



Sommaire des résultats des enquêtes Tracks mises en œuvre par les Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta, au Canada, de 2018 à 2020

Kathleen Lydon-Hassen^{1*}, Leigh Jonah¹, Lisa Mayotte², Ashley Hrabowy², Bonny Graham², Beverley Missens², Amanda Nelson², Mustafa Andkhoie³, Deana Nahachewsky⁴, Dharma Teja Yalamanchili⁵, Sabyasachi Gupta⁵, Nnamdi Ndubuka⁵, Ibrahim Khan³, Wadieh Yacoub⁴, Maggie Bryson¹, Dana Paquette¹

Résumé

Contexte : Le système intégré de surveillance biocomportementale de l'Agence de la santé publique du Canada — Enquêtes Tracks — évalue le fardeau du VIH, de l'hépatite C et des risques associés dans les populations clés au Canada. De 2018 à 2020, les enquêtes Tracks ont été mises en œuvre avec succès par les organisations de services de santé dirigées par les Premières Nations en Alberta et en Saskatchewan.

Méthodes : Les équipes responsables des enquêtes dirigées par les Premières Nations ont invité les membres de la collectivité qui s'identifiaient comme membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis à participer aux enquêtes Tracks et au dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis. Des informations ont été recueillies sur les déterminants sociaux de la santé, le recours aux services de prévention, la consommation de substances, les comportements sexuels et les soins du VIH et de l'hépatite C. Des statistiques descriptives sont présentées.

Résultats : Parmi les 1828 participants, 97,4 % se sont identifiés comme membres des Premières Nations et 91,4 % vivaient dans une collectivité située dans une réserve. Plus de la moitié (52,2 %) étaient des femmes cisgenres, l'âge moyen était de 36,3 ans, 82,5 % vivaient dans un logement stable, 82 % avaient accès à des soins de santé primaires et 73,8 % ont déclaré avoir une bonne ou excellente santé mentale. La plupart des participants (97 %) avaient un membre de leur famille qui avait été placé dans un pensionnat. Des proportions élevées ont été victimes de stigmatisation et de discrimination (65,6 %), de contraintes financières (64,3 %) et d'abus dans l'enfance (65,1 %). Le dépistage du VIH (62,8 %) et de l'hépatite C (55,3 %) était relativement élevé. La prévalence du VIH était de 1,6 % (dont 64 % connaissaient leur statut d'infection). La prévalence de l'acide ribonucléique de l'hépatite C était de 5 % (44,9 % des personnes connaissaient leur statut d'infection actuel).

Conclusion : Des expériences historiques et continues de traumatismes et une prévalence plus élevée de l'hépatite C ont été déterminées, réaffirmant les données probantes du legs du colonialisme, des pensionnats autochtones et du racisme systémique. La participation élevée au dépistage et à la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) reflète l'importance des services et des programmes de soins de santé adaptés à la culture, sûrs et réactifs, dirigés par les Premières Nations, pour obtenir de meilleurs résultats pour les peuples des Premières Nations.

Citation proposée : Lydon-Hassen K, Jonah L, Mayotte L, Hrabowy A, Graham B, Missens B, Nelson A, Andkhoie M, Nahachewsky D, Yalamanchili DT, Gupta S, Ndubuka N, Khan I, Yacoub W, Bryson M, Paquette D. Sommaire des résultats des enquêtes Tracks mises en œuvre par les Premières Nations en Saskatchewan et en Alberta, au Canada, de 2018 à 2020. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2022;48(4):163–75. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i04a05f>

Mots-clés : Premières Nations, communautés dans les réserves, gestion communautaire, peuples autochtones, résilience, enquête Track, ITS, ITSS, Canada, VIH, hépatite C, dépistage, soins et traitement

Cette oeuvre est mise à disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliations

¹ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON

² Organisations des services de santé dirigés par les Premières Nations participantes

³ Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de la Saskatchewan, Services aux Autochtones Canada, Regina, SK

⁴ Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Alberta, Services aux Autochtones Canada, Edmonton, AB

⁵ Northern Inter-Tribal Health Authority, Prince Albert, SK

*Correspondance :

kathleen.lydon-hassen@phac-aspc.gc.ca



Introduction

Les données disponibles suggèrent que les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent d'être touchés de façon disproportionnée par le VIH et le virus de l'hépatite C par rapport aux Canadiens non autochtones. En 2016, les peuples autochtones représentaient 4,9 % de la population canadienne, mais constituaient, selon les estimations, 12,3 % de l'ensemble des nouvelles infections au VIH au Canada cette année-là, ce chiffre passant à 14 % de l'ensemble des nouvelles infections au VIH en 2018 (1). En 2016, les taux de nouvelles infections au VIH et de nouvelles infections par le virus de l'hépatite C nouvellement diagnostiquées parmi les membres des Premières Nations vivant dans les réserves étaient trois fois plus élevés que les nouveaux diagnostics dans l'ensemble de la population canadienne (2,3).

Les collectivités des Premières Nations de la Saskatchewan et de l'Alberta sont particulièrement touchées par le VIH et l'hépatite C. En 2016, le taux de nouveaux diagnostics de VIH chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves en Saskatchewan était trois et sept fois plus élevé que ceux de l'ensemble de la population provinciale et nationale, respectivement (4). Les taux d'hépatite C dans les collectivités des Premières Nations de la Saskatchewan étaient trois et quatre fois plus élevés que ceux de l'ensemble de la population provinciale et nationale en 2016, respectivement (4). En Alberta, entre 2012 et 2016, l'incidence du VIH était quatre et huit fois plus élevée chez les hommes et les femmes des Premières Nations, respectivement, par rapport à leurs homologues non membres des Premières Nations (5). De même, en 2016, l'incidence de l'hépatite C en Alberta était quatre fois plus élevée dans les Premières Nations qu'à l'extérieur des Premières Nations (6). Malgré les taux plus élevés de VIH et d'hépatite C dans les collectivités des Premières Nations, il y a un manque d'information sur les facteurs associés à ces taux plus élevés.

L'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) coordonne un système intégré de surveillance biocomportementale — Enquêtes Tracks — afin d'évaluer le fardeau du VIH, de l'hépatite C et des risques associés dans les populations clés au Canada. Les enquêtes Tracks aident à trouver les déterminants sous-jacents contribuant à des taux plus élevés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), notamment le VIH et l'hépatite C, dans les populations clés. Ces données sont utilisées pour informer les réponses de santé publique visant à réduire et à prévenir les infections et à améliorer le traitement et le soutien aux personnes qui en ont le plus besoin. Les informations provenant de Tracks contribuent aux estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'hépatite C et aux évaluations des progrès du Canada vers les objectifs mondiaux visant à éliminer le VIH et l'hépatite C en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 (7).

Par rapport aux autres ethnies, les participants autochtones ont toujours été surreprésentés dans les quatre phases des enquêtes Tracks auprès des utilisateurs de drogues injectables, menée périodiquement dans des sites sentinelles à travers le Canada depuis 2002 (8). Les participants autochtones représentaient 42,2 % de l'ensemble des participants à la phase 4 de l'enquête Tracks auprès des utilisateurs de drogues injectables, menée de 2017 à 2019, contre 36,1 % lors de la phase 3 menée de 2005 à 2008. La première enquête Tracks axée sur les peuples autochtones a été menée à Regina, en Saskatchewan, en 2011–2012 et était auparavant connue sous le nom de A-Track. L'utilisation de drogues injectables déclarée par l'utilisateur n'était pas un critère d'admissibilité pour participer (9). L'enquête pilote A-Track a permis d'obtenir des informations précieuses sur les difficultés rencontrées par les populations autochtones vivant en milieu urbain et les facteurs contribuant à une vulnérabilité accrue au VIH et à l'hépatite C.

