

Notre santé :

Enquête pancanadienne sur la communauté **2SLGBTQQIA+**

Anthony Theodore Amato

Kimia Rohani

Jay Tang

Stephanie Arthur

Nahomi Amberber

Ben Klassen

Anu Radha Verma

Tyrone Curtis

Jaylene McRae

Jessy Dame

Kris Reppas

Lane Bonertz

Martin Morberg

Skye Wilson

William Flett

Kassaundra Benoit

Matt Fischer

Craig Besaw

Jeffery Chalifoux

Katie O'Brien

Nathan Lachowsky



RAPPORT COMMUNAUTAIRE SUR LA COVID-19 :

Les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+

2025

Remerciements

Nous remercions les consultaires, consultants, et consultantes communautaires qui ont aidé à définir les priorités de la recherche et qui nous ont fait part de leurs commentaires et de leurs précieuses expériences dans le cadre de ce rapport. Ce travail a été réalisé par, pour et avec des communautés ayant des savoirs expérientiels. Merci aux communautés autochtones 2S/LGBTQQIA+ qui ont participé à Notre santé 2022 et qui nous ont fait confiance. Nous espérons que cette étude fournira des informations utiles à vos communautés. Nous remercions également l'ensemble de notre [équipe de recherche et de notre personnel de recherche](#) — leurs noms et plus d'informations à leur sujet se trouvent sur cette page!

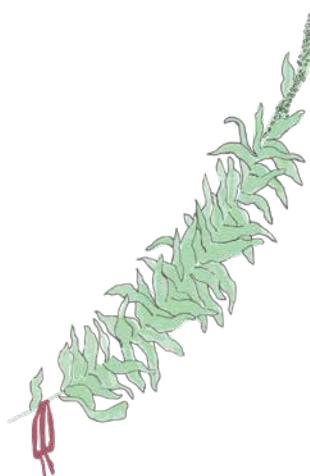
Notre santé 2022 a reçu des fonds de recherche du Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19 du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et du Conseil de recherches en sciences humaines. Nous aimerais également remercier Egale Canada, le réseau Enchanté et la 2 Spirits in Motion Society pour leur collaboration sur ce projet.

Reconnaissance territoriale

Le Centre de recherche communautaire (CBRC) reconnaît qu'en tant qu'organisme national, son travail s'étend sur les territoires non cédés, ancestraux et traditionnels de peuples autochtones, territoires aujourd'hui occupés et connus sous le nom de Canada. Ces terres comprennent les territoires non cédés des Premières Nations Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh, actuellement connus sous le nom de Vancouver, où se trouve le siège social de l'organisme. L'équipe du CBRC est consciente et reconnaissante de vivre et de travailler sur ces terres dont les peuples autochtones prennent soin depuis des temps immémoriaux.

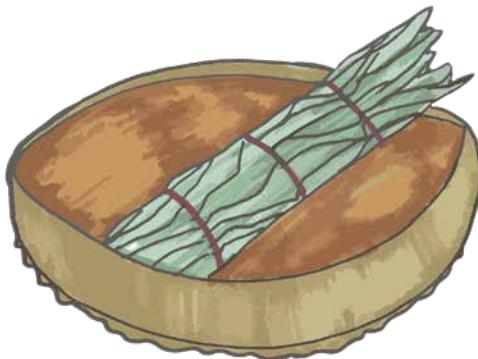
En 2016, le CBRC a soutenu les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, ainsi que la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. En tant qu'organisme consacré à la santé et au bien-être des communautés 2S/LGBTQQIA+, le CBRC reconnaît qu'une véritable réconciliation exige plus qu'un simple soutien : il a pris un certain nombre d'engagements dans son travail, notamment l'intégration complète du personnel bispirituel et autochtone dans son équipe et sa contribution à la culture de l'organisme et à la prestation de programmes, ainsi que la création et la mise en valeur d'un espace réservé aux personnes bispirituelles et autochtones queers et trans dans le cadre du Sommet, la conférence annuelle du CBRC.

Tout au long de son parcours vers la vérité et la réconciliation, le CBRC continue d'apprendre de son personnel et de ses partenaires autochtones, de réfléchir aux effets de ses actions et de ses politiques sociales sur la vie des personnes autochtones, et de participer activement à la décolonisation.



Principales conclusions de ce rapport

- Dans l'ensemble, 92 % des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ interrogées ont déclaré être vaccinées contre la COVID-19, bien qu'elles aient également fait état d'obstacles importants à l'accès aux soins et qu'elles présentent un taux élevé de méfiance à l'égard du système de santé.
- Les personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir très peu confiance dans la police, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux. En revanche, elles ont déclaré avoir une grande confiance dans les organismes 2S/LGBTQQIA+.
- Près de trois quarts des personnes autochtones interrogées ont déclaré connaître le principe I=I (**indétectable = intransmissible**), selon lequel une personne vivant avec le VIH qui suit un traitement et dont la charge virale est indétectable ne peut pas transmettre le VIH à ses partenaires par le biais de rapports sexuels.
- 41 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir perdu une personne de leur communauté pendant la pandémie de COVID-19 à cause d'une consommation de drogues toxiques.
- Les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ ont trouvé des moyens d'entretenir leurs liens mutuels et de maintenir les liens avec leurs communautés pendant la pandémie de COVID-19; plus de 70 % d'entre elles ont passé plus de la moitié de leur temps consacré aux activités sociales en compagnie d'autres personnes 2S/LGBTQQIA+.





Contexte

En raison des effets persistants de la colonisation, les populations autochtones de ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada souffrent d'inégalités en matière de santé depuis bien avant la pandémie de COVID-19¹⁻³. Les obstacles à l'accès aux soins, et en particulier aux soins culturellement sécuritaires, ainsi que les expériences de discrimination dans le système de santé, ont continué d'être observés pendant la pandémie de COVID-19¹⁻³. Celle-ci a eu des conséquences particulièrement graves sur les communautés autochtones : de nombreux services et rassemblements culturels ont été interrompus, ce qui a eu des répercussions négatives sur la santé^{1,4}. En outre, des taux élevés d'insécurité alimentaire et d'instabilité résidentielle ont été observés dans les populations autochtones; certaines personnes hésitaient à accéder aux services de soutien ou s'en méfiaient en raison de traumatismes historiques causés par des institutions non autochtones¹. Parmi les communautés autochtones 2S/LGBTQQIA+ en particulier, on a constaté une augmentation des problèmes de santé mentale, de la violence conjugale et de la violence sexuelle pendant la pandémie de COVID-19⁵.

Pendant cette période difficile, les membres des communautés autochtones ont fait preuve d'un soutien mutuel et créatif, notamment en distribuant des trousse de perlage, des graines de tabac et de la nourriture, en organisant des événements virtuels où les personnes pouvaient raconter des histoires et prendre des nouvelles, et en améliorant l'accès à la technologie pour faciliter les liens à distance^{1,6}. Le succès de ce type d'approches fondées sur les forces de la communauté démontre l'importance du lien culturel chez les peuples autochtones 2S/LGBTQQIA+, et la nécessité de mettre en œuvre des programmes de santé dirigés par les Autochtones et adaptés à leur culture^{1,4}. Il est important de rappeler que, si la pandémie de COVID-19 a posé des défis particuliers à la santé physique et mentale de ces communautés, les populations autochtones et bispirituelles ont continué à faire preuve d'ingéniosité face à l'adversité¹⁻⁶.

Il est nécessaire de mener davantage de recherches sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+. Ce rapport se penche sur le bien-être physique, émotionnel et spirituel des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ pendant la pandémie de COVID-19, ainsi que sur leur santé sexuelle et reproductive, leur santé communautaire, leur utilisation des services de soins de santé, leur consommation de drogues, leur situation économique et résidentielle, leur confiance dans les institutions et leurs responsabilités d'aider·e naturel·le.

Méthode

Sondage

Notre santé 2022 est une enquête menée par le Centre de recherche communautaire (CBRC) sur l'état de santé actuel des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, en questionnement, intersexes et asexuelles (2S/LGBTQQIA+) de ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada. L'étude consistait en une [enquête communautaire sur la santé](#) conçue par des partenaires universitaires, communautaires et issus du domaine de la santé publique. Le sondage comprenait des questions sur le profil sociodémographique, la COVID-19, la santé chronique, l'accès aux services de santé, la santé mentale, la discrimination, les liens avec la communauté, la santé sexuelle, la santé reproductive, la prestation de soins, la sécurité économique, la consommation de drogues et le logement. Les personnes répondant à l'enquête recevaient une compensation de 10 \$.

Le recrutement s'est fait entre avril et septembre 2022, par le biais de plusieurs méthodes : promotion du CBRC et de ses partenaires communautaires, annonces dans les médias 2S/LGBTQQIA+ et les médias ethnoraciaux, et publicités sur les applications géosociales et les sites Web de rencontre à caractère sexuel qui sont populaires auprès des populations 2S/LGBTQQIA+. Toutes ces plateformes de recrutement dirigeaient les personnes intéressées vers le sondage en ligne, où elles pouvaient lire toutes les informations sur l'étude et consentir à participer. Pour être admissibles, les personnes devaient : vivre dans ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada; s'identifier comme personnes 2S/LGBTQQIA+; avoir 15 ans ou plus; être en mesure de fournir un consentement éclairé et de remplir un questionnaire en anglais, en français ou en espagnol; et ne pas avoir participé à l'étude par le passé.

