

Rapport national

Résultats de l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, pour les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires au Canada



Also available in English under the title :

Findings from the Survey on the Impact of COVID-19 on access to STBBI-related services, including harm reduction services, for African, Caribbean and Black people in Canada

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada Indice de l'adresse 0900C2 Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

E-mail: hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada
représentée par la ministre de la Santé, 2022

Date de publication : Septembre 2022

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP40-309/2022F-PDF

ISBN : 978-0-660-44086-6

Pub. : 220220

Langue : Français

Format : PDF

Table des matières

Remerciements	1
Introduction	2
Méthodes	3
Plan d'enquête	3
Engagement communautaire	3
Questionnaire	4
Critères d'inclusion	4
Recrutement	4
Mesures	5
Analyse	7
Résultats	7
Caractéristiques sociodémographiques	7
Déterminants sociaux de la santé	10
Santé mentale et bien-être	10
Emploi et sécurité financière	12
Sécurité alimentaire	15
Violence domestique	17
Discrimination	21
Consommation de substances	26
Accès aux services liés aux ITSS	28
Services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS	28
Soutien et traitement pour les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C	30
Discussion	31
Incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services liés aux ITSS et aux services de réduction des méfaits	31
Incidence de la COVID-19 sur les déterminants sociaux de la santé	32
Emploi et sécurité financière	33
Insécurité alimentaire	33
Violence domestique	33
Discrimination	34
Santé mentale	34
Répercussions de la COVID-19 sur la consommation de substances	34
Points forts et limites	35
Conclusion	35
Références	37

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 8

Tableau 2. Santé mentale des participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 11

Tableau 3. Accès et obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de bien-être chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 11

Tableau 4. Emploi et sécurité financière des participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 13

Tableau 5. Sécurité alimentaire parmi les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 15

Tableau 6. Conditions de logement et sentiments de sécurité à la maison et chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 18

Tableau 7. Expériences de violence domestique parmi les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 20

Tableau 8. Expériences de discrimination lors de l'accès aux soins de santé parmi les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 22

Tableau 9. Consommation de drogues et d'autres substances et comportements connexes parmi les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 27

Tableau 10. Accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 28

Tableau 11. Obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 29

Tableau 12. Infection autodéclarée par le VIH et l'hépatite C et accès aux soins chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 30

Liste des figures

Figure 1. Changements dans la santé mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 12

Figure 2. Insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie de COVID-19 selon la situation d'emploi chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 16

Figure 3. Insécurité alimentaire selon les changements dans la situation de travail depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 17

Figure 4. Changements dans les sentiments de sécurité à la maison depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* 19

Figure 5. Changements dans la fréquence des épisodes de violence domestique depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* qui ont été victimes de violence domestique 21

Figure 6. Changements dans la fréquence de la discrimination vécue lors de l'accès aux services de soins de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* qui ont fait l'objet de discrimination 24

Figure 7. Changements dans la fréquence de la discrimination vécue lors de l'accès aux services de soins de santé selon les attributs chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* qui ont fait l'objet de discrimination 25

Figure 8. Capacité d'accéder aux services de santé mentale et de bien-être selon les changements dans la fréquence des expériences de discrimination depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021* qui ont fait l'objet de discrimination 26

Remerciements

Le succès de cette enquête et du rapport national a été possible grâce à la collaboration et au partenariat de l'Agence de la santé publique du Canada avec plusieurs intervenants communautaires, y compris des chercheurs, des organisations et des membres communautaires, afin d'assurer la participation de la communauté à chaque étape de l'enquête, notamment la planification et la mise en œuvre. Les principaux intervenants sont l'Université d'Ottawa et Women's Health in Women's Hands (WHIWH), qui ont constitué un groupe de travail national d'experts (GTNE) pour guider la mise en œuvre de l'enquête. Ce GTNE était composé de chercheurs, de fournisseurs de services et de membres et dirigeants des communautés africaines, caribéennes et noires (ACN). Le GTNE a appelé ce projet « ACB Community PHAC-funded COVID-19 Impact (APCI) study », ou « étude sur les conséquences de la COVID-19 sur les communautés ACN financée par l'ASPC ». Les auteurs tiennent à remercier tous les membres du groupe de travail, les pairs-assistants de recherche et les participants.