Dans le contexte des données probantes sur le taux plus élevé de VIH et d'hépatite C dans les communautés dans les réserves et des lacunes dans les connaissances sur les facteurs contribuant aux taux plus élevés dans les contextes communautaires — de 2017 à 2020, les conseils tribaux des Premières Nations, les collectivités, les autorités de santé publique régionales et fédérales ont travaillé à la mise en œuvre d'enquêtes Tracks menées par les Premières Nations dans les contextes communautaires dans les réserves en Alberta et en Saskatchewan. Cette collaboration unique entre les conseils tribaux et les collectivités des Premières Nations, la *Northern Inter-Tribal Health Authority*, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada et l'Agence était fondée sur l'engagement précoce et continu des Premières Nations, la recherche participative et le respect de la souveraineté des données des Premières Nations.

L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats sommaires descriptifs des enquêtes Tracks combinées menées et mises en œuvre dans sept organisations de services de santé dirigés par les Premières Nations en Alberta et Saskatchewan, et par celles-ci, entre septembre 2018 et mars 2020. L'analyse sommaire et le rapport ont été rendus possibles grâce à l'accord généreux de toutes les organisations de services de santé dirigés par les Premières Nations participantes, qui ont accepté de fournir leurs données propres au site. Les résultats comprennent les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête, certains déterminants sociaux de la santé, l'accès et l'utilisation des soins de santé, les services de prévention et de dépistage des ITSS, y compris les services de santé et de guérison autochtones, l'utilisation de substances injectables et non injectables (y compris les drogues ou l'alcool) et les expériences d'empoisonnement liées aux substances, les comportements sexuels à risque, la cascade de soins du VIH et de l'hépatite C, la prévalence et la connaissance du statut d'infection.



Méthodes

Engagement et participation des Premières Nations

L'engagement communautaire visant à déterminer l'intérêt et la participation aux enquêtes Tracks a été mené par la *Northern Inter-Tribal Health Authority* et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada dans les régions de l'Alberta et de la Saskatchewan, et comprenait les critères suivants : soutien du chef et du conseil, soutien du directeur de la santé; augmentation des taux de VIH et d'hépatite C ou taux supérieur à la moyenne provinciale ou risque identifié; capacité de répondre aux exigences du projet, y compris le dépistage; taille de la population de la collectivité ou du groupe de collectivités collaboratrices de plus de 800 personnes.

Au cours de l'automne et de l'hiver 2018–2019 et de 2019–2020, sept équipes responsables de l'enquête dirigées par des membres des Premières Nations ont été créées pour mettre en œuvre les enquêtes Tracks et le dépistage : quatre en Saskatchewan (deux collectivités des Premières Nations en 2018 et deux organisations de services de santé des conseils tribaux en 2019–2020) et trois organisations de services de santé des conseils tribaux en Alberta en 2019–2020.

Source des données et techniques d'échantillonnage

Le protocole de l'enquête Tracks sur les déterminants du VIH et de l'hépatite C chez les peuples autochtones du Canada a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence. Les dirigeants des Premières Nations ont examiné et approuvé la méthode d'enquête proposée dans chaque région participante. À l'instar des autres enquêtes Tracks des populations clés au Canada, on a utilisé des techniques d'échantillonnage fondées sur les lieux, en concentrant les efforts de recrutement sur les endroits où les gens sont plus susceptibles de se rassembler, selon les équipes d'enquête communautaire. L'enquête a fait l'objet d'une large promotion, notamment par le biais de publicités dans des lieux communautaires très fréquentés, comme des magasins, des bureaux de bande, des centres de santé, des foires de la santé, des lieux où se déroulent des programmes de réduction des risques et des écoles secondaires, ainsi que sur des plateformes de médias sociaux communautaires et régionales. La participation à l'enquête a eu lieu principalement dans les centres de santé communautaires, mais aussi dans des foires de la santé, dans des écoles secondaires et à l'aide de véhicules de mobilisation, et a souvent été programmée de manière stratégique pour coïncider avec d'autres événements liés à la santé, comme les cliniques de vaccination de masse contre la grippe, les Liver Health Days (Journées de la santé du foie) et la Journée mondiale de lutte contre le sida.

Toute personne s'identifiant comme membre des Premières Nations, Inuit ou Métis et ayant l'âge minimum pour donner son consentement éclairé (selon les exigences locales en matière d'éthique de la recherche) pouvait participer à l'enquête. Les participants admissibles et consentants ont rempli un questionnaire en ligne sur une tablette électronique.

Questionnaire et échantillon biologique

L'enquête Tracks recueille des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, les déterminants sociaux de la santé, l'utilisation des services de santé et de prévention (y compris le dépistage), la consommation de substances (y compris les drogues ou l'alcool) et les comportements d'injection, les pratiques sexuelles et les soins et traitements pour le VIH et l'hépatite C. Le questionnaire était composé de questions validées provenant des enquêtes Tracks précédentes, y compris de l'enquête pilote A-Track de 2011 auprès des peuples autochtones. Le questionnaire a été testé préalablement auprès d'un petit échantillon de membres d'une collectivité des Premières Nations en 2018 et a été examiné et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence. Des définitions en langage clair pour les termes les plus complexes étaient intégrées au questionnaire. Un personnel formé pour l'enquête était disponible sur demande pour aider les participants à répondre au questionnaire. La majorité des participants (85 %) ont répondu eux-mêmes au questionnaire sur une tablette électronique tandis que le reste a été aidé par un intervieweur. Les participants ont fourni un échantillon de sang sous la forme de goutte de sang séché (Saskatchewan, 2019) ou d'un échantillon de sang total (Saskatchewan, 2018; Alberta, 2019) pour le dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis, conformément aux protocoles de dépistage des provinces. Les infirmières de santé publique communautaires ont recueilli les renseignements personnels nécessaires pour retourner les résultats des tests aux participants. Les résultats anonymes des tests ont été liés aux données de l'enquête à l'aide d'un code d'identification unique.

Analyse, interprétation et contextualisation des résultats

Les sept organisations de services de santé dirigés par les Premières Nations ont contribué à cette analyse combinée en fournissant leurs données d'enquête spécifiques au site. Un groupe de rédaction, composé d'un représentant de chaque organisation des Premières Nations participante, de la *Northern Inter-Tribal Health Authority*, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et de l'Agence, a été mis sur pied pour examiner les ébauches de l'article et s'assurer que les résultats de l'enquête étaient correctement mis en contexte d'une manière sûre et culturellement adaptés et que les implications potentielles correspondaient aux réalités et aux priorités de la collectivité. L'examen et l'approbation de l'article définitif par les Premières Nations ont été demandés avant la publication.