Nous avons consulté des membres de la communauté et des universitaires autochtones sur la manière de collecter et d'analyser les données propres aux Autochtones. Pour en savoir plus sur les méthodes de l'étude, cliquez [ici](#) (anglais seulement).

Élaboration du présent rapport

Ce rapport est axé sur les principaux résultats de l'enquête concernant la COVID-19 dans les communautés autochtones 2S/LGBTQQIA+. Dans ce rapport, le terme « autochtone » désigne toute personne ayant répondu « oui » à la question « Vous identifiez-vous comme une personne autochtone? ». Le rapport fait état des réponses de 315 personnes qui se sont identifiées comme autochtones, soit 7 % de l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de Notre santé 2022.

Pour élaborer ce rapport, nous avons consulté un groupe de consultant·e·s communautaires composé de huit personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+. Ces consultations ont pris la forme de réunions de groupe, de courriels et d'invitations ouvertes à modifier les premiers jets du rapport. L'apport des consultant·e·s communautaires a été essentiel à la rédaction de ce rapport : ces personnes ont explicitement choisi les résultats qui y sont présentés, ainsi que la stratification des données dans les tableaux. Compte tenu de leurs commentaires et de l'accent mis sur la COVID-19, certains thèmes abordés dans Notre santé 2022 ne figurent pas dans le présent rapport.

Comment lire ce rapport

Ce rapport décrit les expériences des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ qui ont participé à l'étude Notre santé 2022, et pas nécessairement celles de toutes les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ vivant dans ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada. Bien que les conclusions soient valables, il est impossible, sans interroger toutes les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ ou un échantillon aléatoire d'entre elles, de savoir à quel point les personnes qui ont participé à l'étude diffèrent de celles qui n'y ont pas participé.

Dans les tableaux statistiques, plusieurs valeurs sont présentées pour chaque réponse à une question :

- Colonne « n » : nombre de personnes ayant choisi cette option de réponse pour décrire leur expérience.
- Sous-titre « (n=___) » : nombre total de personnes ayant répondu à cette question. Ce nombre peut parfois être remplacé par une fraction dans la colonne « n » si le nombre de personnes ayant répondu à une question varie.
- Colonne « % » : pourcentage de personnes ayant choisi cette option de réponse, ou nombre de personnes ayant choisi cette option de réponse divisé par le nombre de personnes ayant répondu à cette question x 100.



Exemple de tableau

Colonne « n » : nombre de personnes ayant choisi cette option de réponse.

Colonne « % » : pourcentage de personnes ayant choisi cette option de réponse.

Variables	n	%
Âge (n = 371)		
Moins de 18 ans	87	23 %
18-30 ans	163	44 %
31-40 ans	64	17 %
Plus de 41 ans	57	15 %
^aRace/Origine ethnique (n = 368)		
Autochtone	70	19 %
Noir·e	64	18 %
Asiatique de l'Est/du Sud-Est	91	25 %
Latina, latino, latinx, latine	78	22 %
Moyen-Oriental·e	36	10 %
Asiatique du Sud	54	15 %
Blanc·he	200	56 %
Personne bispirituelle (n = 70)		
<i>*Question posée uniquement aux personnes autochtones</i>		52
		74 %
^aCapable d'accéder aux services nécessaires pendant la pandémie de COVID-19		
<i>*Seulement les participant·e·s qui ont eu besoin du service en question</i>		
Soins dentaires	195/210	93 %
Soins primaires	159/178	89 %

^aSélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent

Parfois, les options de réponse à une question dépendaient des réponses à une précédente question. Une fraction dans la colonne « n » correspond au nombre de personnes qui ont choisi cette option de réponse/nombre de personnes qui ont vu cette option de réponse.

Si l'on examine le tableau en exemple, on constate que sur les 178 participant·e·s qui avaient besoin de soins primaires, 89 % (159 personnes) ont pu y accéder. Parfois, les participant·e·s pouvaient choisir plus d'une option pour répondre à une question; cela est indiqué par un ^a à côté de la question. Cela signifie que la somme des pourcentages correspondant aux différentes options de réponse n'est pas toujours égale à 100 %. Dans d'autres cas, les questions n'ont été présentées qu'à un sous-ensemble de personnes en fonction de leur réponse à une autre question; cela est indiqué par un astérisque (*).

Approche intersectionnelle

Nous reconnaissons l'importance d'adopter une optique intersectionnelle afin de comprendre les expériences des personnes interrogées. L'intersectionnalité, un terme inventé par Kimberlé Crenshaw qui trouve ses origines dans l'afroféminisme, est une théorie qui analyse le croisement de différents systèmes d'oppression (l'homophobie, la transphobie, le colonialisme, le racisme, etc.). Ces oppressions croisées créent des expériences de différences sociales qui doivent être considérées dans leur ensemble pour être comprises⁷. Dans certaines parties du rapport, les tableaux comprennent une ou plusieurs colonnes supplémentaires afin de présenter les réponses d'un sous-groupe de personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+. Par exemple, le tableau 3 montre les répercussions de la COVID-19 sur la santé des personnes autochtones interrogées en fonction de la taille de leur agglomération de résidence. Dans ce rapport, nous définissons les centres urbains comme comptant plus de 100 000 habitant·e·s, les agglomérations moyennes comme en comptant de 30 000 à 99 999, et les zones rurales et petites agglomérations moins de 29 999. Nous avons décidé de regrouper ainsi les tailles d'agglomérations (stratifications) à la suite de conversations et en nous basant sur les savoirs expérientiels des membres de la communauté et du milieu de recherche qui ont participé à ce travail.

Résultats

Données sociodémographiques

Au total, 315 personnes interrogées dans le cadre de Notre santé 2022 se sont identifiées comme autochtones. Parmi celles-ci, 173, soit 55 %, se sont identifiées comme bispirituelles. La plupart des personnes autochtones interrogées vivaient en Ontario (31 %) et en Colombie-Britannique (20 %; tableau 1). Plus de la moitié (63 %) des personnes autochtones interrogées étaient âgées de 20 à 39 ans.

Les identités de genre les plus déclarées étaient : non binaire (28 %), homme (28 %) et femme (26 %). Un tiers des personnes autochtones interrogées se sont identifiées comme trans (35 %). Parmi les personnes autochtones, 28 % se sont identifiées comme queers, 28 % comme gaies, 21 % comme bisexuelles et 20 % comme pansexuelles.

La majorité (61 %) des personnes autochtones interrogées se sont identifiées comme membres des Premières Nations, un tiers (34 %) comme métisses et 6 % comme inuites. Deux personnes autochtones sur cinq (42 %) ont déclaré avoir le statut de personne autochtone inscrite ou visée par un traité, tandis que 11 % d'entre elles vivaient dans des réserves des Premières Nations. De nombreuses personnes ont déclaré avoir une autre origine ethnique, la plus courante étant la race blanche (déclarée par 38 % des personnes autochtones interrogées); 37 % des personnes autochtones ont déclaré être traitées comme des personnes racisées ou de couleur. Enfin, 47 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré vivre avec un handicap.

Tableau 1 : Profil sociodémographique des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ interrogées

Caractéristiques	n	%
^aIdentité autochtone* (n = 291)		
Premières Nations	178	61 %
Métis	98	34 %
Inuk/Inuit	18	6 %
Autre	9	3 %

Caractéristiques	n	%
Identité bispirituelle* (n = 315)		
Je m'identifie comme personne bispirituelle	173	55 %
Je ne m'identifie pas comme personne bispirituelle	116	37 %
Je préfère ne pas répondre	26	8 %
Vivant dans une réserve des Premières Nations* (n = 292)		
Non	259	89 %
Oui	33	11 %
« Statut » de personne autochtone inscrite/visée par un traité* (n = 288)		
Oui	120	42 %
Non	148	51 %
Je ne sais pas	9	3 %
Non pertinent	11	4 %
^Race/origine ethnique (autre qu'autochtone) (n = 292)		
Personne noire	14	5 %
Asiatique de l'Est ou du Sud-Est	4	1 %
Personne latino-américaine	8	3 %
Personne moyen-orientale	1	<1 %
Personne blanche	112	38 %
Reçoit un traitement de personne racisée (n = 293)		
Oui	108	37 %
Non	150	51 %
Je ne sais pas	35	12 %
Province ou territoire (n = 315)		
Alberta	47	15 %
Colombie-Britannique	55	18 %
Manitoba	38	12 %
Nouveau-Brunswick	5	2 %
Terre-Neuve-et-Labrador	16	5 %
Territoires du Nord-Ouest	1	<1 %
Nouvelle-Écosse	16	5 %
Nunavut	1	<1 %
Ontario	94	30 %
Île-du-Prince-Édouard	1	<1 %
Québec	19	6 %
Saskatchewan	22	7 %
Yukon	0	0 %