Introduction

La pandémie de COVID-19 a perturbé la santé et le bien-être social dans une proportion sans pareil dans le passé récent. L'augmentation du nombre de cas du virus SRAS-CoV-2 a introduit la mise en œuvre de mesures de distanciation physique pour prévenir la transmission, des confinements à l'échelle nationale qui ont entraîné des conséquences sociales et économiques, ainsi qu'un accès limité aux services de soutien médicaux et sociaux (1). En plus des répercussions de la pandémie sur la santé publique, des difficultés sans précédent ont été signalées dans l'ensemble du pays en ce qui concerne la prestation des soins de santé primaires, y compris les services de prévention, de dépistage et de traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi que les services de réduction des méfaits. Ces perturbations ont entraîné des répercussions disproportionnées sur les populations les plus à risque au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite C et à d'autres ITSS. Au Canada, ces populations comprennent les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires (ACN), les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les personnes qui consomment des drogues ou de l'alcool (UD) (2,3,4).

Des études montrent que les ITSS comme le VIH, l'hépatite C et la syphilis contribuent à accroître le fardeau de la santé pour les personnes ACN, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, et les UD, puisque ces infections surviennent plus fréquemment dans ces populations qui sont déjà confrontées à des défis uniques (5,6,7). Plus précisément, les déterminants sociaux de la santé, y compris les obstacles structurels aux soins de santé, le racisme systémique, la stigmatisation et la discrimination, l'instabilité résidentielle, l'insécurité alimentaire, les problèmes de santé mentale et la violence domestique, sont tous des causes bien connues des risques sanitaires disproportionnés et

de la disparité des résultats en matière de santé pour ces populations clés (8,9,10,11,12). Par conséquent, la pandémie de COVID-19 a ajouté une autre couche de vulnérabilité aux populations qui sont déjà confrontées à des obstacles structurels et sociaux à l'accès aux soins de santé.

Au début de la pandémie, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a cerné des lacunes prioritaires en matière de renseignements, ce qui les a incités à recueillir des données afin de mesurer l'incidence de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des Canadiens ainsi que son incidence sur la prestation des soins de santé. En outre, la nécessité de disposer de données désagrégées, en particulier sur le statut ethnoracial, que la surveillance nationale fondée sur les cas était incapable de fournir au début de la pandémie, a été cernée comme une priorité ciblée. Afin de combler ces lacunes en matière de renseignements, l'ASPC s'est engagée à produire en temps opportun des renseignements sur l'incidence de la COVID-19 sur la prestation de services liés aux ITSS parmi les fournisseurs de services et les populations clés que l'on sait être plus touchées par les ITSS.

Quatre enquêtes nationales en ligne ont été élaborées afin de mieux comprendre l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur l'accès et la prestation des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, ainsi que sur les services de réduction des méfaits. La première enquête, *l'Enquête concernant l'incidence de la COVID-19 sur la prestation des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS, y compris des services de réduction des méfaits au Canada*, a été menée en novembre et en décembre 2020. Elle s'est concentrée sur les organismes communautaires et les bureaux de santé publique locaux qui fournissent des services liés aux ITSS au Canada et a examiné

l'incidence de la COVID-19 sur leur capacité à fournir de tels services (13). Trois enquêtes distinctes sur les populations clés ont également été menées pour les personnes ACN, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, et les UD. Ces enquêtes spécifiques à ces populations ont exploré l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services liés aux ITSS, ainsi que sur les déterminants sociaux et structurels de la santé qui ont une incidence sur l'accès aux services, y compris la santé mentale, la stabilité résidentielle, l'insécurité alimentaire, la violence domestique, le racisme, la stigmatisation et la discrimination, et la consommation de substances. Les enquêtes ont été menées en collaboration et en partenariat avec plusieurs intervenants communautaires, qui ont constitué des groupes de travail d'experts, comme le Groupe de travail national d'experts pour l'enquête auprès des personnes ACN.

Ce rapport présente les résultats de l'*Enquête nationale sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, pour les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires au Canada*, menée du 25 mai 2021 au 12 juillet 2021. Dans cette enquête, les personnes ACN comprennent toute personne qui s'identifie comme étant africaine, caribéenne ou noire, y compris les gens issus de communautés noires historiques au Canada, comme les communautés afro-néo-écossaises. L'acronyme ACN est de plus en plus utilisé partout au Canada pour désigner les personnes noires de diverses cultures qui vivent dans ce pays.

Méthodes

Plan d'enquête

L'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits pour les personnes issues

des communautés africaines, caribéennes et noires au Canada était une enquête nationale en ligne, autoadministrée et transversale. Le plan de l'enquête a été inspiré par la méthode d'évaluation rapide des tendances (la méthode Trendspotter) utilisée dans l'enquête en ligne sur l'incidence de la COVID-19 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (14). Le fait d'avoir effectué l'enquête en ligne a évité le risque de contracter la COVID-19 à cause d'un contact physique étroit qui pourrait avoir lieu lors d'entrevues en personne. En outre, la méthode utilisée au cours de l'enquête en ligne a permis de recueillir des données auprès d'un nombre potentiellement important de participants en une courte période.