Sept ensembles de données d'enquête spécifiques au site ont été combinés pour générer un ensemble de données pour tous les sites aux fins de cette analyse et de ce rapport. Des statistiques descriptives ont été produites pour les indicateurs sélectionnés à l'aide de SAS Enterprise Guide 7.1. Les participants dont la réponse était « Non indiqué », « Je ne sais pas » ou « Refus » ont été exclus du dénominateur de chaque analyse d'indicateur, sauf dans les cas où « Je ne sais pas » était une réponse valide attendue à certaines questions. Comme mesure substitutive de la représentativité de l'échantillon de l'enquête, les caractéristiques liées à l'âge et au sexe ont été comparées à celles des Indiens inscrits de 2019 (10) pour l'Alberta et la Saskatchewan en utilisant des tests du khi carré à un niveau de signification de 0,05.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 1 828 personnes s'étant identifiées comme Autochtones ont participé aux enquêtes Tracks mises en œuvre par les organisations de services de santé dirigés par les Premières Nations dans les collectivités des Premières Nations en Alberta et en Saskatchewan en 2019 et 2020. La majorité des participants (97,4 %) se sont identifiés comme membres des Premières Nations et 91,4 % vivaient dans une collectivité située dans une réserve des Premières Nations (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828)

Caractéristiques sociodémographiques		n	%	Total ^a
Identité autochtone	Premières Nations	1 780	97,4	1 827
	Identité inuite, métisse ou autochtone non spécifiée	47	2,6	
Habitant d'une collectivité des Premières Nations (dans une réserve)		1 671	91,4	1 828
Groupe d'âge	Moins de 25 ans	458	25,4	1 807
	25 à 39 ans	680	37,6	
	40 à 54 ans	443	24,5	
	55 ans ou plus	226	12,5	
Identité de genre ^b	Femme cisgenre	952	52,2	1 825
	Homme cisgenre	822	45,0	
	Personne transmasculine ^c	30	1,6	
	Personne transféminine ^d	21	1,2	

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828) (suite)

Caractéristiques sociodémographiques		n	%	Total ^a
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	1 606	88,4	1 817
	Bisexuel	110	6,1	
	Bispirituel	35	1,9	
	Gai ou lesbienne	20	1,1	
	Autre ^e	46	2,5	

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b La mesure multidimensionnelle du sexe et du genre (Multidimensional Sex/Gender Measure) a été utilisée pour mesurer l'identité de genre (11)

^c Les personnes transmasculines comprenaient les personnes à qui le sexe féminin a été assigné à la naissance et qui s'identifiaient au sexe masculin ou non binaire

^d Les personnes transféminines comprenaient les personnes à qui le sexe masculin a été assigné à la naissance et qui s'identifiaient au sexe féminin ou non binaire

^e Autres, incluaient les personnes ayant répondu asexuelles, pansexuelles et autres réponses ne pouvant être classées

Plus d'un tiers des participants (37,6 %) étaient âgés de 25 à 39 ans. Un quart des participants avaient moins de 25 ans (25,4 %) et une proportion similaire avait entre 40 et 54 ans (24,5 %), tandis que 12,5 % avaient 55 ans ou plus.

Un peu plus de la moitié des participants (52,2 %) se sont identifiés comme femmes cisgenres, 45 % comme hommes cisgenres, 1,6 % comme personnes transmasculines et 1,2 % comme personnes transféminines.

L'évaluation de la représentativité en comparant les caractéristiques d'âge et de sexe de l'échantillon de l'enquête à celles de la population vivant dans les réserves en Alberta et en Saskatchewan n'a révélé aucune différence statistiquement significative (âge, $p = 0,999$; sexe, $p = 0,298$).

La majorité des participants (88,4 %) ont déclaré avoir une orientation sexuelle hétérosexuelle. Des proportions plus faibles de personnes ont déclaré être bisexuelles (6,1 %), bispirituelles (1,9 %), gaies ou lesbiennes (1,1 %) ou autres (2,5 %).

Déterminants sociaux de la santé

Des proportions égales de participants avaient soit terminé leurs études secondaires (20,4 %), soit avaient réalisé des études supérieures après les études secondaires (20,5 %). Plus de la moitié des participants avait un niveau d'instruction égal ou inférieur au secondaire (59,1 %) (tableau 2).

Une grande majorité des participants (82,5 %) a dit s'être trouvée dans une situation de logement stable au cours des six mois précédant l'enquête. Moins d'un tiers des participants (32,1 %) ont déclaré avoir été incarcérés dans leur vie et 6,2 % ont déclaré avoir été incarcérés au cours de l'année précédant l'enquête.



Tableau 2 : Déterminants sociaux de la santé des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828)

Déterminants sociaux de la santé		n	%	Total ^a
Niveau d'instruction le plus élevé	Niveau d'instruction égal ou inférieur au secondaire	1 078	59,1	1 825
	École secondaire	373	20,4	
	Études supérieures après les études secondaires	374	20,5	
Situation de logement précaire ^b , au cours des six derniers mois	Situation de logement stable	1 506	82,5	1 826
	Situation de logement précaire	320	17,5	
Incarcération	Antécédents d'incarcération	585	32,1	1 824
	Incarcération au cours des douze derniers mois	113	6,2	1 823
Santé mentale, déclaré par les participants	Passable à excellente	1 742	95,4	1 826
	Bonne à excellente	1 347	73,8	
	Mauvaise	84	4,6	
Difficultés financières ^c , au cours des douze derniers mois		1 175	64,3	1 827
Autres déterminants sociaux de la santé	Antécédents de stigmatisation et de discrimination ^d dans sa vie	1 107	75,9	1 458
	Antécédents de stigmatisation et de discrimination ^d au cours des douze derniers mois	870	65,6	1 326
	Antécédents de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques durant l'enfance	1 068	65,1	1 641
	Antécédents de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques de la part d'un partenaire sexuel	741	44,8	1 654
	Placé dans un pensionnat autochtone	474	26,4	1 798
	Membre de la famille ayant été dans un pensionnat autochtone	1 636	97	1 686

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Situation de logement stable comprend le fait de vivre dans un appartement ou une maison ou dans l'appartement ou la maison d'un parent. Défini en tant qu'avoir vécu dans une chambre d'hôtel ou de motel, une maison de chambre ou une pension de famille, un refuge ou une auberge de jeunesse, une maison ou un foyer de transition, un établissement psychiatrique ou un centre de désintoxication, un lieu public ou un établissement correctionnel

^c Défini en tant qu'avoir eu du mal à « joindre les deux bouts » au cours de l'année précédant l'entrevue (e.g. avoir du mal à payer les factures ou à acheter suffisamment de nourriture)

^d Défini en tant qu'avoir déjà souffert de stigmatisation ou de discrimination (e.g. évitement, pitié, blâme, honte, rejet, agression verbale ou intimidation) fondée sur l'origine ethnique ou culturelle, le statut de séropositivité pour le VIH, le statut de séropositivité pour l'hépatite C, l'orientation sexuelle, la consommation d'alcool ou de drogues ou le recours au travail du sexe

Une grande majorité des participants (95,4 %) ont déclaré que leur santé mentale était « passable à excellente » et près des trois quarts (73,8 %) ont déclaré que leur santé mentale était « bonne », « très bonne » ou « excellente ». Moins de 5 % des participants ont déclaré qu'elle était « mauvaise ».

Plus d'un cinquième des participants (23,4 %) ont déclaré avoir travaillé à temps plein au cours des six mois précédant l'enquête et 14,5 % ont déclaré avoir travaillé à temps partiel au cours de la même période. Près des deux tiers des participants (64,3 %) ont déclaré avoir connu des difficultés financières au cours de l'année précédant l'enquête. Plus d'un tiers ont déclaré avoir été au chômage (37,4 %) ou avoir reçu une aide sociale (36,2 %) au cours des six mois précédant l'enquête.

Trois quarts des participants (75,9 %) ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours de leur vie et deux tiers (65,6 %) l'ont été au cours de l'année précédant l'enquête. Plus d'un quart des participants (28,7 %) ont déclaré avoir été victimes de discrimination en raison de leur origine ethnique ou culturelle au cours de l'année précédant l'enquête. Près de deux tiers des participants (65,1 %) ont dit avoir subi des violences physiques, sexuelles et/ou émotionnelles durant leur enfance et moins de la moitié (44,8 %) ont subi ces types de violences de la part d'un partenaire sexuel.