Caractéristiques	n	%
Âge (n = 315)		
19 ans et moins	20	6 %
20 à 29 ans	117	37 %
30 à 39 ans	82	26 %
40 à 49 ans	56	18 %
50 à 59 ans	32	10 %
Plus de 60 ans	8	3 %
^aIdentité de genre (n = 312)		
Agenre	7	2 %
Au genre fluide	29	9 %
De genre queer	33	11 %
Homme	89	28 %
Non binaire	88	28 %
Femme	81	26 %
Femme trans	15	5 %
Homme trans	20	6 %
Autre	29	9 %
Identité trans (n = 315)		
Oui	110	35 %
Non	205	65 %
^aOrientation sexuelle (n = 309)		
Personne asexuelle	20	6 %
Personne bisexuelle	66	21 %
Personne gaie/« gay »	89	28 %
Hétéroflexible	3	1 %
Homoflexible	8	3 %
Lesbienne	47	15 %
Personne pansexuelle	64	20 %
Queer	89	28 %
En questionnement	14	4 %
Personne hétérosexuelle	5	2 %
Autre	11	4 %
Handicap (n = 293)		
Oui	137	47 %
Non	142	49 %
Je ne sais pas	14	5 %

Caractéristiques	n	%
Intersex (n = 315)		
Oui	14	4 %
Non	255	81 %
Je ne sais pas	41	13 %
Préfère ne pas répondre	5	2 %

*Question posée uniquement aux personnes autochtones

COVID-19

Toutes les personnes autochtones interrogées (n=315) ont répondu aux questions contenue dans la section sur la COVID-19. Toutefois, dans les tableaux où les données sont stratifiées par taille d'agglomération de résidence, seules les personnes ayant répondu à la question sur l'environnement de vie actuel (n=294) sont représentées.

Interrogées sur les effets de la COVID-19 sur leur bien-être, 56 % des personnes autochtones ont déclaré se sentir « très » ou « extrêmement » préoccupées par ses effets sur leur propre santé physique (tableau 2). Ce pourcentage était plus élevé chez les personnes vivant dans des agglomérations moyennes (63 %) et plus faible chez celles vivant dans des centres urbains (54 %).

Beaucoup des personnes autochtones interrogées s'inquiétaient de leur santé mentale, 65 % d'entre elles se déclarant « très » ou « extrêmement » préoccupées. Si on ventile ces données par taille d'agglomération, on constate que les personnes vivant dans des centres urbains ou des zones rurales étaient les plus susceptibles de se dire très ou extrêmement préoccupées par leur santé mentale (66 % dans les deux cas).

Interrogées sur les effets de la COVID-19 sur leur bien-être spirituel ou religieux, 26 % des personnes autochtones ont déclaré se sentir « très » ou « extrêmement » préoccupées, ces inquiétudes étant plus fréquentes chez les personnes vivant dans des agglomérations moyennes. Les inquiétudes concernant les effets de la pandémie de COVID-19 sur la vie sexuelle étaient à peu près aussi fréquentes, avec 29 % des personnes autochtones interrogées se déclarant « très » ou « extrêmement » préoccupées.

Un tiers des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir déjà reçu un test positif à la COVID-19. Parmi celles ayant déclaré avoir déjà eu la COVID-19, 27 % ont déclaré avoir la COVID longue. La grande majorité des personnes autochtones interrogées (92 %) ont déclaré avoir été vaccinées contre la COVID-19, ce taux étant plus élevé dans les centres urbains (94 %) et les zones rurales (93 %), et plus faible dans les agglomérations moyennes (82 %).



Tableau 2 : Effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+, selon la taille de leur agglomération de résidence

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence						
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)		
n	%	n	%	n	%	n	%	
Dans quelle mesure avez-vous été préoccupé·e par les effets de la COVID-19 sur les aspects suivants de votre santé?								
Ma santé ou mon bien-être physiques		(n = 275)		(n = 156)		(n = 60)		
Extrêmement	70	26 %	40	26 %	9	15 %	21	36 %
Très	85	31 %	43	28 %	29	48 %	13	22 %
Un peu	95	35 %	59	38 %	17	28 %	19	32 %
Pas du tout	25	9 %	14	9 %	5	8 %	6	10 %
Ma santé mentale ou mon bien-être mental		(n = 273)		(n = 155)		(n = 59)		
Extrêmement	85	31 %	53	34 %	12	20 %	20	34 %
Très	92	34 %	50	32 %	23	39 %	19	32 %
Un peu	66	24 %	34	22 %	17	29 %	15	25 %
Pas du tout	30	11 %	18	12 %	7	12 %	5	9 %
Mon bien-être spirituel ou religieux		(n = 273)		(n = 154)		(n = 60)		
Extrêmement	23	8 %	14	9 %	4	7 %	5	9 %
Très	50	18 %	19	12 %	19	32 %	12	20 %
Un peu	84	31 %	43	28 %	22	37 %	19	32 %
Pas du tout	116	43 %	78	51 %	15	25 %	23	39 %
Ma vie sexuelle		(n = 271)		(n = 154)		(n = 59)		
Extrêmement	31	11 %	21	13 %	3	5 %	7	12 %
Très	49	18 %	27	18 %	13	22 %	9	16 %
Un peu	93	34 %	49	32 %	23	39 %	21	36 %
Pas du tout	98	36 %	57	37 %	20	34 %	21	36 %

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence						
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)		
		n	%	n	%	n	%	
J'ai déjà reçu un test positif à la COVID-19		(n = 258)		(n = 143)		(n = 61)		
Oui	83	32 %	50	35 %	17	28 %	15	28 %
Non	171	66 %	89	62 %	44	72 %	38	72 %
Je ne sais pas	4	2 %	4	3 %	0	0 %	0	0 %
J'ai la COVID longue		(n = 139)		(n = 91)		(n = 20)		
Oui	37	27 %	23	25 %	5	25 %	9	33 %
Non	71	51 %	47	52 %	11	55 %	13	48 %
Je ne sais pas	31	22 %	21	23 %	4	20 %	5	19 %
Vaccin contre la COVID-19		(n = 284)		(n = 162)		(n = 62)		
Oui	260	92 %	153	94 %	51	82 %	56	93 %
Non	22	8 %	7	4 %	11	18 %	4	7 %
Préfère ne pas répondre	2	1 %	2	1 %	0	0 %	0	0 %

Services de santé

Les difficultés les plus couramment rencontrées par les personnes autochtones tentant d'obtenir des soins de santé étaient les longs délais d'attente (65 %) et les difficultés à obtenir un rendez-vous (62 %) (tableau 3). Ces difficultés ont été rencontrées par la majorité de personnes autochtones interrogées, peu importe la taille de leur agglomération de résidence, mais celles vivant dans des zones rurales ou de petites agglomérations les signalaient le plus souvent. De même, 41 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir des difficultés à obtenir des orientations vers des spécialistes. Un tiers des personnes autochtones vivant dans des zones rurales ont également déclaré avoir rencontré des problèmes de transport dans leur accès aux soins.

Près des deux tiers (63 %) de toutes les personnes autochtones interrogées ont déclaré recevoir des soins primaires par l'intermédiaire de leur médecin de famille. Toutefois, cela était plus beaucoup rare dans les agglomérations moyennes (39 %), où plus d'un tiers des personnes interrogées obtenaient leurs soins de santé grâce à des services par téléphone (39 %) et des applications de soins virtuels (34 %).

Tableau 3 : Utilisation des services de santé et obstacles à l'accès signalés par les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+, par taille d'agglomération de résidence

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence			
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)	
Obstacles aux soins de santé	(n = 257)	(n = 145)	(n = 56)	(n = 56)	(n = 56)
Coût	85 33 %	45 31 %	14 25 %	26 46 %	
Difficulté à obtenir une orientation vers un ou une spécialiste	104 41 %	61 42 %	18 32 %	25 45 %	
Difficulté à obtenir un rendez-vous	159 62 %	84 58 %	37 66 %	38 68 %	
Difficulté à obtenir des informations	89 35 %	52 36 %	14 25 %	23 41 %	
Difficulté à trouver un·e prestataire respectueux·euse du genre	36 14 %	17 12 %	7 13 %	12 21 %	
Difficulté à trouver un·e prestataire respectueux·euse de l'orientation sexuelle	31 12 %	18 12 %	7 13 %	6 11 %	
Inaccessibilité de l'établissement de soins de santé	24 9 %	14 10 %	0 0 %	10 18 %	

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence					
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)	
n	%	n	%	n	%	n	%
Problèmes de langue	8 3 %	5 3 %		1 2 %		2 4 %	
Longs délais d'attente	167 65 %	89 61 %		38 68 %		40 71 %	
Services indisponibles au moment voulu	91 35 %	55 38 %		17 30 %		19 34 %	
Symptômes de COVID-19	19 7 %	11 8 %		2 4 %		6 11 %	
Défis en matière de transport	68 27 %	33 23 %		16 29 %		19 34 %	
Autres types de défis	21 8 %	10 7 %		2 4 %		9 16 %	
^aQui vous fournit des soins de santé primaires?	(n = 256)	(n = 145)		(n = 56)		(n = 55)	
Médecin de famille	162 63 %	104 72 %		22 39 %		36 66 %	
Naturopathe ou prestataire de soins holistiques	20 8 %	11 8 %		3 5 %		6 11 %	
Infirmier·ière praticien·ne	38 15 %	17 12 %		12 21 %		9 16 %	
Services de santé par téléphone	49 19 %	20 14 %		22 39 %		7 13 %	
Applications de soins virtuels	39 15 %	12 8 %		19 34 %		8 15 %	
Clinique sans rendez-vous	70 27 %	40 28 %		11 20 %		19 35 %	
Aucun accès à des soins de santé primaires	16 6 %	9 6 %		3 5 %		4 7 %	

Santé mentale

Entre 79 % (n=249) et 81 % (n=254) des personnes autochtones interrogées ont répondu aux questions relatives à la dépression, à l'anxiété et à la solitude. Le tableau 4 présente les données sur la santé mentale des personnes autochtones interrogées, globalement, puis ventilées par taille d'agglomération de résidence.

