

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



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 remercier chaleureusement Mmes Katie Sue Derejko, Lisa Murdock, Susie Taylor, Signy Baragar et Denise Webb pour leur travail et leur précieuse contribution à la réalisation de cette étude et à la rédaction du présent rapport. 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: A qualitative study.*

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 : étude qualitative.*

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):
978-1-77368-482-6
ISBN (format en ligne):
978-1-77368-483-3

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE -----	4
Résumé du projet -----	6
MÉTHODOLOGIE -----	7
Concept de l'étude -----	7
Échantillon et recrutement -----	8
Collecte des données -----	9
Analyse des données -----	9
RÉSULTATS -----	10
Entrevues approfondies -----	12
Situations de vie -----	12
Changements dans la santé mentale et l'utilisation de substances -----	14
Effets des soins de santé et d'autres services -----	16
Conséquences sur les liaisons culturelles -----	22
Recommandations pour améliorer les services liés aux ITSS -----	23
Groupes de discussion -----	24
Difficultés associées à la prestation de services -----	24
Succès dans la prestation de services -----	26
Recommandations pour améliorer les services liés aux ITSS -----	26
ANALYSE -----	27
LIMITES -----	31
CONCLUSION -----	32
BIBLIOGRAPHIE (en anglais seulement) -----	34



Download publications at
nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



Télécharger des publications à
cnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

CONTEXTE



Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) sont transmises lors d'activités sexuelles ou à la suite de contacts avec du sang contaminé. Parmi les ITSS les plus courantes, on note le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC), la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le virus du papillome humain (VPH). La recherche sur le traitement des ITSS a progressé au cours des dernières décennies. Il est maintenant possible de prévenir et de contrôler de nombreuses affections, et certaines d'entre elles peuvent même être guéries avec les traitements appropriés (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2018)*. Les services de réduction des méfaits tels que l'approvisionnement en fournitures pour des pratiques sexuelles sans risque ou des sites d'injection sécuritaires sont des stratégies couramment utilisées pour contrôler et prévenir la transmission d'ITSS (PHAC, 2022a). Malgré le recours à des stratégies et à des traitements pour ces infections, les taux d'ITSS continuent d'être un enjeu de santé publique d'importance au Canada et ont conduit à des efforts communs à l'échelle mondiale en vue de les éliminer en tant que problème de santé d'ici 2030¹.

La pandémie de COVID-19 a exercé une pression sans précédent sur les systèmes de santé dans tout le Canada et a réduit la disponibilité et l'accessibilité à une variété de services de santé. Les provinces et les territoires ont classé certains services et procédures comme essentiels ou non essentiels afin de protéger les communautés durant la pandémie de COVID-19 et de faire en sorte que les infrastructures essentielles de soins de santé puissent poursuivre leurs activités (Public Safety Canada, 2021). Au plus fort de la pandémie, les priorités en matière de personnel et de ressources ont donc été redirigées vers les mesures liées à la COVID-19 et le renforcement des centres de soins d'urgence. Ce déplacement des ressources a perturbé la prestation de soins préventifs, de soins continus et de soins primaires, notamment ceux liés aux ITSS. Dans un récent sondage réalisé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) auprès des fournisseurs de soins de santé liés aux ITSS, par exemple, 66 % des répondants ont fait état d'une diminution dans la demande pour des services liés aux ITSS durant la pandémie et 44 % ont dit avoir constaté une réduction de la capacité à fournir de tels services (PHAC, 2021). Environ le quart

des répondants ont aussi indiqué qu'ils avaient constaté une réduction générale de la dotation en personnel durant la pandémie, et plusieurs d'entre eux ont fait état d'une demande accrue pour des services de soutien, tels que des services de soins de santé et de santé mentale, de l'aide alimentaire, de demandes plus importantes liées aux logements ou à de l'hébergement d'urgence ou aux services de réduction des méfaits (PHAC, 2021). Dans l'ensemble, la réduction des heures d'activité, la dotation et la capacité globale ont posé des défis pour les fournisseurs de services de santé liés aux ITSS, la clientèle et le Canada tout entier.

Au Canada, les Autochtones² ont longtemps été touchés par les ITSS de manière disproportionnée comparativement aux populations non autochtones (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 (PHAC, 2022b). 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, à travers le Canada, contribue largement à ce déséquilibre et crée

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

¹ Voir PHAC (2018) pour plus de détails sur l'engagement commun.

² 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.

des obstacles supplémentaires pour un accès équitable à des services de santé culturellement sûrs (exempts de racisme et de discrimination) pour les populations autochtones. Les effets de la pandémie de COVID-19 ont été magnifiés par les obstacles systémiques auxquels font souvent face les populations autochtones pour avoir accès à des services de santé en général (Mashford-Pringle et al., 2021).

À ce jour, une grande partie de la recherche s'est intéressée à l'influence de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services liés aux ITSS pour le public en général au Canada, avec peu d'attention portée aux expériences vécues par les populations autochtones plus précisément (Gilbert et al., 2021; Ryu et al., 2023). À ce titre, l'objectif de la présente étude était de comprendre les effets de la pandémie de COVID-19 sur l'accès des Autochtones à des services liés aux ITSS et leur utilisation. Les sections qui suivent livrent un résumé de l'étude, de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus. Les constatations sont ensuite exposées et on y souligne les points d'intérêt pour d'éventuels travaux de recherche supplémentaires. Les limites de l'étude sont ensuite précisées, suivies de la conclusion. Une annexe distincte regroupant les documents liés au déroulement de l'étude, tels que le formulaire de consentement et les modèles pour guider les entrevues, est aussi disponible sur demande.



Résumé du projet

Ce projet fait partie d'une suite de documents préparés par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) en 2021-2022 en vue de comprendre les effets de la pandémie de COVID-19 sur la disponibilité et la prestation de services de santé liés aux ITSS pour les Autochtones au Canada³. À l'aide d'entrevues et de groupes de discussion, cette étude qualitative a examiné l'envergure des effets de la pandémie de COVID-19 sur le dépistage, les suivis et le continuum de soins dans une plus large mesure. Le continuum de soins, dans ce contexte, comprend la prestation, la disponibilité et l'accessibilité de l'information sur les ITSS, le counseling ainsi que les services communautaires liés aux ITSS et les services de réduction des méfaits. L'étude s'est aussi penchée sur l'influence des changements dans la prestation, la disponibilité et l'accessibilité des soins liés aux ITSS sur le mieux-être psychologique, la consommation de substances et l'accès à du soutien culturel pour les populations autochtones du Canada qui ont eu accès à des services liés aux ITSS durant la pandémie ou ont tenté d'en obtenir.

Cette étude qualitative vient s'ajouter à une revue de l'analyse documentaire réalisée par le CCNSA et à un sondage national mené en ligne par l'ASPC, en partenariat avec le CCNSA et le CCNMI (CCNSA, 2024; CCNSA & CCNMI, 2024). Ce sondage visait à évaluer les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services liés aux ITSS pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, y compris l'accès à des services de réduction des méfaits (CCNSA & CCNMI, 2024). L'analyse documentaire réalisée par le CCNSA a permis d'obtenir une bonne vue d'ensemble des grands facteurs influençant la transmission, la prévention et le traitement des ITSS chez les populations autochtones; des expériences vécues par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis avec les ITSS; et des stratégies pour remédier aux taux disproportionnés d'ITSS dans les communautés autochtones (CCNSA, 2024). En s'inspirant de ces deux documents – le sondage national en ligne et l'analyse documentaire – la présente étude vient approfondir et attirer davantage l'attention sur cette question en intégrant les points de vue, les expériences

personnelles vécues et l'information fournie par trois groupes, soit

1. des Autochtones qui, individuellement, ont recours à des services liés aux ITS et à d'autres services de santé;
2. les fournisseurs de tels services;
3. les décideurs supervisant les programmes et les services liés à ces infections.

Pour orienter le processus de recherche, le CCNMI et le CCNSA ont mis sur pied un Comité consultatif autochtone national (CCAN), comprenant des représentants des organisations de Premières Nations, inuites et métisses. Ses membres provenaient des organisations autochtones nationales (OAN), d'organismes communautaires autochtones, d'organismes offrant des services de santé autochtone et possédant une expertise en services de santé liés aux ITSS, et d'universitaires ayant une expertise en santé autochtone au Canada. Ce Comité a orienté le développement de l'étude et a révisé et approuvé tous les aspects du projet.



³ Cette étude porte le numéro de projet 785 au CCNMI.

MÉTHODOLOGIE

Concept de l'étude

Pour cette étude, on a eu recours à une approche phénoménologique⁴ pour explorer les effets de la COVID-19 sur les services de santé liés aux ITSS chez les populations autochtones au Canada (Padgett, 2012). L'approbation éthique de l'étude a été accordée par le Bureau de l'éthique en recherche sur la santé de l'Université du Manitoba (HS25246 [H2021:393]).

Des entrevues approfondies ont été réalisées auprès de 50 personnes s'identifiant comme Autochtones et qui ont eu recours ou tenté d'avoir recours à des services de santé liés aux ITSS durant la pandémie. Une rémunération a été versée aux organismes partenaires pour le temps du personnel et les ressources utilisées pour l'organisation de ces entrevues. Deux groupes de discussion ont eu lieu en vue de recueillir les points de vue et de l'information de fournisseurs offrant des services de santé liés aux ITSS, et de décideurs ayant assuré la supervision de programmes et de services liés aux ITSS durant la pandémie.

La collecte de données a eu lieu entre février et juillet 2022, auprès de participants de la Colombie-Britannique, du Yukon, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick provenant de milieux urbains et de régions rurales. Toutes les données ont été recueillies de façon virtuelle en raison des mesures de restriction des activités en personne imposées par la santé publique en raison de la COVID-19.



⁴ La recherche phénoménologique est une approche qualitative permettant de rendre compte d'expériences vécues par des sujets au lieu d'utiliser des idées préconçues qui existent déjà.

TABLEAU 1. CRITÈRES D'INCLUSION POUR LA PARTICIPATION AUX ENTREVUES ET AUX GROUPES DE DISCUSSION

Groupes de participants	Critères d'inclusion
Utilisateurs de services liés aux ITSS	<ul style="list-style-type: none"> Personnes s'identifiant comme autochtones – membres des Premières Nations, Inuits ou Métis Personnes ayant eu accès ou ayant tenté d'avoir accès à des services liés aux ITSS durant la pandémie de COVID-19 Adultes de plus de 18 ans
Fournisseurs de services	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de la santé offrant du soutien ou des services liés aux ITSS, principalement à une clientèle autochtone Professionnels de la santé ayant offert des services liés aux ITSS avant et durant la pandémie de COVID-19 Adultes de plus de 18 ans
Décideurs	<ul style="list-style-type: none"> Personnes ayant joué un rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et/ou dans la surveillance de programmes, de politiques ou de services liés aux ITSS Personnes ayant occupé de telles fonctions avant et durant la pandémie

Note : Les critères d'inclusion ont été créés afin de favoriser l'expression de points de vue émanant de personnes de toutes les provinces et de tous les territoires, de communautés rurales et urbaines.