Engagement communautaire

L'ASPC a collaboré et établi des partenariats avec plusieurs intervenants communautaires, y compris des chercheurs, des organisations et des membres communautaires, afin d'assurer la participation de la communauté à chaque étape de l'enquête, notamment la planification et la mise en œuvre. Les principaux intervenants comprenaient notamment l'Université d'Ottawa et Women's Health in Women's Hands (WHIWH), qui ont constitué un groupe de travail national d'experts (GTNE). Ce groupe de travail était composé de chercheurs, de fournisseurs de services et de membres et dirigeants de la communauté ACN. Le GTNE a été considéré comme une approche communautaire participative novatrice pour promouvoir l'enquête au moyen de diverses méthodes afin d'assurer une représentation appropriée parmi les diverses sous-populations ACN.

Les sous-comités du GTNE comprenaient la mobilisation des connaissances, l'analyse des données, l'engagement communautaire, le renforcement des capacités et la gouvernance des données. Ces comités ont coordonné diverses

activités pour faciliter l'examen et l'interprétation des résultats de l'enquête. Ils ont également participé à l'élaboration de différents produits d'application des connaissances, y compris le présent rapport, des tableaux de bord de visualisation des données, des présentations à des conférences, la présentation de diapositives principales, des événements virtuels style « café du monde », un [blogue de données](#) publié par l'ASPC et une infographie (qui sera publiée à une date ultérieure).

Questionnaire

Les questions de l'enquête ont été élaborées à partir des questionnaires utilisés dans les enquêtes antérieures par le Système de surveillance national *Track* et des enquêtes en ligne existantes mesurant l'incidence de COVID-19 (7,14,15,16,17,18,19). Les commentaires des membres de la communauté ont également été recueillis pour s'assurer que les questions et les objectifs de l'enquête étaient pertinents pour la population cible spécifique et qu'ils cadraient avec les réalités et les besoins de la communauté. L'enquête a permis de recueillir des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, les déterminants sociaux de la santé (c.-à-d. la santé mentale et le bien-être, l'emploi et la sécurité financière, la sécurité alimentaire, la violence domestique et la discrimination), la consommation de substances, l'utilisation et l'accès aux services liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, et les changements dans l'accès à ces services causés par la pandémie. À l'exception de quelques questions ouvertes (c.-à-d. l'âge du participant, les trois premiers caractères du code postal du participant, le nombre d'années vécues au Canada et les commentaires généraux concernant les expériences du participant pendant la pandémie); toutes les autres questions étaient fermées (c.-à-d. cases à cocher).

Le questionnaire était disponible en français et en anglais et prenait environ 10 à 20 minutes à compléter. Aucun renseignement permettant d'identifier directement une personne n'a été saisi dans le questionnaire.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des participants comprenaient habiter au Canada au moment de l'enquête, avoir au moins 18 ans, la capacité de lire le français ou l'anglais et s'identifier comme une personne africaine, caraïbéenne ou noire. Avant de commencer à répondre à l'enquête, des détails concernant la confidentialité et la protection des renseignements personnels ont été fournis aux participants. À la fin de cette section, l'énoncé suivant a été présenté aux participants : « En cliquant sur le bouton Commencer l'enquête, vous avez lu et compris l'information contenue dans cette page et consenti à participer. » Un lien Web menant à des mesures de soutien et des ressources en santé mentale a également été fourni, au cas où le participant était perturbé par une ou plusieurs questions.

Recrutement

L'ASPC a collaboré avec le GTNE pour faire la promotion de l'enquête. L'ASPC a communiqué avec un peu plus de 800 intervenants, y compris des personnes-ressources provinciales et territoriales, des organismes locaux de santé publique et des organismes communautaires, qui ont été contactées pour distribuer le lien de l'enquête et y participer, le cas échéant. Des organismes nationaux et régionaux en matière d'ITSS et d'autres ministères gouvernementaux ont été encouragés à promouvoir le lien de l'enquête auprès de leurs réseaux de fournisseurs de services. Les fournisseurs de services ont également été encouragés à communiquer le lien de l'enquête à leurs clients et d'autres organismes

communautaires connus qui offrent des services liés aux ITSS selon ce qu'ils jugent approprié. Ensemble, des courriels ont été envoyés à plus de 5 000 organisations et personnes différentes au sein de la population générale au moyen des listes de contacts existantes des intervenants. Le lien de l'enquête a également été distribué au moyen des canaux de médias sociaux de l'ASPC (c.-à-d. plus de 175 000 abonnés sur Facebook, 500 000 abonnés sur Twitter et 275 000 abonnés sur LinkedIn) tout au long de la période de collecte de données et les messages sur les médias sociaux ont été rediffusés par les principaux intervenants nationaux.