Un quart des participants (26,4 %) avaient été dans un pensionnat autochtone. Presque tous les participants (97 %) comptaient dans leur famille une personne qui avait été dans un pensionnat autochtone et deux tiers (67 %) avaient un parent ayant été dans un pensionnat autochtone.

Accès et recours aux services de soins de santé, de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang

La majorité des participants (81,9 %) avaient accès à des soins de santé primaires; près des deux tiers (63,6 %) avaient un fournisseur de soins de santé régulier ou avaient accès à un centre de santé communautaire ou à un poste de soins infirmiers (64,5 %) (tableau 3). Plus d'un tiers des participants (36,4 %) ont eu recours à des pratiques de santé ou de guérison autochtones au cours de l'année précédant l'enquête, tandis qu'un quart des participants (26,4 %) ont utilisé des services de conseil en santé mentale au cours de la même période. Un peu moins d'un participant sur cinq (18,3 %) a déclaré avoir évité les services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination au cours de l'année précédant l'enquête.

Plus d'un tiers des participants (37,3 %) ont reçu des conseils de prévention des ITSS au cours de l'année précédant l'enquête et une proportion similaire (35,2 %) a eu recours à un programme de distribution de préservatifs au cours de la même période. Des proportions plus faibles des participants ont déclaré avoir utilisé des services de traitement pour la consommation de drogues ou



Tableau 3 : Accès et recours aux soins de santé, aux services de prévention et au dépistage des ITSS chez les participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828)

Accès et recours aux soins de santé, aux services de prévention des ITSS	n	%	Total ^a
Accès aux soins de santé primaires	1 492	81,9	1 822
Accès à un fournisseur de soins de santé primaires	1 158	63,6	1 822
Utilisation d'un centre de santé communautaire ou d'un poste de soins infirmiers	961	64,5	1 491
Utilisation de services comprenant des pratiques de santé ou de guérison autochtones, au cours des douze derniers mois ^b	663	36,4	1 822
Recours à des services de conseil en santé mentale, au cours des douze derniers mois	481	26,4	1 823
Évitement des services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination, au cours des douze derniers mois ^c	291	18,3	1 590
Recours à des services de prévention, au cours des douze derniers mois			
A reçu des conseils sur la prévention des ITSS	671	37,3	1 800
Recours à un programme de distribution de préservatifs	639	35,2	1 816
Recours aux services de traitement pour la consommation de drogues ou d'alcool ^d	175	9,6	1 815
Recours à un programme de distribution d'aiguilles et de seringues	142	7,8	1 816
Recours à la méthadone, au suboxone ou à tout autre traitement de substitution aux opiacés	111	6,1	1 814
Sensibilisation aux prophylaxies préexposition et post-exposition non professionnelle			
Sensibilisation à la prophylaxie préexposition au VIH par voie orale	202	11,1	1 821
Sensibilisation à la prophylaxie post-exposition non professionnelle au VIH	511	28,1	1 822
Recours aux services de dépistage des ITSS			
Dépistage du VIH			
Dans sa vie	1 036	62,8	1 649
Au cours des 12 derniers mois	564	34,3	1 646
Dépistage de l'hépatite C			
Dans sa vie	846	55,3	1 529
Au cours des 12 derniers mois	467	30,6	1 526
Dépistage de la chlamydia			
Dans sa vie	909	51,8	1 756
Au cours des 12 derniers mois	488	27,8	
Dépistage de la gonorrhée			
Dans sa vie	817	47,1	1 735
Au cours des 12 derniers mois	446	25,7	
Dépistage de la syphilis			
Dans sa vie	721	41,9	1 719
Au cours des 12 derniers mois	428	24,9	

Tableau 3 : Accès et recours aux soins de santé, aux services de prévention et au dépistage des ITSS chez les participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828) (suite)

Accès et recours aux soins de santé, aux services de prévention des ITSS	n	%	Total ^a
Recours aux services de dépistage des ITSS (suite)			
Dépistage de n'importe quelle ITS			
Dans sa vie	1 078	65,0	1 658
Au cours des 12 derniers mois	619	40,5	1 529

Abbreviations : ITS, infection transmissible sexuellement; ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Les pratiques autochtones de santé ou de guérison comprennent un guérisseur traditionnel, un Aîné de la collectivité, la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être ou d'autres services de santé propres aux autochtones

^c Défini comme l'inquiétude de la stigmatisation de la part du personnel ou des voisins, l'inquiétude ou l'expérience de la violence, du harcèlement de la part de policiers ou de la peur d'être arrêté

^d Comprend des services comme les traitements dans des centres, le counselling de groupe ou un guérisseur traditionnel

d'alcool (9,6 %), des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (7,8 %) ou ont utilisé de la méthadone, du suboxone ou un autre traitement de substitution aux opioïdes (6,1 %) au cours de l'année précédant l'enquête.

Un peu plus d'un participant sur dix (11,1 %) était au courant de la prophylaxie préexposition au VIH par voie orale, tandis que plus d'un quart (28,1 %) connaissait la prophylaxie post-exposition non professionnelle contre le VIH.

Un peu moins des deux tiers des participants (62,8 %) avaient déjà été testés pour le VIH (i.e. qu'ils ont été testés à un moment de leur vie), tandis que plus d'un tiers (34,3 %) avaient été testés pour le VIH au cours de l'année précédant l'enquête. Plus de la moitié des participants avaient déjà été testés pour l'hépatite C au cours de leur vie (55,3 %) et moins d'un tiers avaient été testés dans l'année précédant l'enquête (30,6 %).

Près de deux tiers des participants (65 %) ont déclaré avoir déjà été testés pour une infection transmissible sexuellement et 40,5 % ont déclaré avoir été testés pour une infection transmissible sexuellement au cours de l'année précédant l'enquête. Environ un quart des participants ont été testés pour la chlamydia (27,8 %), la gonorrhée (25,7 %) ou la syphilis (24,9 %) au cours de l'année précédant l'enquête.

Comportements d'injection

Un sixième (16,7 %) des participants ont déclaré avoir consommé des drogues injectables à des fins non médicinales dans leur vie (tableau 4). L'âge moyen de la première fois était de 25,3 ans; les plus grandes proportions ont déclaré avoir commencé à s'injecter de la drogue entre 16 et 24 ans (44,3 %) et entre 25 et 39 ans (38,1 %).

Moins d'un dixième (8,1 %) de tous les participants à l'enquête a déclaré s'être injecté au cours des six mois précédant l'enquête. Parmi eux, une grande majorité (84,5 %) a utilisé une aiguille



Tableau 4 : Comportements d'injection des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, 2018 à 2020 (n = 1 828)

Comportements d'injection	n	%	Total ^a
Substances ou drogues injectées à des fins non médicales			
Au cours de sa vie	304	16,7	1 826
Au cours des six dernières mois	148	8,1	1 824
Quotidiennement au cours du dernier mois ^b	42	28,4	148
Âge à la première injection^c			
Moins de 16 ans	28	9,6	291
16 à 24 ans	129	44,3	
25 à 39 ans	111	38,1	
40 ans ou plus	23	7,9	
Comportements d'injection, au cours des six derniers mois^b			
Consommation de drogues injectables dans un lieu public	57	38,5	148
Utilisation d'une aiguille et d'une seringue stériles lors de la dernière injection	125	84,5	148
Emprunt d'aiguilles ou de seringues usagées	34	23,1	147
Emprunt d'aiguilles ou de seringues usagées auprès de personnes bien connues ^{d,e}	30	90,9	33
Emprunt d'autres matériels d'injection usagés (i.e. eau, filtres, réchauds, garrots, ouate, acidifiants)	70	48,3	145
Emprunt d'autres matériels d'injection usagés auprès de personnes bien connues ^e	62	91,2	68
Comportements d'emprunt non liés à l'injection, au cours des six derniers mois			
Emprunt de matériel de consommation usagé autre que du matériel d'injection (i.e. pailles, billets de banque ou pipes)	502	33,7	1 489

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Parmi ceux qui se sont injectés au cours des six derniers mois

^c Parmi ceux qui se sont déjà injectés

^d « Personnes bien connues » est défini en tant que des membres de la famille, des amis ou des partenaires sexuels

^e Parmi ceux qui ont emprunté des aiguilles ou des seringues usagées

et une seringue stériles lors de leur dernière injection. Parmi ceux qui se sont injectés au cours du mois précédant l'enquête, 85,7 % ont utilisé une aiguille et une seringue stériles lors de leur dernière injection.