Échantillon et recrutement

L'échantillonnage raisonné⁵ a été utilisé pour repérer les participants ayant une connaissance précise et approfondie des services liés aux ITSS et qui ont eu accès à de tels services durant la pandémie. Pour cet échantillonnage, on s'est d'abord adressé au CCNMI, au CCNSA et au CCAN pour obtenir les noms d'organismes de première ligne ou de groupes offrant des services liés aux ITSS ou aidant les Autochtones à y avoir accès. En tout, 73 organismes de partout au Canada ont été contactés et invités à contribuer au recrutement de personnes pour l'étude.

En plus des organismes désignés par le CCNMI, le CCNSA et le CCAN, une recherche sur Internet a été réalisée afin de trouver d'autres organismes au Canada qui pourraient travailler avec des utilisateurs autochtones de services liés aux ITSS. Ces organismes ont été contactés par courriel et par téléphone, puis invités à devenir partenaire du projet. À certaines occasions, des rencontres par vidéo ont eu lieu pour expliquer l'objectif de la recherche et le rôle des organismes partenaires et pour confirmer l'intérêt de l'organisme à participer.

Les participants aux groupes de discussion ont été répertoriés et recrutés par le CCNMI, le

CCNSA et le CCAN et par des organismes partenaires. On a demandé aux contacts existants de chaque organisme partenaire de faire circuler les invitations aux groupes de discussion auprès de leurs collègues admissibles. Tous les participants à ces groupes de discussion ont été recrutés par courriel ou par téléphone.

Dans toutes les provinces et tous les territoires, des participants des Premières Nations, des Inuits et des Métis de communautés rurales ou urbaines ont été approchés. Par milieu urbain, on entendait les agglomérations comptant une population d'au moins 50 000 habitants; les agglomérations de moins de 50 000 habitants

⁵ L'échantillonnage raisonné désigne une technique d'échantillonnage non randomisée par laquelle les chercheurs choisissent les participants pour des raisons précises et en fonction de caractéristiques définies ou d'attributs qui sont nécessaires pour l'étude.

ont été considérées comme des communautés rurales. On a toutefois fait exception de la ville de Whitehorse qui, même si elle ne compte que 28 000 habitants environ, a été classée parmi les agglomérations urbaines parce qu'elle est la capitale du Yukon (Statistics Canada, 2023). Le tableau 1 dresse la liste de tous les critères d'inclusion à l'étude.

Collecte des données

Des données qualitatives ont été recueillies entre février et juillet 2022. Des entrevues approfondies ont été menées par deux associés de recherche du CCNSA et les deux groupes de discussion ont été animés par une des co-chercheuses de l'étude. Toutes les entrevues et tous les groupes de discussion ont eu lieu en virtuel, en anglais, à l'aide du logiciel de communication vidéo Zoom.

La majeure partie des entrevues ont eu lieu dans les locaux d'un organisme partenaire, dans un cadre privé, afin de respecter la confidentialité des participants et de veiller à ce qu'ils se sentent à l'aise. Certaines entrevues ont eu lieu à partir du domicile des participants lorsque ceux-ci disposaient d'un accès à Internet. Les entrevues duraient de 20 à 60 minutes et faisaient l'objet d'un enregistrement sonore. Ces enregistrements ont été transcrits et des notes ont été prises durant les entrevues pour remplacer, au besoin, les enregistrements.

Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants avant le début des entrevues, et ceux-ci ont reçu des copies de leur formulaire de consentement signé. Chaque participant recevait un montant

de 50 \$. Les frais de transport et de garde d'enfants ont été remboursés à l'organisme partenaire, le cas échéant.

Des formulaires de commentaires ont été remplis immédiatement après les entrevues. Ce formulaire permettait de résumer les principales constatations et de consigner les renseignements supplémentaires, tels que les signes non verbaux, afin d'aider les co-chercheuses à mieux comprendre les données recueillies.

Deux groupes de discussion ont eu lieu en virtuel en mai 2022. Chaque groupe de discussion était animé par une des co-chercheuses de l'étude et observé par un assistant de recherche chargé de prendre des notes. Les groupes de discussion duraient environ 90 minutes et faisaient aussi l'objet d'un enregistrement sonore. Les discussions ont été résumées à l'aide des enregistrements, des notes de l'assistant de recherche et de celles de la co-chercheuse. Les participants aux groupes de discussion ont reçu des formulaires de consentement par courriel avant la tenue de chacun des groupes de discussion, et ces formulaires devaient être signés et retournés avant la participation de chaque personne. Seules les personnes ayant donné leur consentement par écrit recevaient le lien pour participer à la discussion. Chaque participant a reçu un montant de 50 \$.

Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide de processus standard d'analyse qualitative (Charmaz, 2006; Glasser & Strauss, 1967;

Miles & Huberman, 1994; Padgett, 2012). Le premier niveau d'analyse pour les entrevues comprenait une lecture initiale et un codage ouvert des formulaires de commentaires et de la transcription des entrevues. Ce niveau d'analyse a été réalisé pour les 20 premières de 50 entrevues. Les co-chercheuses ont ensuite analysé et codifié les données afin de vérifier si elles comportaient des chevauchements ou de possibles doublons. Un système de codification a ensuite été conçu aux fins d'analyse ultérieure des données des entrevues.

Le deuxième niveau d'analyse a donné lieu à la lecture et à la codification des entrevues restantes à l'aide du système de codification créé et a donné lieu à l'utilisation de nouveaux codes qui ne s'inséraient pas dans le système. Une fois toutes les données des entrevues analysées, les co-chercheuses ont passé en revue tous les nouveaux codes afin de vérifier s'il y avait des chevauchements ou des doublons et ont fait des corrections, au besoin, afin d'obtenir une version finale du système de codification. Toutes les données des entrevues ont ensuite été codifiées de nouveau à l'aide de cette version finale.

Une fois la phase de codification terminée, les co-chercheuses ont analysé toutes les transcriptions des entrevues afin d'y trouver des catégories communes concernant les questions de la recherche. Ces catégories ont été partagées avec les assistants de recherche aux fins de validation et de commentaires. Les données issues des groupes de discussion ont été analysées par les co-chercheuses afin d'y trouver le contenu pertinent pour les questions qui y ont été posées et pour les catégories communes établies pour les entrevues.

RÉSULTATS

En tout, 72 personnes ont pris part à cette étude, soit 50 participants aux entrevues et 22 participants aux groupes de discussion. Le tableau 2 résume les caractéristiques démographiques des participants aux entrevues. Le tableau 3 rend compte de la répartition géographique des participants aux groupes de discussion. Aucune question d'ordre démographique n'a été posée aux participants aux groupes de discussion.

Les participants aux entrevues étaient de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Saskatchewan et du Yukon. Les groupes d'âge étaient relativement équilibrés à travers les strates, sauf pour le groupe des 60 ans et plus, qui ne comptait que 3 participants. Leur provenance était aussi relativement équilibrée, avec 28 participants ($n = 28$) de régions urbaines et 22 de régions rurales ($n = 22$). La plupart des participants aux entrevues s'identifiaient toutefois comme membres des Premières Nations (86 %), de genre féminin (56 %), et étaient du Manitoba (56 %).

Les participants aux groupes de discussion étaient de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Leur représentation comportait toutefois un déséquilibre au sein des régions rurales et urbaines, avec 11 fournisseurs de services sur 13 et 8 décideurs sur 9 provenant de régions urbaines, respectivement.

TABLEAU 2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES

Caractéristiques	Fréquence ($n = 50$)
Identité autochtone	
Premières Nations	43
Métis	6
Inuit	1
Région	
Manitoba	28
Yukon	8
Alberta	6
Nouveau-Brunswick	3
Saskatchewan	3
Colombie-Britannique	2
Âge	
20-29 ans	10
30-39 ans	16
40-49 ans	10
50-59 ans	11
60 ans +	3
Genre	
Femme	28
Homme	18
Non binaire bispirituel	2
Femme bispirituelle	1
Femme trans	1
Région de résidence	
Urbaine	28
Rurale	22



TABEAU 3. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION

Zone géographique	Fournisseurs de services Fréquence (<i>n</i> = 13)	Décideurs Fréquence (<i>n</i> = 9)
Région		
Manitoba	4	2
Alberta	3	3
Ontario	3	2
Saskatchewan	3	1
Colombie-Britannique	0	1
Urbaine ou rurale		
Urbaine	11	8
Rurale	2	1



© Crédit : AdobeStock, réf. 475162370

Entrevues approfondies

Situations de vie

De façon générale, on a sondé la situation de vie des participants aux entrevues en leur posant des questions telles que : « *Comment va votre vie actuellement?* »; « *Comment vont les choses pour vous côté santé?* »; ou encore « *Pouvez-vous me parler un peu de votre situation de vie?* » Les participants ont répondu en faisant part du stress qu'ils vivaient, de leur insatisfaction à l'égard de leur logement instable ou de leur piètre état de santé mentale.

Stress

La plupart des participants ont dit ressentir une certaine forme de stress, surtout sur le plan financier en raison du prix des aliments. Ce stress était attribuable au coût de la vie élevé, au chômage et à l'incapacité de compter sur les banques alimentaires ou d'autres programmes alimentaires en

raison des fermetures entraînées par la COVID-19. Le revenu de nombreux participants a été bonifié grâce à leur participation à des groupes ou à des initiatives bénévoles, contre laquelle ces personnes recevaient un montant d'argent. La plupart de ces initiatives ont toutefois été interrompues au début de la pandémie de COVID-19.

« J'ai vu souffrir ma copine et la famille de mon cousin; [ils] avaient vraiment besoin de ce soutien psychologique ou physique ou de quelque chose comme les cartes-cadeaux, des choses comme ça. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« [Il y a 2 ans], cela a mis fin à un de nos emplois lorsque c'est arrivé, la pandémie, nos emplois ont cessé. Mais maintenant ça commence à reprendre et je travaille assez régulièrement. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Logement

Certains participants ont dit vivre en situation d'itinérance au moment des entrevues.