L'Université d'Ottawa, WHIWH et le GTNE ont également élaboré et mis en œuvre des stratégies de recrutement ciblées pour promouvoir l'enquête. Ils ont notamment utilisé leurs réseaux existants d'organismes communautaires, des pairs-associés de recherche (PAR), de médias sociaux et d'événements sociaux en ligne. Les PAR ont été recrutés et formés pour faire connaître l'enquête dans leurs collectivités en participant à des événements communautaires virtuels et à des séances de webinaires. Les PAR ont également ciblé et fait la promotion de l'enquête auprès des populations difficiles à atteindre, y compris les jeunes, les aînés et les personnes âgées.

Le protocole et le questionnaire de l'enquête ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'ASPC. En raison de la nature anonyme de cette enquête et du faible fardeau prévu pour les participants, aucun remboursement n'a été offert pour la participation à cette enquête.

Mesures

Tous les indicateurs sont mesurés à partir des questions posées dans l'enquête. Bien qu'une grande partie des indicateurs puisse être interprétée directement à partir des questions de l'enquête, certaines d'entre elles ont exigé un codage

supplémentaire pour pouvoir être interprétées. Dans certains cas, des catégories ont été regroupées pour tenir compte du petit nombre de cellules ou lorsque des concepts semblables devaient être regroupés. Les mesures utilisées sont décrites ci-dessous.

Sécurité alimentaire

À partir d'une liste d'énoncés liés à l'accès à la nourriture et à la sécurité alimentaire, on a demandé aux participants dans quelle mesure chaque énoncé était vrai depuis le début de la pandémie de COVID-19 en utilisant une échelle avec les options « souvent vrai », « parfois vrai » et « jamais vrai ». Les participants ont été classés comme étant en situation d'insécurité alimentaire s'ils ont indiqué « souvent vrai » ou « parfois vrai » à l'un des énoncés suivants :

- Les aliments que vous ou d'autres membres du ménage avez achetés n'ont tout simplement pas duré, et il n'y avait pas d'argent pour vous en procurer davantage.
- Vous ou d'autres membres du ménage n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés.
- Vous vous êtes privé de manger parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture.
- D'autres membres de votre ménage se sont privés de manger parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture.
- Vous ou d'autres membres du ménage avez eu accès gratuitement à de la nourriture ou à des repas d'un organisme communautaire.

Violence domestique

À partir d'une liste décrivant des actes particuliers de violence domestique, on a demandé aux participants comment leurs expériences avec chacun de ces actes, dans l'endroit où ils vivaient, ont changé depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les options de réponse étaient « moins souvent », « plus

souvent », « aucun changement », « je n'ai jamais vécu cela ou cela ne s'applique pas à moi » et « je préfère ne pas répondre ». Pour chaque acte de violence domestique, une variable a été dérivée pour séparer les participants qui ont déclaré avoir vécu l'acte en question des autres participants. Les participants ont été classés comme ayant vécu l'acte en question s'ils ont indiqué « moins souvent », « plus souvent » ou « aucun changement » à l'un ou l'autre des actes suivants :

- La personne a-t-elle crié après vous ou vous a dit des choses qui vous ont rendu mal à l'aise, qui vous ont mis dans l'embarras devant les autres ou qui vous ont effrayé?
- A-t-elle fait des choses comme vous pousser, vous empoigner, vous frapper, vous donner des coups de pied ou vous lancer des objets pendant une dispute ou parce qu'elle était en colère contre vous?
- A-t-elle affiché un comportement sexuel plus agressif envers vous?
- A-t-elle crié après quelqu'un avec qui vous vivez?
- A-t-elle fait des choses comme pousser, attraper, frapper, gifler, donner des coups de pied ou jeter des objets sur quelqu'un avec qui vous vivez?
- A-t-elle contrôlé la façon dont l'argent était dépensé dans votre ménage, notamment en limitant votre accès à des fonds ou en vous privant de fonds?

Discrimination

À partir d'une liste d'attributs possiblement liés à la discrimination, on a demandé aux participants *leur perception* du changement dans leurs expériences de discrimination lorsqu'ils tentent d'accéder aux services de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les options de réponse étaient « augmentation », « diminution »,

« aucun changement » et « je n'ai pas vécu cette expérience ». Les participants ont été classés comme ayant fait l'objet de discrimination lors de leur accès aux services de soins de santé s'ils ont indiqué « augmentation », « diminution » ou « aucun changement » à l'un ou l'autre des attributs suivants :

- Race, origine ethnique ou couleur de la peau, y compris le racisme anti-Noirs
- Genre
- Orientation sexuelle
- Consommation de substances
- Situation économique
- Incapacité
- Âge

Accès aux services liés aux ITSS

On a demandé aux participants s'ils avaient accès aux trois services suivants liés aux ITSS :

- Services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS (p. ex. dépistage et traitement des ITSS, prophylaxie préexposition [PPrE] au virus de l'immunodéficience humaine [VIH] par voie orale, fourniture de condoms ou de digues dentaires, etc.)
- Services de réduction des méfaits (p. ex. distribution d'aiguilles ou de seringues, consommation sur place, contrôle des drogues, formation sur la naloxone et approvisionnement, etc.)
- Services de traitement de la consommation des substances (p. ex. services de consultation, traitement de substitution aux opioïdes, services hospitaliers, etc.)