Dans l'ensemble, près de la moitié (45 %) des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir ressenti une dégradation de leur santé mentale (c'est-à-dire qu'elles ont déclaré que leur état de santé mentale était « un peu moins bon » ou « beaucoup moins bon aujourd'hui » qu'avant la pandémie de COVID-19); ce taux était plus élevé parmi les personnes autochtones vivant en zone rurale (55 %).

Selon trois outils d'évaluation rapide intégrés au questionnaire, près de la moitié des personnes autochtones interrogées avaient des scores indiquant une probabilité de dépression (47 %), plus de la moitié d'entre elles des scores indiquant une probabilité d'anxiété (53 %), et plus des deux tiers des scores indiquant une probabilité de solitude (71 %). Globalement, les personnes autochtones vivant dans des agglomérations moyennes étaient les plus susceptibles de signaler des effets négatifs de la COVID-19 sur leur santé mentale.

Tableau 4 : Indicateurs de santé mentale chez les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+, selon la taille de leur agglomération de résidence

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence		
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)	Centres urbains (plus de 100 000 personnes)	Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)
Santé mentale par rapport à la période précédant la pandémie	(n = 256)	(n = 145)	(n = 56)	(n = 55)
Bien meilleure maintenant	22 9 %	17 12 %	2 4 %	3 6 %
Un peu meilleure maintenant	43 17 %	23 16 %	10 18 %	10 18 %
À peu près pareille	75 29 %	35 24 %	28 50 %	12 22 %
Un peu moins bonne maintenant	71 28 %	46 32 %	9 16 %	16 29 %
Beaucoup moins bonne maintenant	45 18 %	24 17 %	7 13 %	14 26 %
Score au test de dépistage de la dépression ⁸	(n = 249)	(n = 143)	(n = 53)	(n = 53)
0-2	132 53 %	87 61 %	20 38 %	25 47 %
3-6	117 47 %	56 39 %	33 62 %	28 53 %

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence			
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)	
n	%	n	%	n	%
Score au test de dépistage de l'anxiété⁹		(n = 250)		(n = 143)	
0-2	118 47 %	70 49 %	23 43 %	25 47 %	
3-6	132 53 %	73 51 %	31 58 %	28 53 %	
Score au test de dépistage de la solitude¹⁰		(n = 254)		(n = 55)	
3-5	74 29 %	45 31 %	12 22 %	17 31 %	
6-9	180 71 %	99 69 %	43 78 %	38 69 %	
^aPour quels enjeux de santé mentale avez-vous réussi à obtenir de l'aide?*		(n = 249)		(n = 143)	
Anxiété	94/171 55 %	54/96 56 %	23/42 55 %	17/33 52 %	
Enjeux liés à l'image corporelle	29/104 28 %	12/59 20 %	9/19 47 %	8/26 31 %	
Épuisement professionnel	21/104 20 %	16/66 24 %	3/15 20 %	2/23 9 %	
Dépression	81/143 57 %	50/89 56 %	18/26 69 %	13/28 46 %	
Troubles de l'alimentation	25/68 37 %	9/34 27 %	8/16 50 %	8/18 44 %	
Dysphorie de genre	20/58 35 %	11/30 37 %	6/12 50 %	3/16 19 %	
Deuil ou perte	32/91 35 %	17/54 32 %	11/18 61 %	4/19 21 %	
Difficulté à gérer son orientation ou son identité sexuelle	7/39 18 %	5/27 19 %	2/6 33 %	0/6 0 %	
Psychoses, hallucinations, délires ou paranoïa	4/18 22 %	2/10 20 %	1/3 33 %	1/5 20 %	
Problèmes relationnels	23/81 28 %	14/47 30 %	5/12 42 %	4/22 18 %	
Automutilation	7/35 20 %	4/22 18 %	1/6 17 %	2/7 29 %	
Consommation de drogues	18/48 38 %	13/35 37 %	2/2 100 %	3/11 27 %	
Pensées suicidaires	27/68 40 %	15/41 37 %	4/11 36 %	8/16 50 %	
Traumatisme	46/106 43 %	27/65 42 %	8/17 47 %	11/24 46 %	

*Chaque option n'était proposée qu'aux personnes ayant déclaré avoir eu besoin d'aide pour traiter le problème en question.

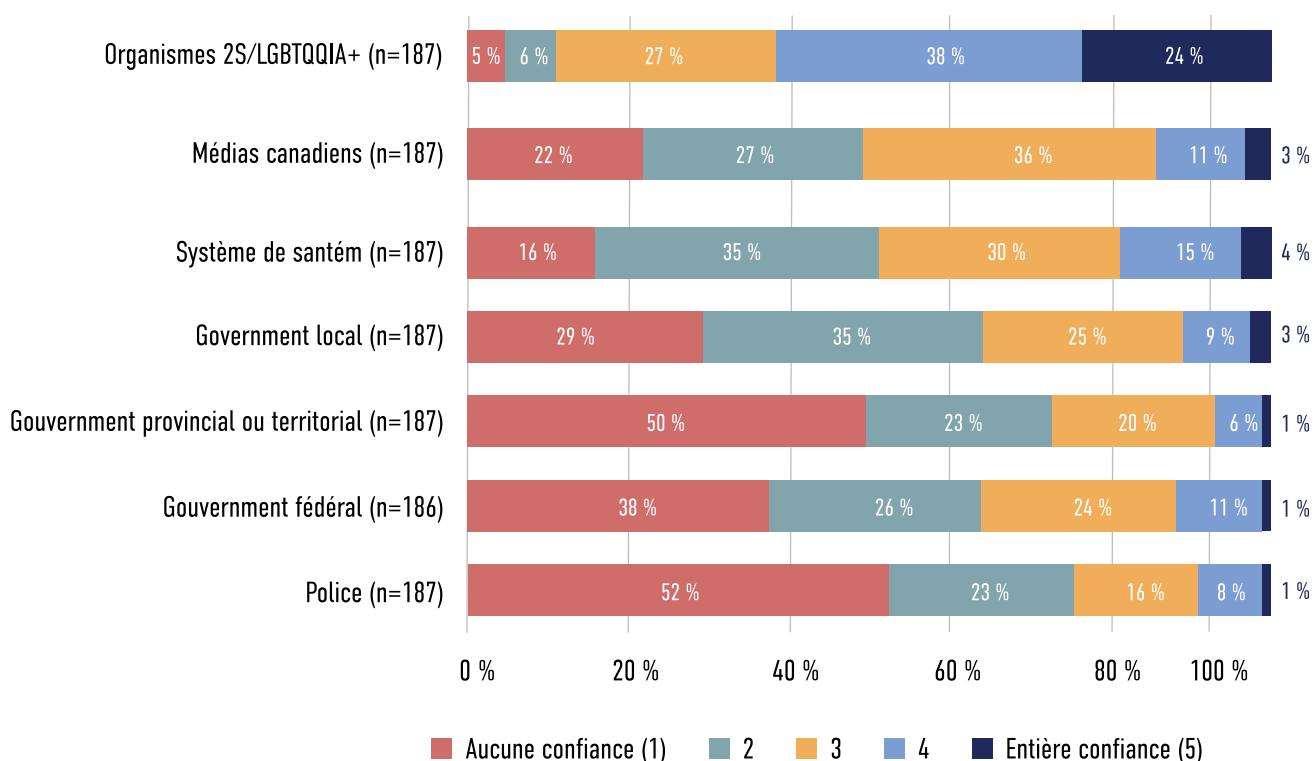
Confiance dans les institutions et expériences de violence institutionnelle

Les questions sur les expériences de discrimination et de violence (y compris la violence institutionnelle) et sur la confiance dans les institutions n'ont été posées qu'aux personnes âgées de 18 ans ou plus. Les résultats sont présentés dans le tableau 5, ventilés par taille d'agglomération de résidence. Pour assurer la sécurité des personnes interrogées, une note en début de section indiquait qu'il était possible de sauter cette série de questions.

Les trois quarts (75 %) des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir peu ou pas avoir confiance dans la police (scores de 1 ou 2; voir graphique 1). La confiance dans le gouvernement était également faible, la majorité des personnes autochtones interrogées déclarant avoir peu ou pas avoir confiance dans le gouvernement fédéral (64 %) et dans les gouvernements provinciaux ou territoriaux (73 %).

La confiance dans le système de santé et les médias canadiens était elle aussi faible (51 % et 49 % respectivement); 58 % des personnes autochtones vivant dans des zones rurales et de petites agglomérations ont déclaré ne pas avoir confiance dans les médias canadiens. En revanche, la confiance envers les organismes 2S/LGBTQQIA+ était élevée, avec seulement 11 % des personnes autochtones interrogées déclarant un faible niveau de confiance et 62 % exprimant un niveau de confiance élevé (scores de 4 ou 5).