« Mon partenaire et moi sommes itinérants. Oui, on dort chez des amis. C'est la seule chose qui nous cause du stress... C'est difficile, difficile de trouver un endroit où aller... Les loyers sont tellement chers qu'il est difficile de trouver un appartement à prix raisonnable. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ma mère m'a plus ou moins abandonné dans la rue lorsque j'ai eu 15 ans... Je suis itinérant, si on peut dire, depuis ce temps là. Tout semble devenir plus difficile pour le logement et ce genre de chose. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Parmi les participants disposant d'un logement, plusieurs ont fait part de leur insatisfaction à l'égard



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1410711701

de leur situation de vie au moment des entrevues ou venaient de trouver un logement après avoir connu de l'instabilité en la matière. Certains participants ont dit avoir eu de l'aide d'un organisme communautaire pour trouver un logement temporaire jusqu'à ce qu'un logement permanent soit disponible. D'autres participants ont dit qu'ils auraient préféré vivre seuls, mais qu'ils étaient forcés de vivre avec leur famille en raison de leur revenu limité, alors que les personnes vivant seules ont raconté à quel point elles se sentaient seules durant la pandémie.

L'utilisation de substances a aussi été mentionnée par de nombreux participants comme obstacle les empêchant d'obtenir un logement. Certaines personnes parmi celles ayant recours à des services de traitement pour une dépendance ou l'utilisation de substances ont dit qu'elles étaient en situation d'itinérance avant de recevoir des services de traitement et avaient l'intention de trouver un moyen

d'avoir un logement une fois leur traitement terminé.

«J'ai une dépendance au crystal meth et tous, tous les propriétaires le savent. Alors ils ne veulent pas, ils ne veulent pas me louer d'appartement.» (une personne ayant participé aux entrevues)

État de santé mentale autodéclaré

Presque tous les participants ont dit subir des méfaits ou en avaient subis récemment à la suite de leur utilisation de substances, particulièrement de leur consommation de drogues. Il est toutefois important de noter que le tout pourrait être attribuable au fait que plusieurs organismes partenaires ayant participé à l'étude ont assisté les personnes marginalisées ou défavorisées. Néanmoins, lorsqu'on leur a posé des questions sur leur état de santé mentale, plusieurs participants ont fait part de leurs difficultés

en matière de santé mentale et la plupart d'entre eux avaient eu de telles difficultés bien avant la pandémie. Certains participants ont dit avoir reçu des diagnostics précis, tels qu'un trouble bipolaire, une dépression ou de l'anxiété, alors que d'autres ont raconté avoir vécu des traumatismes qui ont entraîné une utilisation de substances ayant contribué à une mauvaise santé mentale.

«Ma santé mentale a besoin d'un peu d'attention. C'est pourquoi je souhaite que ces [services communautaires] puissent bénéficier de financement pour les projets de counseling qu'ils veulent mettre sur pied, car il faut de l'argent pour faire cela. À l'heure actuelle, je discute avec eux avec bienveillance, pour ainsi dire... Ils vous aident à prendre conscience que votre vie en vaut la peine, qu'il y a une raison de vivre et de ne pas abandonner, d'essayer d'être plus en sécurité dans tout ce que vous faites.» (une personne ayant participé aux entrevues)



« Je deviens vraiment maniaque. Je suis vraiment déprimé. Mais je ne suis pas au niveau que j'avais avant. J'allais vraiment, vraiment mal. J'étais extrêmement mal. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ça ne va pas tellement bien. Eh bien, ce n'est pas si facile de pouvoir parler à quelqu'un qui va vous conseiller... Ils sont disponibles, mais ils ne vont pas vous parler. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Plusieurs participants ont dit devoir composer avec des deuils et des pertes, dont certains en raison de la pandémie. Ces épreuves ont été particulièrement vécues par des personnes vivant dans les communautés du Nord. Les participants ont aussi parlé de la perte d'êtres chers durant la pandémie et ont dit ne pas être en mesure de participer à des cérémonies ou à des funérailles pour faire leurs adieux comme il se doit. Ces situations ont rendu leur perte encore plus difficile.

« [Ce] fut un combat tout au long de la pandémie et euh... il fallait s'ajuster à la vie et faire face à tellement de décès, encore et encore. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ici, dans le Nord, nous n'avons pas, vous savez, seulement la pandémie de COVID, mais nous avons dû faire face aussi à cette affolante pandémie d'opioïdes parce qu'à [nom de la ville] nous avons enregistré le plus grand nombre de décès au Canada causés par ces opioïdes, le fentanyl. Alors, cela a touché beaucoup de monde dans ma famille, la famille de mes amis,

tout le monde en fait, et ça ne s'est pas arrêté, nous continuons de perdre des gens autour de nous. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Changements dans la santé mentale et l'utilisation de substances

Les participants ont dit avoir été touchés par la pandémie de plusieurs façons, y compris psychologiquement et socialement. Les interventions pour la distanciation physique, la fin des événements communautaires et la peur de contracter la COVID-19 sont autant de facteurs mentionnés comme ayant contribué aux sentiments d'isolement social, de solitude et d'ennui qui, ensemble, ont affecté la santé mentale des participants et leurs habitudes d'utilisation de substances. Lorsqu'on leur a demandé de parler de leurs activités habituelles pendant une semaine normale, plusieurs participants ont expliqué qu'ils ne participaient à aucune activité et ne quittaient pas leur maison. Certains participants ont fait part du stress supplémentaire occasionné par le fait d'être isolé avec d'autres personnes dans un espace restreint et par les interactions sociales limitées à l'extérieur de leur foyer.

« Je ne vois personne et je ne fais absolument rien, alors c'est ça ma vie... » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Je me sens tellement isolé... Je crois que c'est une dépression, je ne vais nulle part. Parfois je ne sors pas pendant quelques semaines, je ne vais pas dehors ni rien... »

Je n'ai pas l'énergie pour faire quoi que ce soit... C'est juste que cette COVID traîne vraiment en longueur. » (une personne ayant participé aux entrevues)

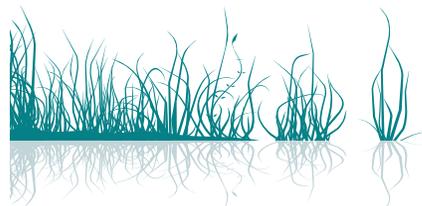
« Je me sens très isolé, vous savez... Seul et sans contacts réels, alors vous savez. Tout vient de fermer pas vrai? Je m'ouvre tranquillement, mais c'est assez déprimant. Je suis très déprimé. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Dans les cas où la distanciation physique entraînait de la solitude, de l'isolement social et/ou de l'ennui, certains participants ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool comme mesure de survie.

« En réalité, je consommais bien moins de drogues, mais ma consommation d'alcool a grimpé en flèche. Et puis, physiquement, je ne vais pas, je ne vais pas bien... Je ne fais pas du tout d'exercice... je n'ai plus le mode de vie actif que j'avais auparavant. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Je bois plus. Il n'y a rien d'autre à faire. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Depuis que je dois rester à la maison, je bois davantage... Avant, je buvais seulement les fins de semaine, mais à présent, on dirait que je le fais tous les deux jours. » (une personne ayant participé aux entrevues)



« Tout était fermé, alors les gens se sont rabattus sur l'alcool, ils en ont consommé plus, ont pris plus de drogues, ont eu plus d'activités sexuelles. » (une personne ayant participé aux entrevues)

D'autres participants ont fait part d'une augmentation de leur consommation de drogues comme mécanisme d'adaptation.

« Les membres de ma communauté... Ceux qui avaient de bons emplois, des emplois payants, sont maintenant comme des toxicomanes et il n'y a rien d'autre à faire que de rester à la maison, se saouler, et devenir toxicomanes. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Eh bien oui, ça a eu des effets sur ma consommation de drogues parce que, eh bien, je reste à la maison toute la journée, alors vous savez, il faut faire quelque chose, et je m'ennuie. Alors, on fume. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« La pandémie m'a fait tomber et consommer plus à l'époque, surtout de l'alcool et du crack. En fait, vous ne pouviez aller nulle part. Vous deviez rester chez vous à l'intérieur. Alors mon partenaire et moi, on s'est mis à boire et à [consommer] plus de crack. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« J'ai été sobre pendant presque 3 ans [mais j'ai commencé à utiliser des substances avec la pandémie de COVID-19]. [Maintenant] du fentanyl principalement. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Lorsque la COVID est arrivée, je faisais des choses que je ne faisais pas normalement, comme aller à [nom du lieu retiré pour préserver l'anonymat de la personne], pour discuter et échanger. Et ensuite... on ne pouvait plus sortir autant... Alors, j'ai fait une demande pour le fonds de secours de la COVID et je recevais ces chèques... et j'ai commencé à fumer du [crack] de plus en plus. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Certaines personnes se sont imposé un isolement volontaire par crainte de contracter le coronavirus, le SRAS CoV 2, qui cause la COVID-19. Bien qu'un petit nombre de participants ont dit avoir eu peur de contacter le SRAS CoV 2, la plupart ont dit craindre d'être porteurs du coronavirus et d'entrer dans une maison où ils pourraient infecter des enfants ou des aînés de la famille. La peur de transmettre le SARS CoV 2 à des membres de leur famille ou à des fournisseurs des soins de santé a aussi influé sur la décision de certains participants de quitter leur maison et/ou de se mettre à la recherche de services de soins de santé.

« Il y a eu des restrictions sociales, mais aussi ma propre paranoïa qui m'a amené à m'imposer mes propres restrictions. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« J'essaie de respecter les règles [sanitaires] du mieux que je peux. Parce que le personnel ici [à la clinique communautaire], je ne veux pas les infecter. Ces personnes sont vraiment spéciales pour moi, je ne veux surtout pas que l'une d'entre elles meure. Vous savez, je marchais sur la route de l'enfer. Et ils m'ont tenu la main. Si ces personnes n'avaient pas été là, je serais un fantôme aujourd'hui. » (une personne ayant participé aux entrevues)





Effets des soins de santé et d'autres services

Capacité des services de soins de santé

Bon nombre de participants ont dit qu'ils n'avaient pas de médecin de famille avant la pandémie et qu'ils avaient de la difficulté à avoir accès à des soins de santé, surtout à des services de counseling. Les difficultés d'accès à des soins de santé ont continué d'être un problème pendant la pandémie de COVID-19.

« Oh, mon Dieu, il n'y avait pratiquement rien durant la période où ça allait très mal. Je veux dire, il n'y avait rien d'ouvert. Nous avons bien [nom de l'organisme de santé], mais il fallait les appeler... c'était assez difficile. Ils ne vous laissaient pas entrer dans [le refuge pour femmes/l'espace sécuritaire] et il n'y avait nulle part où aller. Les services étaient fermés et tout. C'était vraiment, vraiment très, très difficile. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Durant la pandémie de COVID-19, les participants aux entrevues ont observé une baisse dans les heures où les services liés aux ITSS étaient disponibles. Les réductions dans les heures de service ont nui à l'accessibilité aux soins pour la clientèle, en plus de provoquer de la frustration, car il fallait attendre pour recevoir des services de santé ou se résoudre à se rendre aux urgences des hôpitaux pour des problèmes de santé non urgents.