Plus d'un tiers (38,5 %) des participants qui se sont injectés au cours des six mois précédant l'enquête ont déclaré s'injecter dans un lieu public et plus d'un quart (28,4 %) ont déclaré s'être injecté quotidiennement au cours du mois précédant l'enquête.

Plus d'un cinquième (23,1 %) des participants qui se sont injectés au cours des six derniers mois ont déclaré avoir emprunté des aiguilles ou des seringues usagées et, parmi eux, une grande majorité (91 %) l'a fait auprès de personnes qu'ils connaissaient bien. Près de la moitié (48,3 %) ont déclaré avoir emprunté d'autres matériels d'injection comme de l'eau, des filtres et des réchauds, principalement auprès de personnes qu'ils connaissaient bien (91,2 %). Il convient de noter que parmi les

participants à l'enquête qui ont déclaré avoir consommé une substance non injectable au cours des six mois précédents, un tiers (33,7 %) a déclaré avoir emprunté du matériel de consommation non injectable comme des pailles et des pipes au cours des six mois précédant l'enquête.

Consommation de substances et antécédents de surdose (empoisonnements)

L'alcool et le cannabis étaient les substances non injectables les plus couramment utilisées par les participants à l'enquête au cours des six mois précédant l'enquête; près des deux tiers (64,6 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool et plus de la moitié (55,6 %) du cannabis (tableau 5). Des proportions plus faibles ont déclaré consommer de la cocaïne (16,7 %), de la codéine (15,1 %), de la méthamphétamine (14,3 %) ou du crack (12,9 %).

Tableau 5 : Consommation de substances et antécédents de surdose (empoisonnements) des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828)

Consommation de drogues et antécédents de surdose (empoisonnements)	n	%	Total ^a
Substances non injectables les plus utilisées, au cours des six derniers mois^b			
Alcool	1 174	64,6	1 817
Cannabis	1 010	55,6	
Cocaïne	304	16,7	
Codéine	275	15,1	1 816
Méthamphétamine	260	14,3	1 817
Crack	234	12,9	1 816
Drogues injectables les plus utilisées, au cours des six derniers mois^{b,c}			
Méthamphétamine	96	64,9	148
Morphine	57	38,5	
Fentanyl	55	37,4	147
Héroïne	43	29,1	148
Cocaïne	42	28,4	
Hydromorphone	41	27,7	
Connaissance, accessibilité et utilisation d'une trousse contre les surdoses			
Connaissance de l'existence des trousse contre les surdoses	839	46,0	1 826
Antécédents d'utilisation d'une trousse contre les surdoses	144	17,2	838
Accessibilité des trousse contre les surdoses dans la collectivité des participants ^d			
Oui	586	69,9	838
Non	56	6,7	
Je ne sais pas	196	23,4	



Tableau 5 : Consommation de substances et antécédents de surdose (empoisonnements) des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828) (suite)

Consommation de drogues et antécédents de surdose (empoisonnements)	n	%	Total ^a
Expériences de surdose			
Antécédents de surdose au cours des six derniers mois	122	8,2	1 495
Drogues ou substances les plus couramment utilisées lors de la dernière surdose^e			
Alcool	46	38,3	120
Fentanyl	44	36,7	
Méthamphétamine	29	24,2	
Cannabis	22	18,3	
Cocaïne	19	15,8	
Héroïne	16	13,3	

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué »

^b Les participants ont indiqué toutes les drogues (qu'ils avaient injectées, consommées ou utilisées lors de la dernière surdose) à des fins non médicales au cours des six mois précédant l'enquête. Les drogues les plus fréquemment citées par les participants sont présentées. Les réponses ne s'excluent pas mutuellement

^c Parmi les participants qui se sont injectés au cours des six derniers mois

^d Parmi les participants qui avaient entendu parler des troussees contre les surdoses

^e Parmi les participants qui ont souffert d'une surdose au cours des six derniers mois et qui ont fourni une réponse. Surdose a été définie comme une réaction négative à la consommation d'une trop grande quantité de drogues. Les symptômes peuvent inclure une respiration lente, un rythme cardiaque lent, un pouls lent, des spasmes musculaires, des convulsions ou une diminution de conscience

Parmi les 8,1 % de participants ayant déclaré s'être injecté des drogues non médicinales au cours des six mois précédant l'enquête, la méthamphétamine était la drogue la plus souvent utilisée (64,9 %), plus d'un tiers s'est injecté de la morphine (38,5 %) ou du fentanyl (37,4 %), et plus d'un quart s'est injecté de l'héroïne (29,1 %), de la cocaïne (28,4 %) ou de l'hydromorphone (27,7 %).

Un peu moins de la moitié (46 %) de tous les participants avaient entendu parler des troussees contre les surdoses. La majorité d'entre eux (69,9 %) ont déclaré y avoir accès dans leur collectivité, tandis que près d'un quart (23,4 %) n'était pas au courant. Moins d'un cinquième (17,2 %) avait déjà utilisé une trousse contre les surdoses sur quelqu'un d'autre.

Moins d'un dixième (8,2 %) des participants ont déclaré avoir fait une surdose au cours des six mois précédant l'enquête. Les substances les plus utilisées lors de la dernière surdose étaient l'alcool (38,3 %), le fentanyl (36,7 %) et la méthamphétamine (24,2 %).

Comportements sexuels à risque

Parmi les participants qui ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles, environ un quart (26,1 %) ont eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des six mois précédant l'enquête (tableau 6). La majorité (89,3 %) des participants qui avaient

un partenaire sexuel régulier ont déclaré une utilisation irrégulière du préservatif lors de relations sexuelles vaginales ou anales. Parmi les participants qui avaient un partenaire sexuel occasionnel, près de 80 % ont déclaré une utilisation irrégulière du préservatif lors de relations sexuelles vaginales ou anales. Environ quatre participants sur dix (43,5 %) ont déclaré consommer des substances avant ou pendant les relations sexuelles au cours des six mois précédant l'enquête.

Tableau 6 : Comportements sexuels des participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 828)

Comportements sexuels à risque, au cours des six derniers mois	n	%	Total ^a
Deux partenaires sexuels ou plus	410	26,1	1 573
Utilisation irrégulière du préservatif lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel régulier ^b	1 049	89,3	1 175
Utilisation irrégulière du préservatif lors de relations vaginales ou anales avec un partenaire sexuel occasionnel ^b	432	79,9	541
Consommation de substances avant ou pendant les relations sexuelles	606	43,5	1 394
Relations sexuelles rémunérées	53	3,8	1 394
Absence de préservatif lors de la dernière relation sexuelle rémunérée ^c	19	35,9	53

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué » et exclut les participants qui n'ont jamais eu de relations sexuelles

^b Utilisation irrégulière du préservatif est défini comme ne pas systématiquement utiliser un préservatif (i.e. jamais, parfois ou souvent)

^c Parmi les participants ayant des relations sexuelles rémunérées

Une petite proportion (3,8 %) des participants avaient eu des relations sexuelles rémunérées au moins une fois au cours des six mois précédant l'enquête et, parmi eux, plus d'un tiers (35,9 %) ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de la dernière relation sexuelle rémunérée.

