
- Gieles, N. C., Zinsmeister, M., Pulles, S., Harleman, A., van Heesewijk, J., & Muntinga, M. (2023). “The medical world is very good at cis people, but trans is a specialization”. Experiences of transgender and non-binary people with accessing primary sexual and reproductive healthcare services in the Netherlands. *Global Public Health, 18*(1), 2246059.
- Gilbert, M., Chang, H., 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., & Grennan, T. (2022). Accessing needed sexual health services during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada: A survey of sexual health service clinics. *Sexually Transmitted Infections, 98*, 360-365.
- Grey, C., Sinno, J., Zhang, H., Daroya, E., Skakoon-Sparling, S., Klassen, B., Lessard, D., Hart, T. A., Cox, J., Stewart, M., & Grace, D. (2023). Queering public health: A critical examination of health A critical examination of healthcare access and gender expression among trans, nonbinary, and other gender nonconforming people during COVID-19. *Health & Social Care in the Community, 2023*, 1-12.
- Indigenous Services Canada. (2023). *Who is eligible for the non-insured health benefits program*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1574187596083/1576511384063>
- 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.
- 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 survey implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018-2020. *Canada Communicable Disease Report, 48*(4), 146-156.
- Marsdin, B., Jackson, R., Gooding, W., Masching, R., Booker, C., Peltier, D., Hartmann, K., O’Grady, J., & Li, A. (2023). Inaakonigeng ige-zhiwebiki’ba: Self-determining our path on the future of Indigenous STBBI research with the Feast Centre. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 32*(2), 129-140.
- Min, L. (2023). Health disparities in the LGBTQ community. *International Journal of Arts Humanities and Social Sciences Studies, 8*(7), 1-6.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024). *Sexually transmitted and blood-borne infections in Indigenous populations: Background paper*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH) & National Collaborating Centre for Infectious Diseases (NCCID). (2024). *Impact of COVID-19 on STBBI and related health services among Indigenous Peoples in Canada: A qualitative study*. National Collaborating Centres for Indigenous Health & Infectious Diseases.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 960326396

- Pico-Espinosa, O. J., Hull, M., MacPherson, P., Grace, D., Lachowsky, N., Gaspar, M., Mohammed, S., Truong, R., & Tan, D. H. S. (2023). Reasons for not using pre-exposure prophylaxis for HIV and strategies that may facilitate uptake in Ontario and British Columbia among gay, bisexual, and other men who have sex with men: A cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 11(3), 560-568.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2018). *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#a3.0>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2019). *HIV factsheet: Biomedical prevention of HIV – PrEP and PEP*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-factsheet-biomedical-prevention-prep-pep.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022a). *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). (2022b). Infectious syphilis and congenital syphilis in Canada, 2021. *Canada Communicable Disease Report*, 48(11-12), 587.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022c). *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/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/survey-impact-covid-19-delivery-stbbi-prevention-testing-treatment.html>
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023). *COVID-19 and the impact on services for sexually transmitted and blood-borne infections: Overview*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/covid-19-impact-services-sexually-transmitted-blood-borne-infections.html>
- Ryu, H., Blaque, E., Stewart, M., Anand, P., Gomez-Ramirez, O., MacKinnon, K. R., Worthington, C., Gilbert, M., & Grace D. (2023). Disruptions of sexually transmitted and blood borne infections testing services during the COVID-19 pandemic: Accounts of service providers in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 23(29).
- Stewart, M., Ryu, H., Blaque, E., Hassan, A., Anand, P., Gomez-Ramirez, O., MacKinnon, K. R., Worthington, C., Gilbert, M., & Grace, D. (2022). Cisnormativity as a structural barrier to STI testing for trans masculine, two-spirit, and non-binary people who are gay, bisexual, or have sex with men. *PLoS One*, 17(11), 1-22.