« [Avant], il semblait beaucoup plus facile d'avoir accès à ces choses-là, alors que maintenant, ça semble tellement difficile. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Les services sont limités et cela m'affecte beaucoup. Je me sens en colère, parce que je ne peux pas avoir mon matériel ou que je ne peux pas avoir de matériel sécuritaire et rien de tout cela... Si j'avais une infection ou quelque chose du genre, je serais incapable de me faire soigner immédiatement. Il faudrait que j'attende... » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Il y a des services auxquels vous devez vous rendre certaines journées en particulier. Ou vous devez vous rendre là-bas un mercredi pour les traitements pour les opioïdes, et vous devez être là le jeudi pour quelque chose d'autre. Et je ne me rappelle pas toujours quel jour est le bon. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Il nous est arrivé parfois de devoir abandonner, comme pour le fentanyl, parce que nous ne pouvions pas avoir une intervention immédiatement. Il faut attendre qu'ils vous rappellent, n'est-ce pas? Ouais, ce n'était pas drôle, je n'aimais pas ça, et ça faisait peur, parce que nous savions que ça tuait beaucoup de monde. Il fallait au moins 2 à 3 jours avant qu'on vous rappelle, alors je faisais une rechute et il fallait tout recommencer. » (une personne ayant participé aux entrevues)

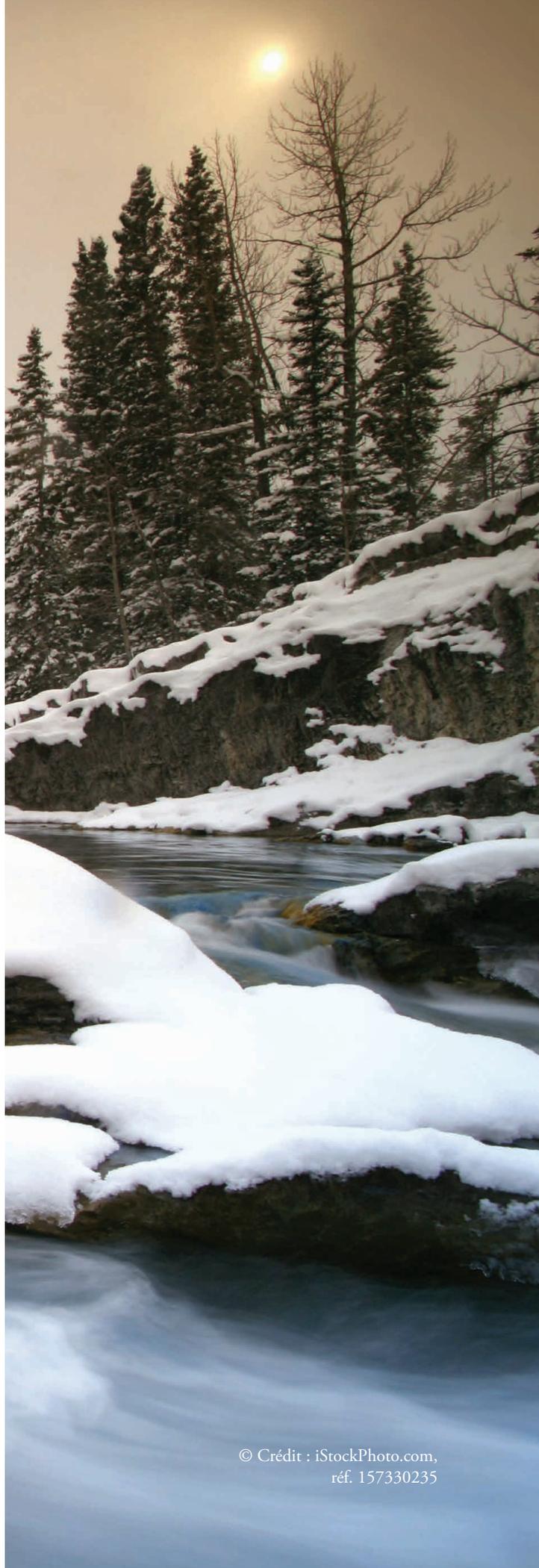
« C'était plus décourageant, parce qu'on arrivait dans un endroit et une fois sur place, on nous disait de revenir dans une demi-heure, quand une place sera libre. Et alors, une demi-heure plus tard, je me suis déjà découragé, je suis déjà reparti et en train de faire autre chose. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« La seule expérience négative que j'ai eue est que j'essaie de commencer le traitement depuis [juron] un mois et j'ai l'impression que ça ne cesse d'être reporté. Il y avait un tas d'autres gens qui ont pu commencer le traitement [contre l'hépatite C] et ça me met vraiment en colère. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Les participants ont aussi souligné que le personnel affecté aux ITSS et les points de service changeaient souvent durant la pandémie de COVID-19. Une personne a expliqué que, par conséquent, elle a dû nouer une nouvelle relation avec des fournisseurs de soins et du personnel de service. D'autres participants ont parlé de la perte des rapports et de la relation de confiance entre les clients et le personnel.

« Les services étaient vraiment mieux avant. Ce n'est pas qu'ils [les services] aient tellement changé, mais vous avez de nouvelles personnes qui arrivent en pensant savoir comment ça fonctionne, mais ils ne le savent pas. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« On ouvre une fenêtre, on leur offre un café et on leur remet leur matériel de réduction des méfaits, puis on les retourne chez eux... On ne sait pas s'ils ont eu une mauvaise journée où... s'ils ont besoin de parler à quelqu'un. C'est comme euh... Vous n'avez même pas le droit de faire ça même avec un masque sur le visage, avoir une interaction de 60 secondes à travers une fenêtre... Peut-être que cette personne voulait s'en aller, ou qu'elle voulait entrer et obtenir un test cette journée-là, mais elle se sentait tellement pressée que personne n'a pensé à soulever la question. » (une personne ayant participé aux entrevues)



De plus, certains participants ont commencé à conclure que tous les services étaient fermés ou n'étaient plus offerts, alors que d'autres ne voulaient plus composer avec tous les changements associés à la prestation de services.

Quelques participants ont donc cessé éventuellement de tenter d'utiliser l'ensemble des services durant la pandémie ou n'ont eu recours aux services de santé qu'en cas d'urgence.

« Il y a ces protocoles à travers lesquels il faut passer à l'entrée et ensuite ces tests rapides et tout le reste. Je ne sais pas. C'est trop compliqué même de se soucier de... » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Je suis plus réticent à y aller pour recevoir des services et des choses comme ça... alors, parfois il m'arrive de ne pas y aller autant que je le devrais. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Plusieurs participants ont parlé des services multifonctionnels liés aux ITSS qui étaient disponibles avant la pandémie. En plus de comporter des soins de santé, ces services permettaient aussi auparavant d'obtenir des denrées, de l'aide avec les besoins de base, et permettaient de créer un espace pour la communauté, pour échanger et pour socialiser. Durant la pandémie, toutefois, le caractère multifonctionnel des services a été réduit, ce qui a souvent donné lieu à moins de possibilités de socialisation et de relations avec la communauté dans le cadre de ces services.

« Ça a changé la façon dont les ressources sont offertes... parce que c'est, c'est différent maintenant... Par exemple à [nom du lieu retiré pour préserver l'anonymat de la personne], où vous pouviez entrer, prendre une bouchée et discuter avec les autres, maintenant vous pouvez seulement attendre en file, prendre un sac avec un repas et quitter les lieux. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ils continuent de servir de la nourriture, mais le service se fait à la porte. Alors les gens prennent leurs aliments, vont manger sur le trottoir, sur un trottoir froid, pendant que leur repas refroidit. Au lieu d'entrer à l'intérieur, de s'asseoir à une table et d'avoir simplement... un espace propre où manger. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Il y a beaucoup moins d'endroits où se retrouver... Il y a les restrictions en raison de la COVID. Vous devez avoir une carte de vaccination... moins de gens pour interagir dans ces contextes sociaux. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ils sont vraiment stricts avec la population. Vous savez, je suis la seule personne ici maintenant. Sans ce truc de COVID, il y aurait bien plus qu'une seule personne ici... Il y a peut-être un peu plus de contacts de personne à personne avec les gens. Au lieu qu'une personne en ait six autres qui s'avancent vers elle pour discuter, ils vont plus souvent préférer s'entretenir avec une seule personne à la fois... Cela met beaucoup de gens en colère, mais ils ont agi ainsi parce qu'il fallait agir ainsi. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« ... les questions d'hygiène. Comme aller à la salle de bain, se laver et tout le reste. C'est une grosse affaire, et avoir un espace sécuritaire pour, euh... s'asseoir et relaxer un peu pendant quelques minutes. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Un petit nombre de participants des régions rurales ont indiqué que les services n'avaient pas changé du tout durant la pandémie. Cela s'explique par les liens sociaux solides et la proximité que vivent les membres des petites communautés et les personnes vivant en milieu rural.

« Je comprends que ce peut être différent pour les personnes à l'extérieur d'une petite municipalité... parce que nous avons des relations personnelles avec les fournisseurs de soins... Et cela explique sans doute pourquoi notre accès n'a pas changé. » (une personne ayant participé aux entrevues)



Services offerts à distance

La transition des services en personne et des services au comptoir vers les rendez-vous à distance pour les ITSS (c.-à-d. par téléphone ou en virtuel) a été difficile pour plusieurs participants durant la pandémie. Les difficultés relatées par les participants sont notamment une connexion instable à Internet, un manque de technologies appropriées, la nature impersonnelle des services à distance et l'incapacité à agir à l'égard des problèmes de santé dont on croit qu'ils nécessitent des soins offerts en personne.

«... non, parce que nous devons le faire par téléphone ou autrement. Je n'ai même pas pris la peine de le faire.» (une personne ayant participé aux entrevues)

«Ce sont [les services offerts à distance] qui ont tout rendu plus difficile. Par exemple, il est plus difficile de sortir simplement et de faire les choses qu'on a à faire.» (une personne ayant participé aux entrevues)

Parmi les participants qui pouvaient obtenir des rendez-vous à distance ou y participer, certains ont dit que ces rendez-vous étaient souvent réservés bien trop longtemps au préalable pour qu'ils s'en souviennent ou pour régler leur problème de santé. C'était particulièrement difficile pour les participants confrontés simultanément à plusieurs difficultés concurrentes telles que de répondre à leurs besoins de base.