Prévalence du VIH et de l'hépatite C et connaissance

La majorité (95 %) des participants ont fourni un échantillon de sang pour le dépistage du VIH et de l'hépatite C (n = 1 736) et la prévalence du VIH était de 1,6 % (soit moins de deux participants sur 100). Parmi les personnes dont le test de dépistage du VIH était positif, près des deux tiers (64 %) étaient au courant de leur séropositivité (tableau 7).

L'exposition à vie à l'infection par l'hépatite C, mesurée par la prévalence des anticorps de l'hépatite C, était de 11,2 %. Un participant sur 20 (5 %) avait un ARN du VHC positif, ce qui indique une infection active par l'hépatite C au moment de l'enquête. Parmi ceux-ci, moins de la moitié (44,9 %) étaient au courant de leur séropositivité à l'ARN de l'hépatite C.



Tableau 7 : Prévalence et cascade de soins du VIH et de l'hépatite C et connaissance du statut d'infection à ces maladies chez les participants à l'enquête Tracks dans les collectivités des Premières Nations de l'Alberta et de la Saskatchewan, de 2018 à 2020 (n = 1 736)

Prévalence du VIH et de l'hépatite C	n	%	Total ^a
Prévalence du VIH	27	1,6	1 736
Connaissance du statut de séropositivité pour le VIH ^b	16	64,0	25
Cascade de soins du VIH (parmi les participants ayant connaissance de leur statut de séropositivité pour le VIH)			
Orientation vers les soins et les services liés au VIH ^c	13	81,3	16
Suivi actuel d'un TAR	13	81,3	
Observance du TAR, sans aucune dose omise au cours du dernier mois	< 10	–	13
Autodéclaration d'une charge virale indétectable pour le VIH	7	53,9	
Évitement des services liés au VIH en raison d'antécédents de stigmatisation et de discrimination, au cours des douze derniers mois	< 5	–	
Prévalence de l'hépatite C et connaissance du statut d'infection à la maladie			
Prévalence des anticorps anti-VHC	193	11,2	1 728
Prévalence de l'ARN du VHC	87	5,0	1 725
Connaissance du statut de séropositivité pour l'ARN de l'hépatite C ^d	35	44,9	78
Cascade de soins de l'hépatite C (parmi les participants ayant connaissance de leur statut pour l'ARN de l'hépatite C)			
Orientation vers les soins pour l'hépatite C ^e	21	60,0	35
Antécédents de traitement contre l'hépatite C	< 10	–	
Suivi actuel d'un traitement contre l'hépatite C	< 10	–	
Co-infection au VIH et à l'hépatite C			
Séropositivité pour le VIH et ARN du VHC positif	8	0,5	1 724

Abréviations : ARN, acide ribonucléique; TAR, traitement antirétroviral; VHC, virus de l'hépatite C; VIH, virus de l'immunodéficience humaine; –, données supprimées pour protéger la confidentialité

^a Le total représente les comptes totaux pour l'indicateur correspondant au comportement, à l'exclusion des valeurs « Je ne sais pas », « Refus » et « Non indiqué ». Pour les résultats des tests biologiques, le total est parmi les participants qui ont fourni un échantillon biologique en quantité suffisante pour détecter la présence des anticorps

^b Parmi les participants chez qui la présence des anticorps anti-VIH a été détectée et qui ont déclaré leur diagnostic d'infection au VIH

^c Défini comme étant suivi par un médecin ou un fournisseur de soins de santé pour des services liés au VIH au moment de l'enquête

^d Parmi les participants chez qui la présence de l'ARN du VHC a été détectée et qui ont déclaré leur statut actuel d'ARN du VHC positif. Le dénominateur exclut les participants pour lesquels il manque des données

^e Défini comme étant suivi par un médecin ou un fournisseur de soins de santé pour des services liés à l'hépatite C au moment de l'enquête

Cascade de soins du VIH et de l'hépatite C

Sur les 16 participants à l'enquête qui étaient au courant de leur séropositivité, 13 (81,3 %) étaient en relation avec un fournisseur de soins pour des services liés au VIH et suivaient un traitement antirétroviral au moment de l'enquête (tableau 7). Parmi ceux qui suivent actuellement un traitement contre le VIH, moins de 10 participants ont déclaré avoir respecté le traitement au cours du mois précédant l'enquête. Sept des 13 personnes ont déclaré une charge virale indétectable. Moins de cinq participants ont déclaré avoir évité les services ou le traitement du VIH au cours de l'année précédant l'enquête.

Parmi les 35 participants qui étaient au courant de leur infection par le VHC positif à l'ARN, 21 (60 %) étaient avais un fournisseur de soins de santé; moins de 10 des 35 avaient suivi un traitement contre l'hépatite C à un moment donné ou suivaient un traitement contre l'hépatite C au moment de l'enquête. Les raisons les plus courantes pour ne pas suivre de traitement contre l'hépatite C étaient que le participant se sentait bien (33,7 %), qu'il consommait des substances (14,9 %) ou qu'il n'avait que récemment établi un lien avec les soins médicaux (11,9 %).

La proportion de participants qui étaient à la fois séropositifs pour le VIH et ayant une infection active à l'ARN du VHC étaient de cinq sur 1 000 personnes (0,5 %). La prévalence des anticorps contre la syphilis (un indicateur de l'exposition à vie à la syphilis) était de 2,5 %.

Discussion

Sept organisations de services de santé dirigés par les Premières Nations et leurs équipes d'enquête respectives ont mis en œuvre avec succès les enquêtes Tracks dans les collectivités des Premières Nations participantes en Alberta et en Saskatchewan. Ces enquêtes Tracks menées par les Premières Nations représentent les premières évaluations de ce type dans les collectivités des réserves. La participation précoce des Premières Nations, le soutien des dirigeants, la recherche participative et le respect de la souveraineté des données des Premières Nations ont été des éléments fondamentaux pour un engagement communautaire significatif et une mise en œuvre réussie de l'enquête dans les collectivités. L'engagement de renvoyer les résultats des tests biologiques aux participants à l'enquête, tout en garantissant l'anonymat de toutes les données personnelles à des fins de surveillance de la santé publique, était également essentiel. Des professionnels de la santé publique des organisations de services de santé auprès des Premières Nations ont dirigé des équipes d'enquête communautaire pour mener la promotion de l'enquête, le recrutement des participants et la collecte des données. Leur expertise et leur participation au groupe de rédaction chargé de guider l'analyse et l'interprétation des données ont été essentielles pour garantir une contextualisation culturellement significative et appropriée



des résultats de l'enquête pour ce rapport. La participation active des Premières Nations tout au long du cycle de vie du projet, de la conceptualisation à l'application des connaissances, a soutenu les engagements à faire progresser la réconciliation et l'autodétermination des Premières Nations en matière de services et de programmes de santé afin de réduire les répercussions des ITSS dans leurs collectivités.

Il est reconnu que les inégalités structurelles, sociales et en matière de santé influencent directement et indirectement la vulnérabilité et la résilience face au VIH, à l'hépatite C et aux autres ITSS (12). Ces facteurs sont encore aggravés par le legs et les répercussions continus du colonialisme, des pensionnats et du racisme systémique dont sont victimes les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Conformément aux enquêtes Tracks précédentes menées auprès de participants autochtones dans des centres urbains (8), les participants ont souvent mentionné avoir fréquenté un pensionnat autochtone ou savoir qu'un proche en a fréquenté un, avoir été victime de stigmatisation et de discrimination, d'abus physiques, sexuels et/ou émotionnels (dans l'enfance ou avec un partenaire sexuel), ainsi que de rencontrer des difficultés financières. Malgré ces défis et ces traumatismes importants, plusieurs indicateurs de l'enquête reflètent la force et la résilience des collectivités, une proportion relativement élevée d'entre elles faisant état d'une santé mentale bonne à excellente, d'un logement stable, d'un accès aux soins de santé primaires et à des services de santé ou de guérison propres aux autochtones.