Une personne autochtone sur vingt (5 %) a déclaré avoir elle-même fréquenté un pensionnat et plus de la moitié des personnes autochtones interrogées (53 %) ont déclaré que c'était le cas pour une personne de leur famille.



*Question posée aux personnes n'ayant pas sauté la section sur la discrimination et la violence

Graphique 1 : Confiance des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ dans les institutions

Tableau 5 : Expériences de violence institutionnelle et confiance dans les institutions parmi les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+, Selon la taille de leur agglomération de résidence

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence				
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)
	n	%	n	%	n	%
Est-ce que vous ou une personne de votre famille avez fréquenté un pensionnat?	(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)	
Oui, moi-même	13	7 %	9	8 %	2	8 %
Oui, au moins une personne de ma famille	99	53 %	66	57 %	13	50 %
Non, personne de ma famille ni moi-même	35	19 %	18	16 %	6	23 %
Je ne sais pas	47	25 %	28	24 %	5	19 %
Est-ce que vous ou une personne de votre famille avez fait partie de la rafle des années 1960?	(n = 185)		(n = 114)		(n = 27)	
Oui, moi-même	9	5 %	7	6 %	2	7 %
Oui, au moins une personne de ma famille	40	22 %	25	22 %	5	19 %
Non, personne de ma famille ni moi-même	68	37 %	41	36 %	8	30 %
Je ne sais pas	69	37 %	42	37 %	12	44 %
Confiance dans les institutions : la police	(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)	
Aucune confiance (1)	98	52 %	60	52 %	13	50 %
2	43	23 %	29	25 %	4	15 %
3	29	16 %	15	13 %	5	19 %
4	15	8 %	11	10 %	3	12 %
Entière confiance (5)	2	1 %	1	1 %	1	4 %
						0
						0 %

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence						
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)		
		n	%	n	%	n	%	
Confiance dans les institutions : le gouvernement fédéral		(n = 186)		(n = 116)		(n = 26)		
Aucune confiance (1)	70	38 %	41	35 %	8	31 %	21	48 %
2	49	26 %	35	30 %	6	23 %	8	18 %
3	45	24 %	24	21 %	9	35 %	12	27 %
4	21	11 %	16	14 %	3	12 %	2	5 %
Entière confiance (5)	1	1 %	0	0 %	0	0 %	1	2 %
Confiance dans les institutions : votre gouvernement provincial ou territorial		(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)		
Aucune confiance (1)	93	50 %	57	49 %	13	50 %	23	51 %
2	43	23 %	25	22 %	7	27 %	11	24 %
3	38	20 %	25	22 %	4	15 %	9	20 %
4	11	6 %	8	7 %	2	8 %	1	2 %
Entière confiance (5)	2	1 %	1	1 %	0	0 %	1	2 %
Confiance dans les institutions : votre gouvernement local		(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)		
Aucune confiance (1)	55	29 %	32	28 %	10	39 %	13	29 %
2	65	35 %	37	32 %	11	42 %	17	38 %
3	46	25 %	30	26 %	3	12 %	13	29 %
4	16	9 %	13	11 %	2	8 %	1	2 %
Entière confiance (5)	5	3 %	4	3 %	0	0 %	1	2 %

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence						
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes)		
n	%	n	%	n	%	n	%	
Confiance dans les institutions : le système de santé		(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)		
Aucune confiance (1)	30	16 %	18	16 %	3	12 %	9	20 %
2	66	35 %	41	35 %	9	35 %	16	36 %
3	56	30 %	31	27 %	8	31 %	17	38 %
4	28	15 %	20	17 %	5	19 %	3	7 %
Entière confiance (5)	7	4 %	6	5 %	1	4 %	0	0 %
Confiance dans les institutions : les médias canadiens		(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)		
Aucune confiance (1)	41	22 %	23	20 %	5	19 %	13	29 %
2	51	27 %	31	27 %	7	27 %	13	29 %
3	68	36 %	43	37 %	10	39 %	15	33 %
4	21	11 %	15	13 %	4	15 %	2	4 %
Entière confiance (5)	6	3 %	4	3 %	0	0 %	2	4 %
Confiance dans les institutions : les organismes 2S/LGBTQQIA+		(n = 187)		(n = 116)		(n = 26)		
Aucune confiance (1)	9	5 %	6	5 %	1	4 %	2	4 %
2	12	6 %	8	7 %	3	12 %	1	2 %
3	51	27 %	30	26 %	10	39 %	11	24 %
4	71	38 %	50	43 %	6	23 %	15	33 %
Entière confiance (5)	44	24 %	22	19 %	6	23 %	16	36 %

*Question posée aux personnes n'ayant pas sauté la section sur la discrimination et la violence

Liens communautaires

Le tableau 6 présente des données sur le maintien des liens communautaires parmi les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ pendant la pandémie de COVID-19, globalement, puis ventilées par taille d'agglomération de résidence.

En ce qui concerne les liens avec la communauté 2S/LGBTQQIA+, 83 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré se sentir « assez » ou « très » liées à leur communauté, ce taux étant plus élevé parmi les personnes vivant dans des agglomérations moyennes (87 %).

En outre, la plupart des personnes autochtones interrogées (71 %) ont déclaré passer au moins la moitié de leur temps consacré aux activités sociales avec d'autres personnes 2S/LGBTQQIA+. Ce pourcentage varie en fonction de la taille de l'agglomération de résidence, allant de 67 % dans les zones rurales et les petites agglomérations à 76 % dans les agglomérations moyennes.

Tableau 6 : Liens des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ à leur communauté 2S/LGBTQQIA+, selon la taille de leur agglomération de résidence

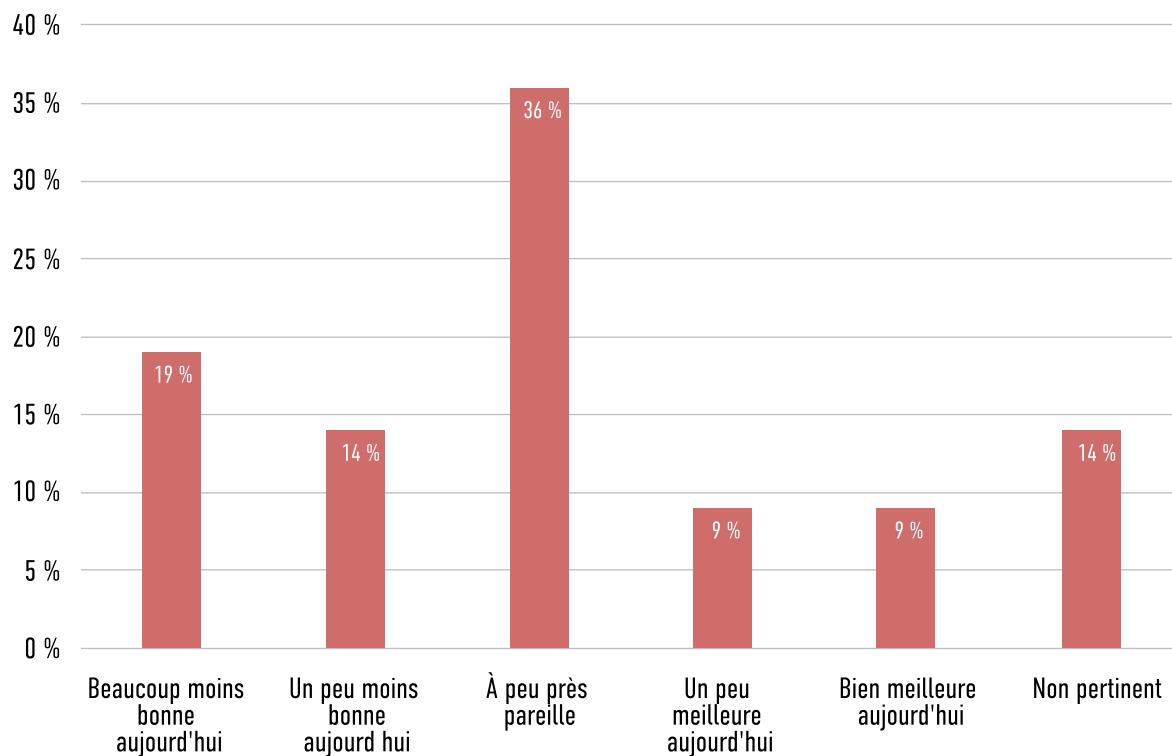
Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées n %	Par taille d'agglomération de résidence		
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes) n %	Centres urbains (plus de 100 000 personnes) n %	Zones rurales et petites agglomérations (<29 999 personnes) n %
Liens avec les communautés 2S/LGBTQQIA+	(n = 241)	(n = 135)	(n = 52)	(n = 54)
Pas du tout lié·e	42 17 %	24 18 %	7 14 %	11 20 %
Assez lié·e	129 54 %	67 50 %	33 64 %	29 54 %
Très lié·e	70 29 %	44 33 %	12 23 %	14 26 %
Pourcentage du temps consacré aux activités sociales passé avec des personnes 2S/LGBTQQIA+	(n = 244)	(n = 135)	(n = 54)	(n = 54)
Peu de temps	36 15 %	19 14 %	8 15 %	9 17 %
25 %	35 14 %	20 15 %	5 9 %	9 17 %
50 %	69 28 %	28 21 %	26 48 %	15 28 %
75 %	34 14 %	24 18 %	5 9 %	5 9 %
La plupart du temps	70 29 %	44 33 %	10 19 %	16 30 %

Santé sexuelle

Les personnes interrogées répondaient à des questions sur leur comportement sexuel et leur santé sexuelle, ainsi que sur leurs connaissances en matière de prévention, de traitement et de transmission du VIH.