«[Parce] que beaucoup de choses arrivent à divers moments et que si je peux avoir de l'argent et que je suis sans emploi, je vais devoir choisir ce qui me permettra de gagner de l'argent au lieu d'aller à mon rendez-vous.» (une personne ayant participé aux entrevues)

Services de transport

Le transport a été fréquemment mentionné comme un obstacle à l'accès aux services liés aux ITSS. Durant la pandémie, les participants ont remarqué une diminution dans les choix et la disponibilité des transports publics. Les services de transport disponibles avant la pandémie, tels que l'autopartage, l'embauche d'autres membres de la communauté pour se faire reconduire ou l'utilisation de bons d'échange pour un taxi, étaient limités en raison des restrictions de la santé publique à cause de la COVID-19. Certains participants ont affirmé que l'accès limité aux services a contribué à empirer leur état de santé. D'autres ont affirmé que cette inaccessibilité des services liés aux ITSS était responsable de leur rechute durant la pandémie.

«Avant, j'allais voir le médecin, mais quand la COVID est arrivée, j'ai cessé d'aller voir le médecin.» (une personne ayant participé aux entrevues)

«Je me suis rendu à [un service de mieux-être/d'utilisation de substances] et j'ai utilisé tous leurs services parce qu'ils sont vraiment bons, mais je ne suis plus retourné depuis que j'ai cessé de recevoir du counseling l'an dernier [durant la COVID].» (une personne ayant participé aux entrevues)

Racisme et discrimination

Plusieurs participants ont relaté des expériences de racisme anti-autochtone et de discrimination vécues dans des organismes ou des centres de soins de santé. Certaines de ces expériences semblaient toutefois dépendre du fait que les clients étaient habitués ou non à leur établissement de soins. Plusieurs participants aux entrevues ont dit, par exemple, ne pas avoir vécu de racisme ou de discrimination dans les milieux de soins qu'ils qualifiaient d'habituels ou de familiers et où ils se rendaient fréquemment. Dans certains cas, les participants ont parlé de l'importance des organismes ou des centres qu'ils visitaient fréquemment et ont fait mention de l'acceptation et des traitements sans jugement qu'ils avaient reçus de la part du personnel.

«Je suis allé... à notre centre de traitement... qui se trouve ici, sur la réserve de [nom du lieu retiré pour préserver l'anonymat de la personne]. Et c'était apaisant pour moi, parce que je peux guérir en compagnie des miens, je peux guérir à la maison.» (une personne ayant participé aux entrevues)



En revanche, des expériences négatives de racisme, de discrimination et de stigmatisation par des professionnels de la santé, du personnel à la réception, du personnel de soutien ou chargé de la sécurité se sont produites dans des établissements de santé où les participants ne se rendaient pas souvent. Les participants ont fait état d'attaques préjudiciables à l'identité autochtone et à l'identité de genre, et ont fait part de la nécessité de changements à l'échelle du système. De plus, les participants aux entrevues ont souligné que le racisme, la discrimination et la stigmatisation se manifestaient bien au-delà des établissements de soins; ils sévissaient aussi au sein des forces de l'ordre, chez les propriétaires d'immeubles et le personnel de sécurité des commerces.

*« Je crois qu'il y a de la stigmatisation, beaucoup de stigmatisation. Je veux dire... si je dis que j'ai pris de la drogue de quelque façon que ce soit, bien, on me classe dans une certaine catégorie. Je suis, vous savez, plus costaud, je semble pâle ici, mais ma peau est brune... tous ces éléments ont des conséquences. Et dès que vous entrez dans les locaux d'un hôpital, j'veux dire... en tant que personne non blanche, immédiatement, vous sentez, vous ressentez ce genre de chose. Et alors, je ne sais pas, mais, je ne voulais pas avoir à composer avec [ça]. »
(une personne ayant participé aux entrevues)*

« Ils pensent que nous sommes tous toxicomanes ou quelque chose du genre, que tous les gens de couleur sont, comme, accros aux drogues... c'est ainsi qu'ils nous traitent... ils nous refusent des services, et nous font donc attendre très longtemps... Les gens ont simplement tendance à être grossiers et supposent que les Autochtones sont tous des itinérants ou des drogués... » (une personne ayant participé aux entrevues)

« C'est difficile d'être autochtone, d'être femme et de consommer des drogues. C'est très difficile. » (une personne ayant participé aux entrevues).

« Je veux dire, oui, une autre chose est la question du genre, avec les pronoms et... les gens ne respectent rien de tout cela, ou... Je l'ai dit des millions de fois dans tous ces lieux différents, que mon nom n'est pas celui qu'on m'a donné à la naissance. [E]t chaque fois que j'ai eu accès à une pharmacie ou comme, à une clinique médicale que je ne connais pas, comme, cette question revient dans cesse. [E]t vous savez, c'est vraiment difficile d'entendre cela encore et encore, alors parfois, de cette façon, vous choisissez votre santé mentale au lieu de votre santé physique. Alors, les gens qui n'utilisent pas le nom ou le pronom que j'ai choisis, je ne sais pas. Oui, parfois vous n'avez tout simplement pas envie de composer avec [ça]. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Beaucoup de gens portent des jugements sur nous, les dépendances, les gens qui ont des dépendances. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Il y a beaucoup de jugement. C'est beaucoup une affaire de stéréotypes. Ils pensent que oh, vous êtes autochtones, oh wow, vous êtes un alcoolique ou, allez savoir. Ils ne vous traitent pas comme un individu, un être unique, ils vous classent tout simplement dans une catégorie. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Quelques participants ont aussi dit sentir que la pandémie a exacerbé la question du racisme et de la discrimination.

*« Ouais... Je crois qu'une des choses que la pandémie a vraiment démontrées, et qui a mis un peu le microscope sur certaines choses, des choses qui ne fonctionnent pas. [E]t plus précisément [de] la stigmatisation [et] de la façon dont les Autochtones sont traités dans les établissements de soins de santé, tout cela a été réellement amplifié... Je crois que c'est, le changement dans le système qui, vous savez, sur lequel on a travaillé, mais on doit y travailler encore beaucoup plus. »
(une personne ayant participé aux entrevues)*

Il est toutefois important de noter que les expériences vécues de racisme, de discrimination et de stigmatisation ne s'expliquent pas directement par la pandémie de COVID-19. Ces expériences vécues pourraient être le reflet des enjeux historiques et permanents de racisme, de discrimination et de stigmatisation auxquels les Autochtones sont confrontés et qui sont enracinés dans le colonialisme et imbriqués dans les systèmes de santé coloniaux.

Aspects positifs des changements dans les soins de santé

Bien que la plupart des participants aient fait mention des inconvénients découlant des changements dans les services liés aux ITSS durant la pandémie de COVID-19, certains d'entre eux ont fait mention de changements innovants et utiles dans les services. Ils ont mentionné notamment une augmentation des services de proximité qui permettaient d'obtenir des visites médicales ou la livraison/le ramassage de paniers de denrées et de matériel sécuritaire, pour la réduction des méfaits ou les injections sécuritaires, entre autres.

« Le matériel était déposé devant chez moi, ce que je préférerais parce qu'en allant à l'hôpital, nous nous sentions jugés parce que nous devions déambuler avec du matériel dans des sacs. Maintenant, ils viennent directement chez moi et déposent le matériel. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Je n'avais pas besoin de me rendre en ville et d'être confronté à la drogue. Je n'avais pas besoin de m'asseoir dans une clinique pendant une heure pour attendre un médecin. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Les participants ont aussi parlé des aspects positifs des services offerts à distance. Les besoins de santé, selon les utilisateurs, étaient mieux comblés et plus faciles à expliquer par téléphone au lieu de l'être en personne, selon certains participants. D'autres personnes ont dit apprécier l'aspect pratique, la sécurité et le confort que permettaient les rendez-vous par téléphone, notamment le fait de ne pas avoir à franchir de longues distances ou à attendre à l'extérieur, dans le froid, pour des rendez-vous en personne.

« Lorsqu'il faut que je voie un médecin, cela se fait par vidéoconférence... Je n'ai pas tout le temps à me rendre à pied jusque là-bas et je n'aime pas marcher jusque là-bas. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ouais, avec le virtuel qui devient une option, est-ce que [c'est] beaucoup plus rapide? On peut dire que oui – plus efficace, pour pouvoir obtenir, comme, des réponses, l'information que je cherchais, de la part d'un professionnel. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Conséquences sur les liaisons culturelles

On a demandé aux participants aux entrevues quels ont été, s'il y a lieu, les effets des changements aux services liés aux ITSS survenus durant la pandémie sur leur accès au soutien culturel tels que les médicaments traditionnels, les aînés, les cérémonies ou les activités sur le terrain. Les réponses ont varié en fonction de l'utilisation et de la disponibilité des services culturels. Un participant a souligné la pertinence d'avoir des aînés disponibles dans des organismes communautaires particuliers durant la pandémie de COVID-19. Plusieurs autres participants avaient pris part auparavant à des événements culturels ou spirituels, tels que des rituels de sudation, des pow-wow ou la danse annuelle du soleil, avant que ces activités soient interrompues en raison des restrictions imposées par la pandémie. Les participants ont confié que l'interruption des pratiques spirituelles et des cérémonies de guérison durant la pandémie a augmenté leurs sentiments de perte et de deuil.



Certains participants ont fait preuve de résilience lors de l'interruption du soutien culturel durant la pandémie, en pratiquant des activités culturelles personnelles – par exemple à l'aide de cérémonie de purification par la fumée ou de médicaments traditionnels. Certains participants ont dit n'avoir eu aucune difficulté à obtenir ce dont ils avaient besoin pour leurs cérémonies personnelles. D'autres ont parlé des bienfaits des activités culturelles sur leur bien-être.

« Je ne vais pas faire la fête dans la rue, je vais dans la forêt pour cueillir des plantes et des champignons, et je vais à la pêche. Je fais des choses de ce genre pour occuper mes journées. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« C'était vraiment bien. Sans cela, je crois qu'il aurait été plus difficile, comme, de rester sobre. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« C'est ce qui m'a permis de rester sobre pendant deux ans et demi. Ça m'a aidé à maintenir ma sobriété. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Une petite partie de participants ne pouvaient pas faire de commentaires sur la disponibilité de services culturels, parce qu'ils n'utilisaient pas ces services avant ou durant la pandémie. Certains participants n'ont pas utilisé régulièrement le soutien culturel en raison des restrictions imposées à la présence de personnes consommant des substances. D'autres ont participé à des activités culturelles offertes dans le cadre de services communautaires, mais estimaient ne pas être en mesure de

commenter les changements dans la disponibilité des services culturels parce qu'ils n'avaient pas cherché à obtenir de tels services.