À partir d'une liste de services précis, on a demandé aux participants de décrire leur accès à ces services depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les options de réponse étaient « toujours en mesure d'y

accéder », « parfois en mesure d'y accéder », « j'ai voulu ou essayé, mais je n'ai pas été en mesure d'y accéder » et « je n'ai pas essayé d'y accéder ». Les participants ont été classés comme ayant de la difficulté à accéder à un service particulier s'ils ont déclaré « parfois en mesure d'y accéder » ou « j'ai voulu ou essayé, mais je n'ai pas été en mesure d'y accéder ».

Analyse

Le présent rapport et les analyses entreprises étaient de nature exploratoire et descriptif. Les statistiques descriptives ont été calculées avec SAS Enterprise Guide 7.1. Les petits nombres de cellules ont été évalués afin de déterminer le risque d'identifier les participants individuels, et ont été gardés lorsqu'il a été déterminé qu'il n'y avait aucun risque de réidentification, conformément à la *Directive sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé publique (ASPC, 2013, document non publié)* de l'ASPC. Lorsque les données du tableau contiennent de petits nombres de cellules, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Pour chaque question de l'enquête, les participants qui ont répondu avec des options de réponse « je préfère ne pas répondre », « je ne sais pas », « refusé » (c.-à-d. qu'ils sont passés à la question suivante sans fournir de réponse), ou « non déclaré » (c.-à-d. les questions n'ont pas reçu de réponse parce que la séance a expiré après 2 heures d'inactivité) ont été exclus des analyses de la question, sauf indication contraire.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 1 556 personnes admissibles ont participé à l'enquête entre le 25 mai 2021 et le 12 juillet 2021. La majorité des participants

vivaient en Ontario (42,7 %), tandis que des proportions plus faibles vivaient au Québec (12,7 %), en Colombie-Britannique (10,9 %), en Alberta (10,9 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (5,2 %), à l'Île-du-Prince-Édouard (4,3 %), au Nouveau-Brunswick (4,0 %), en Nouvelle-Écosse (3,5 %), en Saskatchewan (1,9 %), au Manitoba (1,2 %), et dans les territoires (2,5 %) (tableau 1).

Parmi tous les participants, l'âge moyen était de 40,2 ans, allant de 18 à 86 ans. La plus grande proportion de participants était âgée de 25 à 39 ans (39,6 %), suivie des 40 à 54 ans (33,4 %), des 55 ans et plus (15,6 %), la plus petite proportion de participants étant les personnes âgées de moins de 25 ans (11,4 %).

La plupart (63,2 %) des répondants se sont identifiés comme des Africains noirs, suivis de 28,3 % qui se sont auto-identifiés comme des Afro-Caribéens, 7,3 % comme des Autochtones noirs ou Afro Canadiens, 1,7 % comme des Afro-Américains, 1,1 % comme des Latino-Américains noirs, 6,6 % comme multiraciaux (c.-à-d. lorsque l'un des parents est Noir) et 1,6 % comme ayant une autre identité noire.

Pour ce qui est de la déclaration du genre, près des deux tiers (66,2 %) des répondants s'identifiaient comme des femmes cisgenres et un tiers (30,9 %) comme des hommes cisgenres. Une plus petite proportion de répondants a indiqué qu'ils étaient transmasculins (2,2 % – c.-à-d. des personnes auxquelles le sexe féminin a été assigné à la naissance qui s'identifiaient comme étant de genre masculin ou non binaire) et transféminins (0,7 % – c.-à-d. des personnes auxquelles le sexe masculin a été assigné à la naissance qui s'identifiaient comme étant de genre féminin ou non binaire). La plupart (81,8 %) des répondants ont indiqué leur orientation sexuelle comme étant hétérosexuelle et des proportions plus petites s'identifiaient comme

étant gais ou lesbiennes (4,7 %), bisexuels (6,6 %), bispirituels (0,6 %), autre (3,5 %) ou « je ne sais pas » (2,7 %).