Interrogées sur l'évolution de leur vie sexuelle depuis le début de la pandémie de COVID-19, un tiers des personnes autochtones ont déclaré que leur vie sexuelle était « un peu moins bonne » ou « beaucoup moins bonne » aujourd'hui (33 %; voir graphique 2).

Les personnes étaient également interrogées sur leur connaissance du principe I=I (indétectable = intransmissible), selon lequel une personne qui vit avec le VIH et qui maintient une charge virale indétectable ne peut pas transmettre le VIH à ses partenaires. Près des trois quarts (72 %) des personnes autochtones interrogées ont déclaré connaître I=I (tableau 7). La plupart des personnes autochtones vivant dans des zones rurales et de petites agglomérations ont déclaré connaître I=I (77 %).



Graphique 2 : Effets de la pandémie de COVID-19 sur la vie sexuelle des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+

Tableau 7 : Connaissance de l=I chez les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+, Selon la taille de leur agglomération de résidence

Caractéristiques	Toutes les personnes autochtones interrogées	Par taille d'agglomération de résidence				
		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		Centres urbains (plus de 100 000 personnes)		
n	%	n	%	n	%	
Connaissance de « I=I » « indéetectable = intransmissible »)	(n = 234)	(n = 132)		(n = 50)	(n = 52)	
Non, je ne le connais-sais pas	66	28 %	36	27 %	18	36 %
Oui, je le connaissais	168	72 %	96	73 %	32	64 %
				40	77 %	

Santé reproductive

Plusieurs des questions posées portaient sur la santé reproductive. Les personnes interrogées répondaient à des questions relatives aux décisions qu'elles avaient prises en matière de planification familiale depuis le début de la pandémie de COVID-19. De plus, les personnes ayant déclaré avoir l'intention d'avoir des enfants (ou être incertaines à ce sujet) ont également été interrogées sur les obstacles à la procréation qu'elles avaient rencontrés. On demandait également aux personnes ayant déclaré avoir des menstruations ou des symptômes liés aux menstruations si leur accès aux produits menstruels avait évolué au cours des six derniers mois.

Comme le montre le tableau 8, 12 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir décidé pendant la pandémie de COVID-19 de ne pas avoir d'enfants. Parmi les personnes ayant déclaré avoir l'intention d'avoir des enfants ou être incertaines à ce sujet, l'obstacle à la procréation le plus fréquemment cité était le coût (60 % des personnes interrogées). Les autres obstacles fréquemment signalés étaient les préoccupations sociales, politiques ou environnementales (39 %), la dysphorie de genre (20 %) et les difficultés à obtenir l'autorisation d'adopter (19 %).

Tableau 8 : Planification familiale et accès aux produits menstruels chez les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+

Caractéristiques	n	%
^aDécisions prises depuis le début de la pandémie en matière de planification familiale (n = 226)		
Adoption d'un nouvel enfant pendant la pandémie	3	1 %
Grossesse commencée pendant la pandémie	7	3 %
Décision de ne pas avoir d'enfant	26	12 %
Décision de ne pas avoir d'autre enfant	4	2 %
Décision d'adopter un ou des enfants	7	3 %
Décision de retarder l'essai d'avoir un enfant	6	3 %
Décision d'avoir un enfant plus tôt	2	1 %
Décision d'avoir d'autres enfants	2	1 %
Nouvel enfant pendant la pandémie	2	1 %

^aObstacles à la procréation* (n = 92)		
Coût	56	61 %
Désaccord au sein du couple sur la planification familiale	14	15 %
Difficulté à trouver un ou des coparents	12	13 %
Difficulté à trouver une mère gestatrice	6	7 %
Difficulté à trouver un donneur de sperme	16	17 %
Difficulté à trouver une mère porteuse traditionnelle	4	4 %
Difficulté à trouver une donneuse d'ovules	5	5 %
Dysphorie de genre	19	20 %
Difficulté à obtenir l'autorisation d'adopter	18	19 %
Infertilité	9	10 %
Difficulté à trouver l'enfant à adopter	11	12 %
Préoccupations sociales, politiques ou environnementales	36	39 %
Autre	7	8 %
Accès aux produits menstruels au cours des six derniers mois** (n = 96)		
Meilleur accès	3	3 %
Inchangé	72	75 %
Accès diminué	10	10 %
Je n'utilise pas de produits menstruels	11	12 %

**Question posée uniquement aux personnes ayant déclaré avoir l'intention d'avoir des enfants ou être incertaines à ce sujet*

***Question posée uniquement aux personnes ayant déclaré avoir des menstruations ou des symptômes liés aux menstruations*

Sécurité économique

L'enquête Notre Santé 2022 comportait un certain nombre de questions sur la sécurité économique des personnes interrogées et sur les effets de la pandémie de COVID-19 sur leur situation financière¹¹. Les données relatives à certaines variables sont présentées dans le tableau 9.

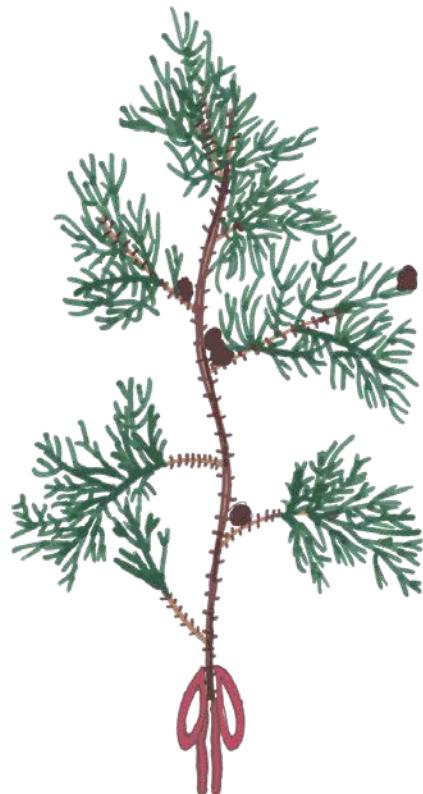
Un peu plus d'un tiers des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir été travailleur·euse·s essentiel·le·s pendant la pandémie de COVID-19. Parmi les personnes ayant répondu à une question sur l'évolution de leur situation professionnelle pendant la pandémie de COVID-19, 34 % ont signalé une diminution de leur temps de travail (22 % ayant indiqué que leur temps de travail avait augmenté), 28 % ont signalé une diminution de leur salaire, et 22 % ont indiqué avoir eu des difficultés à trouver un emploi.

En ce qui concerne les conséquences financières négatives de la pandémie de COVID-19, 58 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré que la pandémie avait eu des répercussions « importantes » ou « modérées » sur leur capacité à acheter de la nourriture et des produits d'épicerie. D'autres effets se sont fait sentir, notamment sur la capacité à rembourser des dettes (55 % des personnes autochtones interrogées déclarant des répercussions « importantes » ou « modérées » sur cet aspect de leur vie) et sur la capacité à payer les frais de transport (51 %).

Tableau 9 : Sécurité économique et financière des personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+