Recommandations pour améliorer les services liés aux ITSS

Bon nombre de participants aux entrevues ont fait part de recommandations pour améliorer l'accès aux services liés aux ITSS, la disponibilité et la prestation de ces services pour les Autochtones partout au Canada. Parmi ces recommandations, on propose d'augmenter l'information et la sensibilisation à la disponibilité des services, surtout en ce qui concerne la réduction des méfaits, d'élargir les heures d'ouverture et de disponibilité des services (p. ex. prolonger les heures d'ouverture en soirée), d'offrir des services de dépistage en dehors des points de service et d'offrir plus de services de proximité pour des ensembles de soins comblant les besoins essentiels.

« [Nous] avons une toute nouvelle population ici [nom du lieu retiré pour préserver l'anonymat de la personne]. Ils sont plus jeunes, ils viennent tous de plusieurs communautés différentes et euh, le VIH, les MTS et les ITS [ne sont plus] des sujets dont ils discutent. Ce n'est pas un sujet dont on parle et on le devrait... Ce sont des choses que l'on doit savoir. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Ils ont besoin d'un endroit ici pour les personnes qui ont besoin de ce type d'accès. Comme un petit immeuble à appartements ou une unité afn qu'ils aient ces types

d'accès pour les urgences. Tout ce que nous avons c'est [nom du lieu retiré pour préserver l'anonymat de la personne], mais nous avons besoin d'un endroit où les gens peuvent aller tard le soir, où on pourrait aller, et dire "Eh! Je voudrais un test de dépistage maintenant." » (une personne ayant participé aux entrevues)

« [P]lus de tests de dépistage dans des endroits autres que les cliniques; ce n'est pas, ou ça ne serait pas terrifiant pour quelqu'un. » (une personne ayant participé aux entrevues)

« Je crois qu'il pourrait y avoir plus de travail de proximité, vous savez, concernant les Premières Nations; on pourrait offrir de la nourriture de plus, des vêtements, du soutien, avec une fourgonnette, par exemple. Vous savez, les gens peuvent organiser une trousse de fournitures de soins qui pourrait être livrée peut-être une fois par semaine, un genre de "bonjour, comment ça va?". Un peu de travail de proximité aurait été gentil... Je crois qu'il pourrait y avoir plus d'aide alimentaire, parce que le coût des aliments a énormément augmenté à cause de tout cela et il est difficile de manger sainement. C'est vraiment difficile. Ça a augmenté beaucoup, énormément. » (une personne ayant participé aux entrevues)

Les autres suggestions formulées par les participants ont été notamment de veiller à ce que le dépistage des ITSS ne soit pas supplanté par l'information et les services de réduction des méfaits, et que l'on agisse sur le racisme et la discrimination en tant qu'obstacles aux soins.

Groupes de discussion

On a demandé aux participants aux groupes de discussion d'évaluer la prestation de soins pour les ITSS et de services connexes durant la pandémie. Au cours de la discussion, il a notamment été question des difficultés associées à la prestation de services, des pratiques qui ont bien fonctionné et de recommandations pour améliorer les services lors d'urgences futures en matière de santé publique.

Difficultés associées à la prestation de services

Des systèmes toujours en format papier

Les participants aux groupes de discussion ont abordé les difficultés et la frustration qu'entraîne le travail dans un système reposant encore sur le format papier. Cette situation fait en sorte qu'il est difficile pour le personnel de travailler à distance (c'est-à-dire en dehors des points de service) et entraîne un manque de capacité à recueillir les données appropriées qui permettraient d'aider aux efforts advenant une autre pandémie. Les participants qui travaillent encore en format papier ont expliqué que la collecte de données démographiques a été, pour l'essentiel, suspendue durant la pandémie, puisque les services devaient mettre en priorité les éléments fondamentaux (p. ex. dépistage) des programmes de base. Par conséquent, un petit nombre de participants aux groupes de

discussion ont affirmé ne pas disposer de données suffisantes pour répondre aux questions sur l'accessibilité au service durant la pandémie pour des populations précises, y compris les Autochtones.

Capacités réduites

Presque tous les participants aux groupes de discussion ont dit devoir composer avec une capacité réduite de prestation de services et un changement dans les priorités de l'organisation en raison du redéploiement des ressources vers les efforts de lutte contre la COVID-19. Selon les participants aux groupes de discussion, la pandémie de COVID-19 a considérablement affecté la capacité à offrir des services liés aux ITSS. Lorsqu'on leur a demandé quelles étaient les plus grandes difficultés liées à la prestation de services durant la pandémie, plusieurs participants ont parlé de la perte des relations avec les clients dans la communauté, dont certaines avaient mis des années à se développer. Ils ont aussi mentionné la frustration ressentie en tentant d'aider les clients à obtenir des rendez-vous en ligne. Les participants ont, par exemple, expliqué qu'ils ont dû mettre fin aux services sans rendez-vous et passer aux rendez-vous en ligne ou virtuels, ce qui n'a pas bien fonctionné pour leur clientèle. Quelques participants ont dit aussi avoir craint que les clients cessent d'utiliser les services liés aux ITSS après la pandémie en raison de l'effet d'entraînement d'une

utilisation accrue de substances et de leur frustration à l'égard du système de santé.

Les participants aux groupes de discussion ont signalé que certains services liés aux ITSS avaient cessé d'être offerts en raison d'une capacité d'accueil réduite. Cette situation a entraîné une augmentation de la demande pour les services demeurés ouverts durant la pandémie, tels que les services libres d'obstacles et les difficultés de concilier les capacités disponibles et la demande en croissance. Entre-temps, les services jugés « essentiels », tels que ceux liés aux ITSS devant être déclarés⁶, demeuraient ouverts avec un personnel réduit à sa plus simple expression (soit à un maximum de 25 % des niveaux de personnel réguliers). Les fournisseurs de ces services ont toutefois reconnu que n'offrir que des services essentiels n'équivalaient pas à offrir des services de bonne qualité. À l'inverse, certains fournisseurs de services œuvrant en milieu rural ont constaté une baisse de la demande par la clientèle en raison de la peur de contracter le virus causant la COVID-19.

Un petit nombre de participants aux groupes de discussion ont commenté les efforts de collaboration entre les fournisseurs de services et les dirigeants ou les communautés autochtones pour que les Autochtones puissent être soutenus durant la pandémie. Ces participants ont dit avoir eu une bonne collaboration avec les

⁶ Les ITSS devant être déclarées désignent les infections définies par le Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire comme priorités en matière de surveillance et de contrôle. Ces infections sont déclarées de façon volontaire au gouvernement fédéral par les provinces et les territoires (PHAC, 2023).

communautés autochtones avant la pandémie, alors que d'autres ont affirmé avoir une bonne collaboration de tous les secteurs, y compris avec les partenaires autochtones, en raison d'un objectif commun consistant à renforcer la résilience pendant la pandémie. Certains des participants aux groupes de discussion ont offert du soutien culturel sous la forme de bouquets de sauge et de médicaments traditionnels distribués sur demande; toutefois, ils n'avaient pas la capacité d'avoir d'autres interactions avec les Autochtones au pic de la pandémie.

Quelques participants aux groupes de discussion ont offert d'autres services de proximité et d'autres formes de soutien. Ils ont notamment reconduit des personnes dans les cliniques pour des rendez-vous, avant la pandémie. Une large part de ses efforts de travail de proximité a toutefois pris fin en raison des restrictions imposées par la santé publique dans le contexte de la COVID-19. Les participants ont expliqué que la diminution des services de proximité et de l'aide avait gravement affecté l'accessibilité aux soins cliniques, surtout pour les patients vivant avec le VIH. D'autres participants ont redirigé leurs efforts de travail de proximité vers le soutien au dépistage, mais se sont rendu compte que le suivi et la recherche des contacts à la suite du résultat des tests étaient difficiles durant la pandémie. Pendant ce temps, certains participants

ont affirmé que les efforts actuels de travail de proximité allaient vraisemblablement cesser éventuellement en raison de la pandémie qui s'aggravait et qui viendrait restreindre encore davantage les capacités.

Bien que la majeure partie des services aient continué d'être offerts d'une manière ou d'une autre durant la pandémie, les priorités organisationnelles devaient changer en ce qui a trait au dépistage, au suivi et à la recherche des contacts. La plupart des fournisseurs de services ont expliqué que le dépistage était généralement réduit et offert uniquement aux personnes présentant des symptômes, ayant eu des contacts étroits avec des personnes présentant des symptômes ou à des populations précises, notamment aux populations autochtones. Les participants aux groupes de discussion ont aussi mentionné des cas où les tests de dépistage de la COVID-19 avaient la priorité sur les tests sanguins dans les laboratoires, ce qui limitait les activités de dépistage des ITSS à de seules analyses d'urine. De plus, certains services n'étaient plus en mesure d'offrir du soutien au dépistage à d'autres organismes tels que les établissements correctionnels, les refuges et les centres de désintoxication. Malgré une réduction du dépistage, toutefois, plusieurs des participants aux groupes de discussion ont dit avoir constaté une augmentation globale des taux de positivité des

tests⁷, ce qu'ils ont attribué à une augmentation des cas. Durant la pandémie, les fournisseurs de services ont aussi fait remarquer qu'en raison des pénuries de personnel, plus de temps s'écoulait entre le dépistage et les mesures adoptées en fonction des résultats de ces tests (soit en matière de suivi, de traitement et de cas chez les contacts). Dans certains cas, le suivi nécessitait entre 48 heures et 2 semaines, selon la disponibilité du personnel. La recherche de contacts, qui devait normalement avoir lieu à la suite d'un résultat positif au dépistage d'une ITSS, est aussi devenue plus difficile à accomplir. Les participants ont notamment fait mention de cas où des organismes ont dû ajuster leur degré de tolérance au risque, avec pour conséquence que seuls les cas à risque élevé d'ITSS entraînaient un suivi et une recherche de contacts.

Dans l'ensemble, presque tous les participants aux groupes de discussion sont arrivés à la conclusion qu'il y a eu de grandes probabilités de cas passés sous le radar en raison des capacités réduites de prestation de services et des changements dans les priorités organisationnelles. Les participants aux groupes de discussion ont aussi fait part de leur tristesse en constatant les taux croissants de certaines ITSS durant la pandémie, tels que les infections au VIH et la syphilis congénitale.