Les indicateurs de prévention et de dépistage des ITSS étaient encourageants, avec des taux élevés de dépistage à vie du VIH et de l'hépatite C, de dépistage de toute infection transmissible sexuellement et de recours aux programmes de conseil en prévention des ITSS ou de distribution de préservatifs. La sensibilisation à la prophylaxie préexposition au VIH par voie orale et à la prophylaxie post-exposition non professionnelle était de 11,1 % et 28,1 %, respectivement; équivalente ou supérieure à celle trouvée dans une sous-analyse des participants autochtones des enquêtes Tracks chez les utilisateurs de drogues injectables à travers le Canada de 2017 à 2019, soit 11,5 % et 10,8 %, respectivement (8). La participation élevée aux programmes de prévention et de dépistage des ITSS reflète l'efficacité des programmes et services dirigés et offerts par les Premières Nations dans leurs collectivités. Il convient également de noter que la prophylaxie préexposition et la prophylaxie post-exposition non professionnelle sont couvertes pour les Premières Nations et les Inuits inscrits au programme des Services de santé non assurés de Services aux Autochtones Canada, tout comme les médicaments pour le traitement du VIH et de l'hépatite C (13).

L'alcool et le cannabis étaient les substances non injectables les plus fréquemment rapportées. La consommation de stimulants, dont la cocaïne, la méthamphétamine et le crack, a été signalée

dans une moindre mesure. Moins de 10 % de l'ensemble des participants ont déclaré s'être injecté des substances au cours des six mois précédant l'enquête, parmi lesquels on a noté une utilisation prédominante de la méthamphétamine et des opioïdes, notamment la morphine et le fentanyl. Si la plupart d'entre eux ont utilisé des aiguilles et des seringues stériles, l'emprunt d'aiguilles, de seringues et d'autres matériels d'injection usagés, le plus souvent à des personnes qu'ils connaissaient bien, a également été signalé. De même, de matériel de consommation usagé, comme des pailles ou des pipes, pour la consommation de substances non injectables a également été signalé. Ces résultats suggèrent qu'il est nécessaire de renforcer l'éducation et la sensibilisation en matière de santé publique afin d'alerter les collectivités sur les risques accrus liés au partage de matériel de consommation de drogues usagé, même avec des personnes de confiance.

Un participant sur dix a été victime d'une surdose (empoisonnement) de drogue ou d'alcool au cours des six mois précédant l'enquête, l'alcool et le fentanyl étant les substances les plus couramment utilisées lors de la dernière surdose. Il est encourageant de constater que près de la moitié des participants avaient entendu parler des troussees contre les surdoses comme la naloxone et qu'une grande partie d'entre eux savaient que des troussees étaient disponibles dans leur collectivité. Cependant, près d'un quart des participants ne savaient pas si des troussees étaient disponibles localement, ce qui suggère que la promotion de la disponibilité de telles troussees dans les collectivités pourrait être améliorée.

Il faut être prudent lorsqu'on compare la prévalence provenant d'études utilisant des méthodes différentes, et parmi des populations et des milieux différents et à des périodes différentes. Toutefois, pour situer le contexte, la prévalence du VIH parmi les participants à l'enquête était relativement faible (1,6 %), alors qu'elle était de 5,2 % dans l'enquête pilote A-Track menée auprès des populations autochtones urbaines de Regina, en Saskatchewan, en 2011–2012 (9), et plus élevée que les estimations nationales modélisées de la prévalence du VIH parmi les populations autochtones, soit un peu moins de 0,4 % en 2016 (14) et moins de 0,2 % dans la population canadienne générale en 2018 (1). Alors que les taux de dépistage du VIH étaient élevés dans les collectivités, six des 25 participants (soit un sur quatre) qui ont été déclarés positifs pour le VIH ne connaissaient pas leur statut. Plus de 81 % des personnes qui étaient au courant de leur statut séropositif au VIH avaient déjà été orientées vers des soins et traitements et, parmi elles, plus de la moitié ont déclaré des charges virales indétectables. Ces résultats suggèrent que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour optimiser le dépistage, le lien avec les soins et le traitement du VIH afin de mieux répondre aux besoins des collectivités et de se rapprocher des objectifs mondiaux, dont les cibles 90-90-90 en matière de dépistage et de traitement du VIH (7).



La même prudence s'impose si l'on tente de comparer la prévalence de l'hépatite C dans des populations, des périodes et des contextes différents. Un peu plus d'un participant sur dix (11,2 %) à l'enquête a été testé positif pour l'anticorps de l'hépatite C (un indicateur de l'exposition à vie). Ce chiffre est inférieur à celui de 41,6 % des participants ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage de l'anticorps de l'hépatite C dans l'enquête A-Track 2011–2012 menée auprès de peuples autochtones vivant en milieu urbain (par opposition à ceux vivant dans les réserves) (9). Il est également supérieur aux estimations de résultats positifs au test de dépistage de l'anticorps de l'hépatite C d'un peu moins de 1 % dans la population générale canadienne en 2017 (15). Les enquêtes Tracks actuelles dans les collectivités des Premières Nations ont révélé que 5 % des participants ont été déclarés positifs pour l'ARN de l'hépatite C (un indicateur de l'infection active par l'hépatite C) et que parmi ceux-ci, plus de la moitié ignorait ce statut. Ces résultats plaident en faveur d'un redoublement des efforts pour faire avancer les stratégies communautaires visant à normaliser un dépistage culturellement sécuritaire et accessible, à faciliter un lien plus rapide avec les soins et les traitements et à se rapprocher de l'objectif d'éradication de l'hépatite C dans les collectivités des Premières Nations.

Forces et faiblesses

Les enquêtes Tracks utilisent une approche intégrée de surveillance biocomportementale approuvée par l'Organisation mondiale de la Santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA pour accroître les connaissances sur les facteurs contribuant au VIH parmi les populations les plus à risque, afin d'améliorer les réponses de santé publique. Les enquêtes Tracks dans les collectivités des Premières Nations en Alberta et en Saskatchewan ont été menées par les Premières Nations et soutenues par les dirigeants des conseils tribaux. La population combinée des collectivités et des conseils tribaux participants représente plus du quart (28 %) de toutes les Premières Nations vivant dans des réserves en Alberta et en Saskatchewan. Plus de 95 % des participants à l'enquête ont accepté de fournir un échantillon de sang pour le dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis. Les enquêtes ont fait l'objet d'une large promotion auprès des collectivités locales et des établissements de santé dans toutes les régions participantes, invitant les membres de la collectivité à participer. Bien que cette méthode non probabiliste de recrutement des participants signifie que les résultats de l'enquête ne sont peut-être pas entièrement représentatifs de toutes les collectivités des Premières Nations en Alberta et en Saskatchewan, la promotion de l'enquête, le recrutement des participants et la collecte des données menés par les Premières Nations ont probablement contribué à atténuer cette limite. La similitude des caractéristiques d'âge et de sexe de la population de l'enquête avec celles de la population des réserves dans les deux provinces est également rassurante. La majorité (85 %)

des enquêtes étaient autoadministrées, ce qui a permis de réduire les biais potentiels liés à l'observateur ou à la désirabilité sociale associés aux enquêtes administrées par un intervieweur; cependant, comme pour toutes les données rapportées par les participants, il est possible que certains comportements à risque aient été surdéclarés ou sous-déclarés. Les variations régionales de certains indicateurs ne sont pas reflétées dans ce sommaire des résultats combinés. Malgré ces limites, et compte tenu des points forts notables, ces enquêtes fournissent un aperçu unique des facteurs susceptibles d'influer sur la vulnérabilité aux ITSS dans les collectivités des Premières Nations et permettent d'élaborer des stratégies ciblées pour y remédier.