Moins de la moitié (40,8 %) des répondants étaient des citoyens canadiens nés à l'extérieur du Canada, alors qu'environ le quart (23,2 %) étaient des citoyens canadiens nés au Canada. Près d'un répondant sur cinq (18,8 %) a déclaré être un immigrant reçu ou un résident permanent, avec de plus faibles proportions déclarant être un résident temporaire (10,0 %), un réfugié au sens de la Convention ou une personne protégée (3,8 %), un demandeur du statut de réfugié ou une personne à protéger (2,3 %), être sans-papiers ou n'ayant aucun statut d'immigrant (0,5 %), un demandeur d'asile (0,3 %) ou un autre statut de non-citoyen canadien (0,4 %) (voir la note de bas de page du tableau 1 pour de plus amples détails sur la citoyenneté et le statut d'immigrant). Parmi les participants qui ne sont pas nés au Canada, la plupart (29,0 %) ont déclaré vivre au Canada depuis moins de cinq ans, suivis de cinq à neuf ans (23,5 %), 10 à 14 ans (17,2 %), 25 ans ou plus (15,6 %), 15 à 19 ans (8,3 %) et, enfin, 20 à 24 ans (6,5 %).

Parmi tous les participants, 88,2 % avaient un niveau de scolarité plus élevé que les études secondaires, 7,2 % avaient terminé leurs études jusqu'au secondaire inclusivement, et 4,6 % n'avaient pas de diplôme d'études secondaires.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la majorité (93,6 %) des participants vivaient dans un logement stable (c.-à-d. qu'ils vivaient dans un appartement ou une maison dont ils étaient propriétaires ou qu'ils louaient, ou dans la résidence d'un membre de la famille ou d'un ami). Une plus petite proportion (6,4 %) a déclaré vivre dans un logement précaire ou inadéquat (c.-à-d. vivre dans des résidences multiples ou dormir chez des connaissances, dans une chambre d'hôtel ou de

motel, une maison de chambre ou pension, un refuge ou une auberge, une maison de transition, un établissement psychiatrique ou un établissement de traitement de la toxicomanie, un lieu public ou un établissement correctionnel).

Concernant l'assurance-maladie qui couvre la totalité ou une partie des coûts des soins de santé et/ou des médicaments d'ordonnance pendant la pandémie de COVID-19, la plupart (66,3 %) des répondants ont déclaré avoir une couverture d'assurance-maladie, alors que près du quart (24,0 %) des participants ont déclaré ne pas avoir de couverture de soins de santé. Un répondant sur dix (9,7 %) ne savait pas s'il avait une assurance-maladie.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Caractéristique	n	Total ^a	%
Province ou territoire où le participant vit			
Colombie-Britannique	169	1 554	10,9
Alberta	170	1 554	10,9
Saskatchewan	30	1 554	1,9
Manitoba	19	1 554	1,2
Ontario	664	1 554	42,7
Québec	197	1 554	12,7
Nouveau-Brunswick	62	1 554	4,0
Nouvelle-Écosse	54	1 554	3,5
Île-du-Prince-Édouard	67	1 554	4,3
Terre-Neuve-et-Labrador	81	1 554	5,2
Territoires ^b	39	1 554	2,5
Aucune de ces réponses ^c	2	1 554	0,1

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Caractéristique	n	Total ^a	%
Groupe d'âge			
Moins de 25 ans	178	1 556	11,4
25 à 39 ans	616	1 556	39,6
40 à 54 ans	519	1 556	33,4
55 à 64 ans	173	1 556	11,1
65 ans ou plus	70	1 556	4,5
Race ou origine raciale^d			
Africain noir	983	1 556	63,2
Afro-Caribéen	441	1 556	28,3
Autochtone noir ou Afro-Canadien	113	1 556	7,3
Afro-Américain	27	1 556	1,7
Latino-Américain noir	17	1 556	1,1
Multiracial (lorsque l'un des parents est Noir)	103	1 556	6,6
Autre communauté de race noire	25	1 556	1,6
Identité de genre^e			
Femme cisgenre	990	1 496	66,2
Homme cisgenre	462	1 496	30,9
Transféminine ^f	11	1 496	0,7
Transmasculine ^g	33	1 496	2,2
Orientation sexuelle^h			
Hétérosexuelle	1 271	1 553	81,8
Gai ou lesbienne	73	1 553	4,7
Bisexuelle	102	1 553	6,6
Bispirituelle	10	1 553	0,6
Autre	55	1 553	3,5
Je ne sais pas	42	1 553	2,7
Statut de citoyenneté			
Citoyen canadien né au Canada	358	1 546	23,2
Citoyen canadien non né au Canada	630	1 546	40,8
Immigrant reçu ou résident permanent	291	1 546	18,8