⁷ Le taux de positivité est le pourcentage de personnes ayant obtenu un résultat positif par rapport au nombre total de personnes ayant fait l'objet d'un test.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1009691370

Succès dans la prestation de services

Bien que de nombreux services aient cessé d'être offerts ou l'ont été de manière réduite durant la pandémie, un petit nombre de participants aux groupes de discussion ont cité des exemples d'innovation et d'adoption positive de certains services. Ils ont par exemple mentionné une bonne adoption des trousse d'autodépistage (p. ex. tests sanguins et écouvillons pour l'autodépistage). Ces exemples ont été qualifiés de résultats positifs, car ces services de dépistage faisaient généralement l'objet d'hésitations avant la pandémie. Les cliniques de dépistage au volant et les services de proximité ont aussi été mentionnés comme positifs et qualifiés de stratégies innovantes, surtout pour les populations vulnérables qui n'avaient pas participé à des tests de dépistage. Les services de proximité regroupaient entre autres des visites à domicile, la livraison de matériel et des cliniques médicales mobiles.

Recommandations pour améliorer les services liés aux ITSS

Pour améliorer les services liés aux ITSS, plusieurs des participants aux groupes de discussion ont parlé de diversifier la gamme des outils et des moyens d'accéder aux soins, et ce, de façon continue; les structures et les mécanismes en place seraient donc suffisamment souples pour évoluer selon les besoins. Les participants ont donc suggéré que les services puissent régulièrement inclure des rendez-vous virtuels pour les clients qui préfèrent cette façon de faire aux rendez-vous en personne. Cette expansion ferait en sorte de libérer de la place pour les clients préférant ou nécessitant des rendez-vous en personne. La distribution de tests de dépistage à réaliser chez soi a aussi été mentionnée comme initiative efficace dans de nombreux cas.

Les participants aux groupes de discussion ont formulé des recommandations pour limiter les risques et les pertes associés à la réaffectation rapide de personnel vers d'autres fonctions, y compris les mesures relatives à la pandémie. On a cité notamment la mise à jour des systèmes de collecte de données (p. ex transition vers des systèmes autres que le format papier), la vérification des politiques et procédures afin qu'elles soient à jour et la formation interdisciplinaire du personnel. Les participants ont également mentionné à quel point des changements dans le système étaient nécessaires pour améliorer les déterminants sociaux de la santé et les conditions de vie des populations vulnérables. Sans actions concrètes sur ces inégalités, les participants estiment peu probable que les services soient efficaces advenant une autre urgence de santé publique.



ANALYSE

La pandémie de COVID-19 a amplifié les obstacles systémiques auxquels sont confrontées les populations autochtones dans l'accès aux soins de santé. Plusieurs communautés et organisations autochtones offrant des services de santé ont été surchargées de travail et manquaient de ressources dès le début de la pandémie, ce qui a nui à leur capacité d'intervention devant la COVID-19 (Mashford-Pringle et al. 2021). Historiquement, les communautés autochtones sont continuellement confrontées à des défis et à des inégalités en matière de salubrité et de disponibilité de l'eau, de sécurité alimentaire, de logement sécuritaire et abordable, de fournitures et d'équipement médicaux dans les communautés (notamment d'équipement de protection individuel, comme ce fut le cas durant la pandémie). À ce titre, les inégalités sociales et économiques existantes ont imposé un fardeau disproportionné aux Autochtones et ont nui à leur accès à des services de soins de santé durant la pandémie (Mashford-Pringle et al. 2021).

Ces inégalités se reflétaient dans la teneur des entrevues approfondies réalisées auprès de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis utilisateurs de services liés aux ITSS et ont aussi trouvé écho dans les propos des fournisseurs de services et des décideurs ayant pris part aux groupes de discussion. Parmi tous les participants, ceux possédant le moins de ressources ou qui étaient aux prises avec des difficultés sociales avant la pandémie ont été touchés de manière disproportionnée par les obstacles d'accès aux services liés aux ITSS. La transition des services en personne ou des services ambulatoires liés aux ITSS aux services à distance (par téléphone ou en virtuel), par exemple, a été plus difficile pour certains participants en raison du manque de technologies appropriées ou d'une connexion instable à Internet. Les utilisateurs de services liés aux ITSS ont aussi mentionné les options limitées en matière de transport public et les perturbations dans les services de proximité et les services communautaires en tant qu'obstacles d'accès aux soins. D'autres obstacles se reflètent dans les difficultés des usagers à répondre à leurs besoins de base, tels que la sécurité alimentaire et un logement stable, tout en essayant d'accéder aux services de santé. Les participants aux groupes de discussion ont appuyé ces constatations et ont déclaré que les changements dans la prestation de services liés aux ITSS avaient eu des répercussions sur les populations les plus vulnérables et les plus à risque qu'ils desservaient, dont plusieurs sont des populations autochtones.





D'autres constatations de cette étude ont permis de mettre en lumière les effets néfastes des restrictions imposées par la santé publique sur les interactions et les activités sociales pour les Autochtones. L'interruption des pratiques spirituelles, des cérémonies de guérison et des événements sociaux a par exemple intensifié les sentiments de perte, de deuil, d'isolement et de solitude chez certains participants. Dans l'enquête nationale en ligne sur l'accès aux soins liés aux ITSS pour les Autochtones, plus de 60 % des participants (n = 672) qui étaient dans l'impossibilité d'avoir accès à du soutien culturel durant la pandémie de COVID-19 ont parlé des restrictions de la santé publique en raison de la COVID-19 comme d'un obstacle à l'accès à ces formes de soutien (CCNSA & CCNMI, 2024). Les perturbations dans les interactions sociales par le biais de soutien social, par exemple, peuvent faire en sorte que les membres de la communauté ressentent de l'isolement social ou de la solitude, entraînant un sentiment d'ennui. Dans cette étude, par exemple, les participants aux entrevues ont fait part d'une augmentation dans l'utilisation de substances pour vaincre l'ennui et faire échec à la solitude ou à

l'isolement social, ce qui a bien sûr des effets néfastes sur la santé. Ces constatations sont conformes à ce qui est déjà largement connu sur le rôle important des interactions sociales et relationnelles dans les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des Autochtones (Greenwood et al. 2022).

En plus de mettre en relief les obstacles aux soins liés aux ITSS, les constatations de la présente étude attirent l'attention sur la résilience dont ont fait preuve les planificateurs et les fournisseurs de services en santé publique durant la pandémie de COVID-19. Des stratégies novatrices pour les services de proximité ont été mises en œuvre durant la pandémie, notamment des visites de santé permettant de fournir des soins à l'extérieur des points de service, la livraison de paniers de denrées, des services à distance, ainsi que la livraison ou le ramassage de matériel sécuritaire, pour la réduction des méfaits ou les injections sécuritaires, entre autres. Bon nombre de participants aux entrevues considèrent que ces services de proximité leur ont été utiles. Durant la pandémie, des services similaires liés aux ITSS ont été offerts dans l'ensemble

du Canada par des fournisseurs de services afin de remédier aux difficultés d'accès (PHAC & Centre for Communicable Diseases and Infection Control [CDC], 2021). Ces services consistaient notamment en services de proximité mobiles à l'aide de véhicules, et la distribution et le ramassage en libre-service de matériel de réduction des méfaits à partir de points en bordure de la route ou par des fenêtres des établissements de soins (PHAC & CDC, 2021).

En outre, plusieurs communautés autochtones ont pu démontrer le leadership de leur communauté, leur degré de préparation et leur résilience durant la pandémie (Mashford-Pringle et al., 2021). Selon le rapport intitulé *Ce que nous avons entendu : peuples autochtones et COVID-19 : rapport complémentaire de l'Agence de la santé publique du Canada*, par Mashford-Pringle et coll. (2021), plusieurs membres des communautés se sont dits fiers de leur degré de préparation à la pandémie et ont mentionné les « leçons tirées » des pandémies antérieures comme source de résilience dont a découlé le leadership solide dans leur communauté. Certains participants

au rapport ont mentionné la collaboration entre les communautés qui a permis de renforcer les efforts d'intervention d'urgence, alors que d'autres se sont dits fiers des stratégies de communication de leur communauté pour traduire les renseignements de santé en langues autochtones tout en continuant de diffuser des messages actualisés de la santé publique à ses membres par le biais de dépliants, de vidéos et de livrets (Mashford-Pringle et al., 2021). Certains participants ont aussi fait mention de la persévérance des communautés, qui ont eu recours à des ressources concrètes pour assurer la sécurité des membres de leur communauté malgré une aide limitée des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (Mashford-Pringle et al., 2021). La puissance de cette résilience s'est reflétée dans certaines des expériences relatées par les participants aux entrevues dans la présente étude – pratique des méthodes de guérison traditionnelles, telles que des cérémonies de purification par la fumée ou des médicaments traditionnels, et cérémonies personnelles lorsque les événements culturels de la communauté ont cessé d'avoir lieu. La poursuite de ces activités personnelles et

culturelles pendant une période de distanciation physique a aidé plusieurs participants aux entrevues à maintenir leur sobriété et leur bien-être.

La présente étude vient compléter les connaissances recueillies dans le cadre de l'enquête nationale de l'ASPC et par l'analyse documentaire du CCNSA sur l'accès aux services liés aux ITSS sur l'expérience qu'en ont eu les Autochtones (CCNSA & CCNMI, 2024; CCNSA, 2024). En analysant les expériences de première main des fournisseurs de services liés aux ITSS et celle des utilisateurs autochtones à l'aide d'une approche phénoménologique, la présente étude livre une information riche sur les expériences vécues, qui va au delà des données chiffrées acquises à l'aide de méthodes quantitatives, qui sera fort utile pour inspirer les politiques et les services en matière d'ITSS au Canada.

Les constatations de cette étude pourront aussi faciliter les changements dans les politiques qui permettront d'améliorer l'accessibilité aux services liés aux ITSS. En permettant d'en savoir plus, par exemple,

sur les expériences vécues par les participants aux entrevues en matière de racisme anti-autochtone et de discrimination, ces constatations pourront inciter davantage les professionnels de la santé et les décideurs à respecter les engagements à l'égard des recommandations en matière de santé énoncées dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR), qui pourraient être mises en pratique dans les services liés aux ITSS. On songe notamment à l'exigence d'une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement des différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme dans les écoles de médecine et les écoles de sciences infirmières au Canada et à la reconnaissance de la valeur des pratiques de guérison autochtones et de leur intégration aux plans de traitement des patients autochtones, sur demande (TRC, 2015).