Conclusion

Les enquêtes Tracks menées par les Premières Nations sont les premières du genre dans les collectivités des réserves et représentent un modèle innovant de collaboration réussie entre la communauté, la santé publique et la surveillance à l'échelle locale, régionale et nationale. L'engagement précoce, le soutien des dirigeants, le respect de la souveraineté des données des Premières Nations, la mise en œuvre de l'enquête par les Premières Nations et la participation active à toutes les phases du projet ont été les clés du succès et ont contribué à la voie de la réconciliation. Ce projet a permis de mieux comprendre la prévalence du VIH et de l'hépatite C dans les collectivités des Premières Nations en Alberta et en Saskatchewan. Les résultats de l'enquête permettront d'informer les services communautaires de dépistage, de prévention et de traitement des ITSS, ainsi que les programmes de réduction des risques, sur les meilleurs endroits où concentrer leurs efforts. La prévalence élevée de l'hépatite C en particulier indique que des efforts renouvelés et soutenus sont nécessaires pour s'attaquer aux facteurs d'infection et accroître l'accès au dépistage et au traitement. Cette situation, ainsi que les expériences continues de stigmatisation, de discrimination et de racisme, y compris lors de l'accès aux services de santé, réaffirme les données probantes des répercussions continues de la colonisation, des pensionnats autochtones et du racisme systémique envers les peuples des Premières Nations. Malgré ces défis, le taux élevé de participation aux programmes de dépistage et de prévention des ITSS reflète l'importance de services et de programmes de soins de santé sécuritaire et tenant compte des différences culturelles, dirigés par les Premières Nations, pour réaliser des progrès significatifs en vue d'améliorer les résultats en matière de santé, notamment ceux liés aux ITSS, pour les peuples des Premières Nations. Sous réserve du soutien et des priorités des organisations de services de santé auprès des Premières Nations collaboratrices, d'autres analyses pourront être entreprises pour évaluer les associations entre les déterminants comportementaux et sociaux et les taux d'infection. Les futures enquêtes en milieu communautaire dépendront des priorités et des besoins des Premières Nations ainsi que de la capacité nécessaire à la mise en œuvre réussie de l'enquête.



Déclaration des auteurs

K. L. H. — Conceptualisation, analyse formelle, méthodologie, administration de projet, rédaction (version initiale, révision et édition)

L. J. — Conceptualisation, analyse formelle, conservation des données, méthodologie, administration de projet, rédaction (version initiale, révision et édition)

L. M. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

A. H. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

B. G. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

B. M. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

A. N. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

M. A. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

D. N. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

D. T. Y. — Rédaction (révision et édition)

S. G. — Rédaction (révision et édition)

N. N. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

I. K. — Conceptualisation, rédaction (révision et édition)

W. Y. — Conceptualisation, administration de projet, rédaction (révision et édition)

M. B. — Conceptualisation, méthodologie, administration de projet, rédaction (révision et édition)

D. P. — Conceptualisation, acquisition du financement, méthodologie, administration de projet, rédaction (révision et édition)

Intérêts concurrents

Aucun.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les participants à l'enquête pour leur temps et leurs efforts, ainsi que pour avoir partagé leurs expériences. Les auteurs remercient également les dirigeants des conseils tribaux et des collectivités des Premières Nations (directeurs de la santé, infirmières de la santé publique et équipes d'enquête des organisations de services de santé auprès des Premières Nations participantes), les infirmières de la santé publique et les épidémiologistes de la *Northern Inter-Tribal Health Authority* et des régions de l'Alberta et de la Saskatchewan de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, les épidémiologistes de l'équipe des enquêtes Tracks de l'Agence de la santé publique du Canada,

ainsi que le personnel des laboratoires provinciaux participants et du Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada, qui ont tous contribué à la réussite de l'enquête. Nous souhaitons également remercier C. Garnons-Williams qui a joué un rôle clé dans la programmation de ces enquêtes.

Financement

Ce travail a été financé par l'Agence, dans le cadre de son système de surveillance améliorée du VIH et de l'hépatite C (Enquêtes Tracks).

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH. Ottawa (ON) : ASPC; 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progr-es-realises-canada-90-90-90.html#s6>
2. Agence de la santé publique du Canada et Services aux Autochtones Canada. Le VIH chez les premières nations vivant dans les réserves. Ottawa (ON); (modifié 2018). <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569944434418/1569944485096>
3. Agence de la santé publique du Canada et Services aux Autochtones Canada. L'hépatite C chez les premières nations vivant dans les réserves. Ottawa (ON); (modifié 2019). <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569955684724/1569958287940>
4. Indigenous Services Canada, First Nations and Inuit Health Branch. Saskatchewan First Nations 2018 Health Status Report. Gatineau (QC): ISC. https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/For%20Physicians/Indigenous%20Wellness/ISC_FNIHB_SFN_2018_Health_Status_Report-FINAL.pdf
5. Alberta First Nations Information Governance Centre. HIV Incidence among First Nations people in Alberta. Calgary (AB): AFNIGC; 2018. <http://www.afnigc.ca/main/includes/media/pdf/fnhta/HTAFN-2018-01-09-HIV%20FN.pdf>
6. Alberta First Nations Information Governance Centre. Hepatitis C incidence among First Nations in Alberta. Calgary (AB): AFNIGC; 2017. <http://www.afnigc.ca/main/includes/media/pdf/fnhta/HTAFN-2017-12-12-HepC.pdf>
7. Programme Commun des Nations Unis sur le VIH/SIHA. 90-90-90: Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève (CH) : ONUSIDA; 2014. <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>



8. Tarasuk J, Sullivan M, Bush D, Hui C, Morris M, Starlight T, Cholette F, Jonah L, Bryson M, Paquette D, Masching R. Résultats en ce qui concerne les participants autochtones sondés dans le cadre de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2021;47(1):43–55. DOI
9. Agence de la santé publique du Canada. Résumé des principaux résultats de l'enquête pilote A-Track (2011-2012). Ottawa (ON) : ASPC; 2013. <https://publications.gc.ca/site/fr/9.643628/publication.html>
10. Services aux Autochtones Canada. Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence, 2019. Gatineau (QC) : SAC; 2020. <https://www.sac-isc.gc.ca/fr/1602251633275/1604843693507>
11. Bauer GR, Braimoh J, Scheim AI, Dharma C. Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: mixed-methods evaluation and recommendations. PLoS One 2017;12(5):e0178043. DOI PubMed
12. Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. Ottawa (ON) : ASPC; 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
13. Services aux Autochtones Canada. Services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Liste des médicaments, septembre 2020. Gatineau (QC) : SAC; 2020. https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-HLTH/STAGING/texte-text/nihb_benefits-services_drugs_dbl-index_1573154657223_fra.pdf
14. Agence de la santé publique du Canada. Infographie : Personnes vivant avec l'hépatite C (VHC), Canada, 2017. Ottawa (ON) : ASPC; (modifié 2020). <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/infographic-people-living-with-hepatitis-c-2017.html>
15. Agence de la santé publique du Canada. Résumé: estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016. Ottawa (ON) : ASPC; 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimate-s-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-eng.pdf>