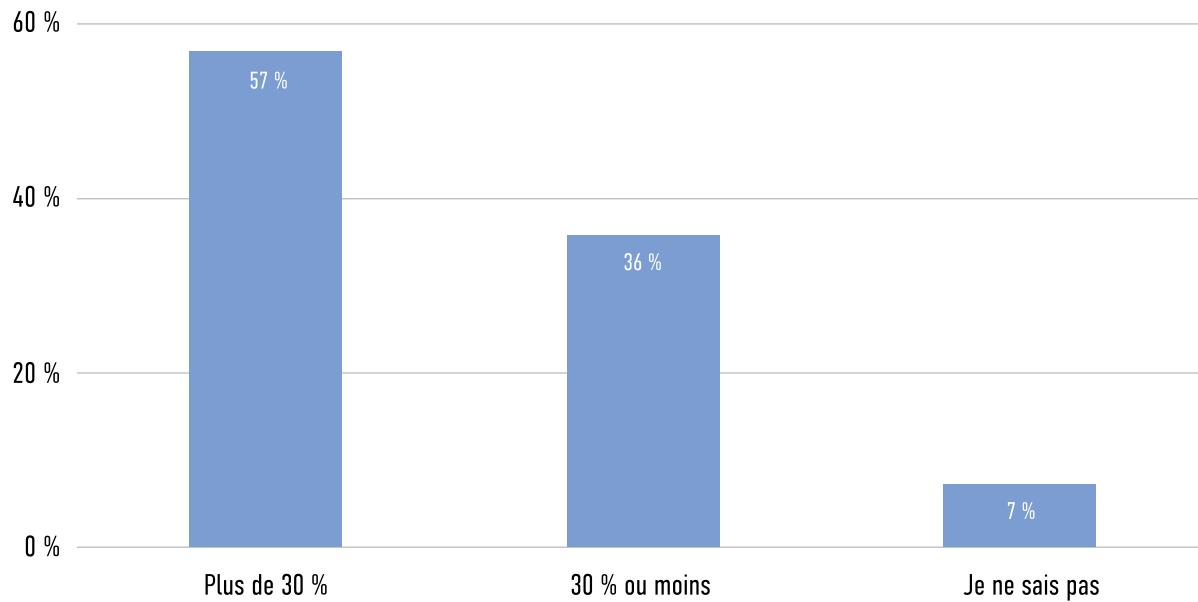
Caractéristiques	n	%
Travailleur·euse essentiel·le (n = 227)		
Oui	79	35 %
Non	137	60 %
Je ne sais pas	11	5 %
^aChangement de situation professionnelle au cours de la pandémie de COVID-19 (n = 225)		
Diminution des heures de travail	77	34 %
Augmentation des heures de travail	49	22 %
Diminution du salaire ou des revenus autonomes	62	28 %
Augmentation du salaire ou des revenus autonomes	29	13 %
Mise à pied ou fermeture d'entreprise temporaires	17	8 %
Absence du travail pour des raisons volontaires ou personnelles liées à la COVID-19	25	11 %
Licenciement ou fermeture d'entreprise définitive	26	12 %
Nouvel emploi ou ouverture d'une nouvelle entreprise	45	20 %
Difficulté à trouver un emploi	50	22 %
Autres changements dans la situation professionnelle	30	13 %
Conséquences financières négatives de la pandémie de COVID-19		
Loyer ou hypothèque (n = 217)		
Effet majeur	55	25 %
Effet modéré	29	13 %
Effet mineur	33	15 %
Pas d'effet	83	38 %
Non pertinent	17	8 %
Services publics de base (n = 217)		
Effet majeur	37	17 %
Effet modéré	41	19 %
Effet mineur	39	18 %
Pas d'effet	82	38 %
Non pertinent	18	8 %
Remboursement de dettes (n = 217)		
Effet majeur	74	34 %
Effet modéré	45	21 %
Effet mineur	25	12 %
Pas d'effet	53	24 %
Non pertinent	21	10 %

Nourriture et épicerie (n = 219)		
Effet majeur	63	29 %
Effet modéré	63	29 %
Effet mineur	42	19 %
Pas d'effet	44	20 %
Non pertinent	7	3 %
Transports (n = 219)		
Effet majeur	52	24 %
Effet modéré	60	27 %
Effet mineur	41	19 %
Pas d'effet	56	26 %
Non pertinent	10	5 %
Frais de scolarité (n = 216)		
Effet majeur	22	10 %
Effet modéré	26	12 %
Effet mineur	22	10 %
Pas d'effet	75	35 %
Non pertinent	71	33 %



Logement

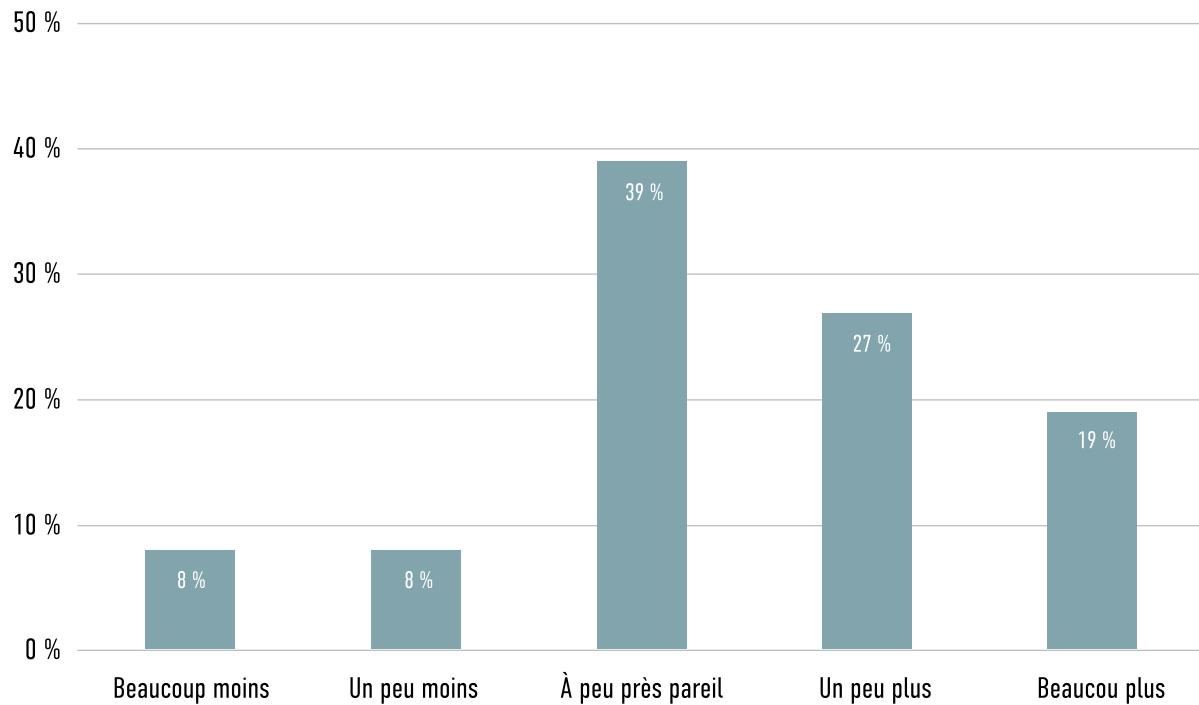
La moitié (48 %, n=150) des personnes autochtones interrogées ont répondu à une question portant sur la proportion de leur revenu consacrée au logement. Comme le montre le graphique 3, une majorité des personnes qui y ont répondu (57 %) ont déclaré consacrer plus de 30 % de leurs revenus au logement.



Graphique 3 : Pourcentage des revenus consacrés au logement chez les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+

Responsabilités d'aide à un ou une proche

Les personnes étaient interrogées sur l'évolution de leurs responsabilités d'aidant·e naturel·le depuis le début de la pandémie de COVID-19. Sur les 227 personnes autochtones ayant des responsabilités d'aidant·e naturel·le qui ont répondu à la question, 46 % ont déclaré que leurs responsabilités avaient augmenté (« beaucoup » ou « un peu ») depuis le début de la pandémie de COVID-19 (voir graphique 4).



Graphique 4 : Évolution des responsabilités d'aidant·e naturel·le depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ ayant ce type de responsabilité

Effets de la consommation de drogues, notamment toxiques

Plusieurs questions portaient sur la consommation de diverses drogues, ainsi que sur ses effets et sur ceux de drogues toxiques sur la vie des personnes interrogées et sur la communauté en général.

La consommation de drogues toxiques a eu des effets sur de nombreuses personnes autochtones interrogées : 19 % d'entre elles ont déclaré avoir perdu un ou une proche pour cette raison depuis le début de la pandémie de COVID-19 et 41 % ont déclaré avoir perdu une personne de leur communauté (tableau 10). Les personnes interrogées répondaient également à des questions sur l'augmentation de certains comportements liés à la consommation de drogues depuis le début de la pandémie de COVID-19; à cet égard, 37 % d'entre elles ont fait état d'une augmentation de leur consommation solitaire de drogues. La substance la plus couramment consommée était l'alcool : 72 % des personnes interrogées ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours des six derniers mois, 39 % disant boire cinq verres ou plus en une seule occasion, et 5 % disant boire tous les jours. Une personne sur cinq (19 %) a déclaré avoir consommé quotidiennement du tabac au cours des six derniers mois, tandis que 20 % des personnes autochtones interrogées ont signalé avoir consommé quotidiennement du cannabis ou des substances similaires. Moins de personnes autochtones (13 %) ont déclaré consommer occasionnellement des poppers, et près d'une sur cinq (19 %) a déclaré consommer occasionnellement des psychédéliques, tels que du LSD, de la mescaline, des acides et des champignons. Les autres drogues étaient relativement peu consommées, avec pas plus de 5 à 10 % des personnes interrogées déclarant en avoir consommé.