LIMITES

Les constatations de cette étude ne peuvent s'étendre à l'ensemble des Autochtones au Canada qui utilisent ou ont utilisé des services liés aux ITSS en raison de la nature de l'échantillonnage raisonné et de sa petite taille. Bien que cette étude eût comme objectif de recueillir des points de vue partout au Canada, les participants aux entrevues n'étaient pas également répartis entre les provinces et les territoires. Par exemple, 28 des 50 participants aux entrevues étaient du Manitoba. L'étude n'a pu finalement recruter que 13 utilisateurs de services en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba et, de ce nombre, une majorité (11 sur 13) habitait dans des régions urbaines. Ces limites sont principalement attribuables au moment où l'étude a eu lieu, soit en même temps que le début de la vague Omicron de la pandémie de COVID-19. On espérait également que l'étude permettrait de recruter un échantillon plus important d'Autochtones afin de permettre une ventilation des données entre les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il a toutefois été impossible de ventiler les données par identité autochtone en raison de la petite taille des

échantillons et du déséquilibre entre les strates correspondant à chaque identité autochtone. De plus, pour respecter la confidentialité des participants, les méthodes de recherche qualitative ne permettent pas de ventilation en sous-groupes. En raison de ces limites, on doit donc faire preuve de prudence dans l'interprétation des constatations de cette étude et dans les généralisations qui pourraient en découler.

Les limites de cette étude se situent aussi dans le choix des réponses et les biais associés à ces choix. Puisque les entrevues et les groupes de discussion étaient menés en virtuel, les participants sans accès à un ordinateur ou sans connexion stable à Internet pourraient avoir été moins enclins à participer. Quant aux personnes qui auraient dû se rendre dans les locaux d'organismes partenaires pour participer aux entrevues en virtuel dans un cadre privé, les restrictions dans les déplacements imposées en raison de la COVID-19 pourraient avoir limité leur participation. En outre, il est possible que des biais de sélection des sujets aient influencé le recrutement des participants à l'étude – la représentativité de

l'échantillon risque donc de ne pas être représentative de la population cible. Des biais dans les réponses, notamment des biais de soutien social⁸, pourraient aussi s'être produits lorsque les participants aux entrevues relaient leurs expériences vécues, surtout sur des sujets plus sensibles ou plus susceptibles de provoquer de la stigmatisation tels que la santé mentale, l'utilisation de substances, l'utilisation de services de soins de santé, le racisme et la discrimination, ainsi de suite. Cette limite pourrait avoir entraîné une surreprésentation des réponses jugées plus souhaitables socialement ou plus favorables aux autres et une sous-représentation des réponses qui le sont moins. Enfin, il est important de noter que les effets de la pandémie ne peuvent être la cause directe des expériences relatées par les participants concernant les services liés aux ITSS.



⁸ Le biais de soutien social est un type de biais dans les réponses faisant en sorte que les participants répondent aux questions d'une entrevue d'une manière qu'ils perçoivent comme favorable ou plus acceptable par les autres au lieu de faire part de leurs véritables réflexions ou expériences.

CONCLUSION

Durant la pandémie de COVID-19, la plupart des participants aux entrevues ont observé une diminution des services de santé liés aux ITSS, tant leur nombre que leur accessibilité. Cette diminution a eu des effets négatifs sur le bien-être de plusieurs participants. Lorsqu'on leur a demandé de parler de leur situation de vie, la plupart des participants ont dit avoir vécu du stress à divers degrés, de l'itinérance ou de l'insatisfaction à l'égard de leurs conditions de vie. Ils ont dit avoir subi ou subir encore des méfaits récents découlant de leur utilisation de substances et des enjeux de santé mentale. La santé mentale et l'utilisation de substances auraient empiré pour de nombreux participants durant la pandémie en raison de l'isolement social, de la perte d'un emploi, de l'ennui, de la solitude et de l'isolement, et en raison de la mise en veilleuse des occasions de socialiser et des événements sociaux (p. ex. fermeture des espaces communautaires sécuritaires pour les services liés aux ITSS, annulation des événements culturels autochtones, etc.) De plus, tant les utilisateurs que les fournisseurs des services ont constaté une perte des rapports entre les clients et le personnel assurant les services en raison du roulement de personnel ou de son redéploiement vers les efforts de lutte contre la COVID-19. En revanche, les participants aux entrevues provenant de régions rurales ont affirmé qu'il n'y avait aucun changement dans les services de soins de santé en raison des liens sociaux solides entre les utilisateurs et les fournisseurs de services.

Un nombre considérable de participants aux entrevues ont eu de la difficulté à avoir accès à des services pour les ITSS et à d'autres services connexes durant la pandémie. Les principaux obstacles à l'accès aux services liés aux ITSS sont notamment :

- la réduction de la disponibilité et des heures de service;
- les changements fréquents dans le personnel de service et le lieu où ces services étaient offerts;
- une connexion instable à Internet ou un manque de technologies pour accéder aux services à distance;
- les rendez-vous en ligne réservés trop longtemps au préalable;
- un choix réduit d'options pour le transport;
- le racisme, la discrimination et la stigmatisation dans les établissements de soins.

Les services offerts à distance ont aussi engendré de la frustration pour les utilisateurs en raison de la nature impersonnelle de cette formule et de l'incapacité d'agir sur les problèmes de santé dont on croit qu'ils exigent des soins en personne.

Les groupes de discussion avec les fournisseurs de soins liés aux ITSS et avec les décideurs ont permis d'ajouter aux constatations des entrevues des perspectives autres et plus d'information sur la prestation, la disponibilité et l'accessibilité des services liés aux ITSS durant

la pandémie de COVID-19. Presque tous les participants aux groupes de discussion ont dit avoir de la difficulté avec la réduction de la capacité de service et les changements dans les priorités organisationnelles en raison du redéploiement des efforts de lutte contre la COVID-19. Les efforts de collaboration entre les fournisseurs de services et les communautés autochtones durant la pandémie ont aussi été touchés. Certains participants aux groupes de discussion ont affirmé profiter d'une bonne collaboration avec les organisations autochtones, alors que d'autres ont affirmé ne pas être en mesure de s'engager davantage auprès de ces organisations au plus fort de la pandémie.

Même si la pandémie a eu des effets négatifs sur la prestation de plusieurs services liés aux ITSS, les expériences relatées par les utilisateurs et les fournisseurs de services ont aussi mis en relief la résilience et les mesures novatrices mises en place pour assurer une prestation continue des services liés aux ITSS. Les cliniques de dépistage au volant, les visites de santé, la livraison et le ramassage de paniers de denrées et de matériel de réduction des méfaits ont continué d'être offerts durant la pandémie. Les participants aux entrevues et aux groupes de discussion ont fait part des aspects positifs de ces services de proximité, notamment une réduction des déplacements des clients vers les services et une augmentation de l'utilisation des trousseaux d'autodépistage. Les participants aux entrevues ont aussi mentionné les avantages liés à la transition des services en personne vers les services à distance, notamment l'aspect pratique et la

sécurité qu'offrent les rendez-vous à domicile. D'autres participants aux entrevues ont démontré leur résilience en participant à leurs propres activités culturelles tels que des cérémonies de purification par la fumée ou l'utilisation de médicaments traditionnels, ou d'autres cérémonies personnelles, alors que les événements culturels dans la communauté étaient annulés.

Plusieurs participants aux entrevues et aux groupes de discussion ont formulé des recommandations pour améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la prestation des services liés aux ITSS. Ces recommandations sont notamment

- augmenter l'information et la sensibilisation à la disponibilité des services liés aux ITSS, surtout des services de réduction des méfaits;
- accroître l'accessibilité aux tests de dépistage hors des points de service;
- veiller à ce que le dépistage des ITSS ne soit pas supplanté par des activités d'information sur la réduction des méfaits;
- diversifier la gamme d'outils et de moyens d'accéder aux soins de façon continue;
- élargir les options de prestation de services afin d'offrir à la fois des services en personne et à distance;
- continuer d'offrir des services d'autodépistage;
- mettre à jour les systèmes de collecte de données pour passer du format papier aux systèmes en ligne;

- veiller à ce que les politiques et procédures soient à jour;
- offrir une formation interdisciplinaire au personnel rattaché aux ITSS;
- remédier au racisme systémique et à la discrimination en tant qu'obstacles aux soins;
- agir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les conditions de vie des populations vulnérables.

Dans l'ensemble, la présente étude livre une information riche sur les expériences vécues par les utilisateurs autochtones des services liés aux ITSS, les fournisseurs de ces services et les décideurs concernant la disponibilité, l'accessibilité et la prestation de services de santé liés aux ITSS durant la pandémie de COVID-19. D'autres travaux de recherche seront toutefois nécessaires pour comprendre, dans une plus large mesure, les expériences vécues par les Autochtones, surtout par les Métis et les Inuits, et les Autochtones vivant dans les provinces de l'est du pays, au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest. Néanmoins, les constatations et les recommandations issues de cette étude peuvent offrir des orientations pour les décideurs afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la prestation de services liés aux ITSS en vue de prochaines urgences de santé publique, en plus de faire progresser le plan de travail du Canada pour l'éradication des ITSS en tant que problème de santé publique d'ici 2030.



BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)

- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications.
- 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. (2021). 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(5), 360-366.
- Glasser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Transaction.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Stout, R., Larstone, R., & Sutherland, J. (Eds.). (2022). *Introduction to determinants of First Nations, Inuit, and Métis peoples' health in Canada*. Canadian Scholars Press.
- Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S., & Yohathan, T. (2021). *What we heard: Indigenous peoples and COVID-19*. Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/indigenous-peoples-covid-19-report/cpho-wwh-report-en.pdf>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd Edition*. Sage Publications.
- 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). *COVID-19 and Indigenous peoples' access to STBBI and related health services: National survey results*. NCCIH & NCCID.
- Padgett, D. K. (2012). *Qualitative and mixed methods in public health*. Sage Publications.
- 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). (2021). *Survey of the impact of COVID-19 on the ability to provide STBBI prevention, testing and treatment including harm reduction services in Canada*. Government of Canada. <https://health-infobase.canada.ca/datalab/covid-19-impact-stbbi-services.html>



© Crédit : AdobeStock, réf. 302103095

Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022a, March 3). *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#a2.2>

Public Health Agency of Canada (PHAC). (2022b, July). *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. (2023, December 1). *Notifiable Diseases Online*. Government of Canada. <https://diseases.canada.ca/notifiable/>

Public Health Agency of Canada (PHAC) & Centre for Communicable Diseases and Infection Control (CDC). (2021). *Findings from the survey of the impact of COVID-19 on the ability to provide STBBI prevention, testing and treatment including harm reduction services in Canada*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/survey-impact-covid-19-delivery-stbbi-prevention-testing-treatment/survey.pdf>

Public Safety Canada. (2021, October 14). *Guidance on essential services and functions in Canada during the COVID-19 pandemic*. Government of Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/ntnl-scrtr/crtcl-nfrstrctr/esf-sfe-en.aspx>

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.

Statistics Canada. (2023, February 1). *Census Profile, 2021 Census of Population*. Statistics Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>

Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC). (2015). *Calls to Action*. Truth and Reconciliation Commission of Canada. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/01/Calls_to_Action_English2.pdf