Caractéristique	n	Total ^a	%
Réfugié au sens de la Convention ou personne protégée ⁱ	59	1 546	3,8
Demandeur du statut de réfugié ou personne à protéger ^j	35	1 546	2,3
Demandeur d'asile ^k	5	1 546	0,3
Résidence temporaire ^l	155	1 546	10,0
Sans-papiers ou aucun statut d'immigrant	7	1 546	0,5
Pas un citoyen canadien – autre	6	1 546	0,4
Nombre d'années vécues au Canada^m			
Moins de 5 ans	282	974	29,0
5 à 9 ans	229	974	23,5
10 à 14 ans	167	974	17,2
15 à 19 ans	81	974	8,3
20 à 24 ans	63	974	6,5
25 ans et +	152	974	15,6
Plus haut niveau de scolarité			
Niveau inférieur aux études secondaires	67	1 462	4,6
Études secondaires complétées	105	1 462	7,2
Certaines études dans un collège, un cégep, une école professionnelle, une école de métiers, ou une formation d'apprentis	94	1 462	6,4
Études dans un collège, un cégep, une école professionnelle, une école de métiers, ou une formation d'apprentis complétés	159	1 462	10,9
Certaines études universitaires	111	1 462	7,6
Certificat ou diplôme universitaire complété	131	1 462	9,0
Baccalauréat complété	356	1 462	24,4
Certificat, diplôme ou grade universitaire supérieur au baccalauréat	429	1 462	29,3
Autre	10	1 462	0,7
Situation résidentielleⁿ			
Logement stable ^o	1 456	1 555	93,6
Logement précaire ou inadéquat ^p	99	1 555	6,4

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Caractéristique	n	Total ^a	%
Couverture d'assurance-maladie^{a,r}			
Oui	1 031	1 554	66,3
Non	373	1 554	24,0
Je ne sais pas	150	1 554	9,7

Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Comprend le Nunavut, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.
- c** Les répondants étaient admissibles à participer s'ils ont déclaré qu'ils se trouvaient au Canada au moment de l'enquête. Bien que tous les répondants représentés dans ces tableaux aient satisfait à tous les critères d'admissibilité, les participants avaient l'option de sélectionner « Aucune de ces réponses » comme réponse valide à cette question.
- d** Les participants pouvaient signaler plus d'un type de race ou d'origine raciale alors les réponses ne sont pas mutuellement exclusives et la somme des proportions présentées excède 100%.
- e** La mesure multidimensionnelle du sexe et du genre a été utilisée pour mesurer l'identité de genre (20).
- f** La catégorie « transféminine » comprend les personnes auxquelles le sexe masculin a été assigné à la naissance qui s'identifiaient comme étant de genre féminin ou non binaire.
- g** La catégorie « transmasculine » comprend les personnes auxquelles le sexe féminin a été assigné à la naissance qui s'identifiaient comme étant de genre masculin ou non binaire.
- h** Le total représente le total des nombres pour cet indicateur, à l'exclusion des valeurs « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré ».
- i** Pour l'option de réponse « réfugié au sens de la Convention ou personne protégée », les participants ont reçu les renseignements supplémentaires suivants : « c.-à-d. que vous avez été officiellement approuvé comme réfugié ».
- j** Pour l'option de réponse « demandeur du statut de réfugié ou personne à protéger », les participants ont reçu les renseignements supplémentaires suivants : « c.-à-d. que vous avez présenté une demande à titre de réfugié, mais que votre demande n'a pas encore été approuvée ».
- k** Pour l'option de réponse « demandeur d'asile », les participants ont reçu les renseignements supplémentaires suivants : « c.-à-d. que vous êtes une personne qui demande le statut de réfugié, mais que votre demande n'a pas encore été traitée ».
- l** Pour l'option de réponse « résident temporaire », les participants ont reçu les renseignements supplémentaires suivants : « p. ex. étudiant, travailleur temporaire, visiteur, super visa (parents et grands-parents) ».
- m** Cet indicateur a été mesuré chez les participants nés à l'extérieur du Canada.

- n** Cet indicateur mesure la situation de vie du participant depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les participants pouvaient déclarer plus d'un type de situation de vie.
- o** Les participants étaient classés comme vivant dans un logement stable s'ils habitaient seulement dans leur propre appartement ou maison, ou chez un parent ou un ami.
- p** Les participants étaient classés comme vivant dans un logement précaire ou inadéquat s'ils ont indiqué vivre dans l'une des situations suivantes : vivre dans des résidences multiples ou dormir chez des connaissances, dans une chambre d'hôtel ou de motel, une maison de chambre ou pension, un refuge ou une auberge, une maison de transition, un établissement psychiatrique ou un établissement de traitement de la toxicomanie, un lieu public ou un établissement correctionnel.
- q** Le total représente le total des nombres pour cet indicateur, à l'exclusion des valeurs « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré ».
- r** Cet indicateur mesure le fait d'avoir une assurance couvrant la totalité ou une partie des coûts des soins de santé et/ou des médicaments d'ordonnance, depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Déterminants sociaux de la santé