Tableau 10 : Effets de la consommation de drogues, y compris toxiques, sur les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+

Caractéristiques	n	%
^aJ'ai eu plus de mal qu'avant la pandémie à obtenir les choses suivantes : (n = 219)		
Drogues habituellement consommées	40	18 %
Soutien psychologique pour consommation d'alcool ou de drogues	22	10 %
Échange d'aiguilles ou de seringues	4	2 %
Fournitures de réduction des risques (pipes ou pailles gratuites, etc.)	7	3 %
Services d'analyses de drogues	4	2 %
Site d'injection/de consommation supervisée	1	1 %
Trousse de naloxone/NARCAN	4	2 %
Approvisionnement en substances sécuritaires	17	8 %
Orientation vers des aides sociales (logement, revenus, nourriture, etc.)	30	14 %
^aPerte d'une personne en raison d'une consommation de drogues toxiques ou d'une surdose (n = 237)		
Oui, une personne proche	45	19 %
Oui, une personne de ma communauté	96	41 %
Non	96	41 %
^aAugmentation des comportements liés à la consommation de drogues depuis le début de la pandémie de COVID-19 (n = 219)		
Consommation solitaire	80	37 %
Consommation avec d'autres personnes	26	12 %
Inquiétude concernant la toxicité des drogues	15	7 %
Éléments déclencheurs de consommation	42	19 %
Symptômes de sevrage	18	8 %

Caractéristiques	n	%
Fréquence de consommation de drogues au cours des six derniers mois		
Alcool (moins de 5 verres en une seule occasion) (n = 214)		
Jamais	60	28 %
De temps en temps, ou chaque semaine	143	67 %
Quotidiennement	11	5 %
Alcool (plus de 5 verres en une seule occasion)(n = 213)		
Jamais	130	61 %
De temps en temps, ou chaque semaine	80	38 %
Quotidiennement	3	1 %
Tabac (p. ex., cigarettes ou cigares) (n = 216)		
Jamais	128	59 %
De temps en temps, ou chaque semaine	47	22 %
Quotidiennement	41	19 %
Nicotine (p. ex., vapotage ou cigarettes électroniques) (n = 211)		
Jamais	162	77 %
De temps en temps, ou chaque semaine	23	11 %
Quotidiennement	26	12 %
Cannabis/marijuana (y compris cannabis comestible, bonbons gélifiés, etc.) (n = 219)		
Jamais	99	45 %
De temps en temps, ou chaque semaine	77	35 %
Quotidiennement	43	20 %
Cocaïne (n = 212)		
Jamais	194	92 %
De temps en temps, ou chaque semaine	18	9 %
Quotidiennement	0	0 %
Ecstasy/MDMA (n = 211)		
Jamais	202	96 %
De temps en temps, ou chaque semaine	9	4 %
Quotidiennement	0	0 %
GHB/GBL (n = 211)		
Jamais	203	96 %
De temps en temps, ou chaque semaine	8	4 %
Quotidiennement	0	0 %
Méthamphétamine (<i>crystal meth</i>) (n = 213)		
Jamais	198	93 %
De temps en temps, ou chaque semaine	13	6 %
Quotidiennement	2	1 %

Variables	n	%
Kétamine (n = 210)		
Jamais	201	96 %
De temps en temps, ou chaque semaine	9	4 %
Quotidiennement	0	0 %
Crack/freebase (n = 210)		
Jamais	205	98 %
De temps en temps, ou chaque semaine	4	2 %
Quotidiennement	1	1 %
Tranquillisants ou benzodiazépines (Valium, Xanax, etc.) (e.g., Valium, Xanax) (n = 211)		
Jamais	196	93 %
De temps en temps, ou chaque semaine	13	6 %
Quotidiennement	2	1 %
Amphétamines (speed, méthadrone, etc.) (n = 211)		
Jamais	202	96 %
De temps en temps, ou chaque semaine	7	3 %
Quotidiennement	2	1 %
Poppers (n = 211)		
Jamais	183	87 %
De temps en temps, ou chaque semaine	27	13 %
Quotidiennement	1	1 %
Psychédéliques (LSD, mescaline, acide, champignons, etc.) (n = 210)		
Jamais	170	81 %
De temps en temps, ou chaque semaine	40	19 %
Quotidiennement	0	0 %
Opioïdes (héroïne, fentanyl, Percocet, Dilaudid, etc.) (n = 211)		
Jamais	197	93 %
De temps en temps, ou chaque semaine	6	3 %
Quotidiennement	8	4 %
Stéroïdes non médicaux (p. ex., stéroïdes anabolisants) (n = 208)		
Jamais	203	98 %
De temps en temps, ou chaque semaine	3	1 %
Quotidiennement	2	1 %



Conclusion

Ce rapport met en lumière certains des effets de la pandémie de COVID-19 sur les communautés autochtones 2S/LGBTQQIA+ de ce qu'on appelle aujourd'hui le Canada. Les personnes interrogées ont fait état de préoccupations accrues en matière de santé mentale et d'obstacles à l'obtention de services de santé. Elles ont également déclaré se méfier de plusieurs institutions, notamment le système de santé, la police et les différents paliers de gouvernement, ce qui démontre les effets persistants des traumatismes coloniaux et de la violence systémique et historique¹. Plus de la moitié des personnes autochtones interrogées ont dit subir les effets financiers de la pandémie de COVID-19, tels que des difficultés à rembourser leurs dettes et à se procurer des produits d'épicerie. Beaucoup d'entre elles ont également déclaré avoir perdu une personne de leur communauté pendant la pandémie de COVID-19 en raison d'une consommation de drogues toxiques. Ces résultats viennent confirmer ceux de recherches antérieures, qui ont montré que la pandémie de COVID-19 avait eu des répercussions majeures sur la santé mentale, les finances et l'accès aux soins de santé des communautés autochtones^{1-4,6}.

Malgré ces difficultés, les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ ont trouvé des moyens d'entretenir leurs liens mutuels et de maintenir les liens avec leurs communautés. Plus de 70 % des personnes autochtones interrogées ont déclaré passer plus de la moitié de leur temps consacré aux activités sociales en compagnie d'autres personnes 2S/LGBTQQIA+. Il a déjà été prouvé que l'appartenance communautaire contribue à protéger la santé mentale et le bien-être des communautés 2S/LGBTQQIA+⁴. Pour les personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+, la reconnexion aux pratiques culturelles peut constituer une source importante de soutien, et d'autres recherches ont montré que certaines personnes autochtones ont renoué avec des pratiques culturelles liées à la terre en réponse à l'isolement physique causé par les mesures de distanciation⁴⁻⁶.

Malgré la méfiance envers le système de santé, la plupart des personnes autochtones interrogées ont déclaré avoir été vaccinées contre la COVID-19. Des différences ont été observées en fonction de la taille de l'agglomération de résidence, avec un taux de vaccination légèrement plus faible dans les agglomérations moyennes, mais le taux de vaccination était globalement très élevé. Cela s'explique probablement par les efforts déployés par les communautés autochtones pour augmenter le taux de vaccination grâce à des pair·e·s-conseiller·ère·s et à une approche culturellement sécuritaire¹. Il est nécessaire de mettre en œuvre des aides supplémentaires, dirigées par des Autochtones et culturellement pertinentes, afin de répondre aux besoins holistiques en matière de santé et de bien-être des communautés autochtones 2S/LGBTQQIA+, notamment en s'attaquant à l'offre de drogues toxiques et en réduisant les inégalités financières subies par les communautés autochtones et bispirituelles. En outre, cette étude n'a pas touché beaucoup de personnes inuites 2S/LGBTQQIA+ et de personnes autochtones 2S/LGBTQQIA+ vivant en zone rurale et dans des communautés nordiques; la contribution de ces communautés devrait être privilégiée à l'avenir.

Références

1. Watson A, Purkey E, Davison C et al. (2022). Indigenous strength: braiding culture, ceremony and community as a response to the COVID-19 pandemic (anglais). *Int J Indig Health.* 2022; 17(1) : 111-121. doi : 10.32799/ijih.v17i1.36716
2. Hahmann T et Kumar MB. Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits. Statistique Canada. Publié le 30 août 2022. Consulté le 24 octobre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-fra.htm>
3. Smylie J, McConkey S, Rachlis B et al. (2022). Uncovering SARS-COV-2 vaccine uptake and COVID-19 impacts among First Nations, Inuit and Métis Peoples living in Toronto and London, Ontario (anglais). *CMAJ.* 2022, 194(29) : E1018-E1026. doi : 10.1503/cmaj.212147
4. Burnett C, Purkey E, Davison CM et al. Spirituality, community belonging, and mental health outcomes of Indigenous peoples during the COVID-19 pandemic (anglais). *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(4) : 2472. doi : 10.3390/ijerph19042472
5. Robinson M. Recent insights into the mental health needs of Two-Spirit people (anglais). *Curr Opin Psychol.* 2022; 48 : 101494. doi : 10.1016/j.copsyc.2022.101494
6. Sylliboy JR, Bird N, Butler E, Perley G et Wilmot K. Two-Spirits' response to COVID-19: survey findings in Atlantic Canada identify priorities and developing practices (anglais). *Int J Indig Health.* 2022; 17(1) : 15-26. doi : 10.32799/ijih.v17i1.36724
7. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color (anglais). *Stanford Law Rev.* 1991; 43 :1241-1299. doi : 10.2307/1229039
8. Löwe B, Kroenke K et Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2) (anglais). *J Psychosom Res.* 2005; 58(2) : 163-71. doi : 10.1016/j.jpsychores.2004.09.006
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO et Löwe B. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection (anglais). *Ann Intern Med.* 2007; 146(5) : p. 317-325. doi : 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
10. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC et Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies (anglais). *Res Aging.* 2004; 26(6) : 655-72. doi : 10.1177/0164027504268574
11. Okechukwu CA, El Ayadi AM, Tamers SL, Sabbath EL et Berkman L. Household food insufficiency, financial strain, work-family spillover, and depressive symptoms in the working class: the Work, Family, and Health Network Study (anglais). *AM J Public Health.* 2012; 102(1) : 126-33. doi : 10.2105/AJPH.2011.300323