Santé mentale et bien-être

Au moment de l'enquête, près de la moitié (47,2 %) des participants ont déclaré que leur santé mentale était excellente ou très bonne, un quart (26,1 %) ont déclaré que leur santé mentale était bonne, 20,7 % ont déclaré une santé mentale moyenne et 6,1 % une mauvaise santé mentale (tableau 2). Lorsqu'on leur a demandé comment leur santé mentale avait changé depuis le début de la pandémie, dans l'ensemble, 41,5 % n'ont déclaré aucun changement dans leur santé mentale, environ le tiers (33,1 %) des répondants ont déclaré une santé mentale un peu pire ou bien pire; alors qu'un quart (25,4 %) des répondants ont déclaré se sentir « un peu mieux » ou « bien mieux » sur le plan de la santé mentale. Cela était différent lorsqu'on examine les participants en fonction de leur santé mentale déclarée au moment de la collecte des données (figure 1). Plus précisément, la majorité (78,7 %) des participants ayant une mauvaise santé mentale en général estimaient que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie. Cette proportion tombait à 58,9 % chez les participants ayant une santé mentale moyenne, à 36,5 % chez ceux ayant une bonne santé mentale et à 14,1 % chez ceux dont la santé mentale était excellente ou très bonne.

Tableau 2. Santé mentale des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Santé mentale au moment de l'enquête			
Excellente ou très bonne	733	1553	47,2
Bonne	405	1553	26,1
Moyenne	321	1553	20,7
Mauvaise	94	1553	6,1
Changement en santé mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Bien mieux maintenant	146	1554	9,4
Un peu mieux maintenant	248	1554	16
À peu près pareil	645	1554	41,5
Un peu pire maintenant	406	1554	26,1
Bien pire maintenant	109	1554	7,0

Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

a Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.

Deux participants sur cinq (41,9 %) ont accédé, songé à accéder ou voulu accéder aux services de santé mentale et de bien-être (tableau 3). Parmi eux, 41,4 % ont déclaré avoir parfois été en mesure et parfois n'avoir pas été en mesure d'y accéder, tandis que 20,4 % ont indiqué ne pas du tout avoir été en mesure d'accéder à ces services. Les 38,3 % restants ont déclaré avoir toujours été en mesure d'avoir accès aux services.

Parmi les répondants qui n'ont pas pu accéder aux services de santé mentale et de bien-être, les obstacles les plus fréquemment signalés comprenaient notamment :

- Difficulté à obtenir une demande de consultation, un rendez-vous ou à communiquer avec un médecin ou une infirmière pour obtenir de l'information ou des conseils (55,2 %)

- Coût (32,7 %)
- Difficulté d'accès aux services en raison des mesures de santé publique liées à la COVID 19 (27,3 %)
- Des services culturellement sûrs et appropriés n'étaient pas disponibles (26,6 %)

Tableau 3. Accès et obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de bien-être chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Ont accédé ou envisagé d'accéder à des services^b de santé mentale et de bien-être depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Oui	645	1 538	41,9
Non	893	1 538	58,1
Capacité d'accéder aux services^c de santé et de bien-être mentaux			
N'ont pas été en mesure d'avoir accès aux services	131	643	20,4
N'ont parfois pas été en mesure d'avoir accès aux services et parfois été en mesure d'y avoir accès	266	643	41,4
Ont toujours été en mesure d'avoir accès aux services	246	643	38,3
Obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de bien-être^d			
Difficulté à obtenir une demande de consultation, un rendez-vous ou à communiquer avec un médecin ou une infirmière pour obtenir de l'information ou des conseils	214	388	55,2
Coût	127	388	32,7
Difficulté d'accès au service en raison des mesures de santé publique liées à la COVID 19	106	388	27,3
Des services culturellement sûrs et appropriés n'étaient pas disponibles	103	388	26,6
Attendu trop longtemps entre la prise d'un rendez-vous et la visite ou attendu trop longtemps pour obtenir le service de santé	97	388	25,0

Tableau 3. Accès et obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de bien-être chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Indicateur	n	Total ^a	%
Le service n'était pas disponible au moment requis	93	388	24,0
Crainte ou inquiétude au sujet de l'exposition à une personne atteinte de la COVID-19	87	388	22,4
Crainte, préoccupation, ou expérience à l'égard du racisme, y compris du racisme anti-Noirs	82	388	21,1
Crainte, préoccupation ou expérience à l'égard de la stigmatisation, de la discrimination ou de la violence	71	388	18,3
Difficulté d'accès aux services à distance	38	388	9,8
Problèmes de transport	35	388	9,0
Problème de langue	11	388	2,8
Autre	35	388	9,0

Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

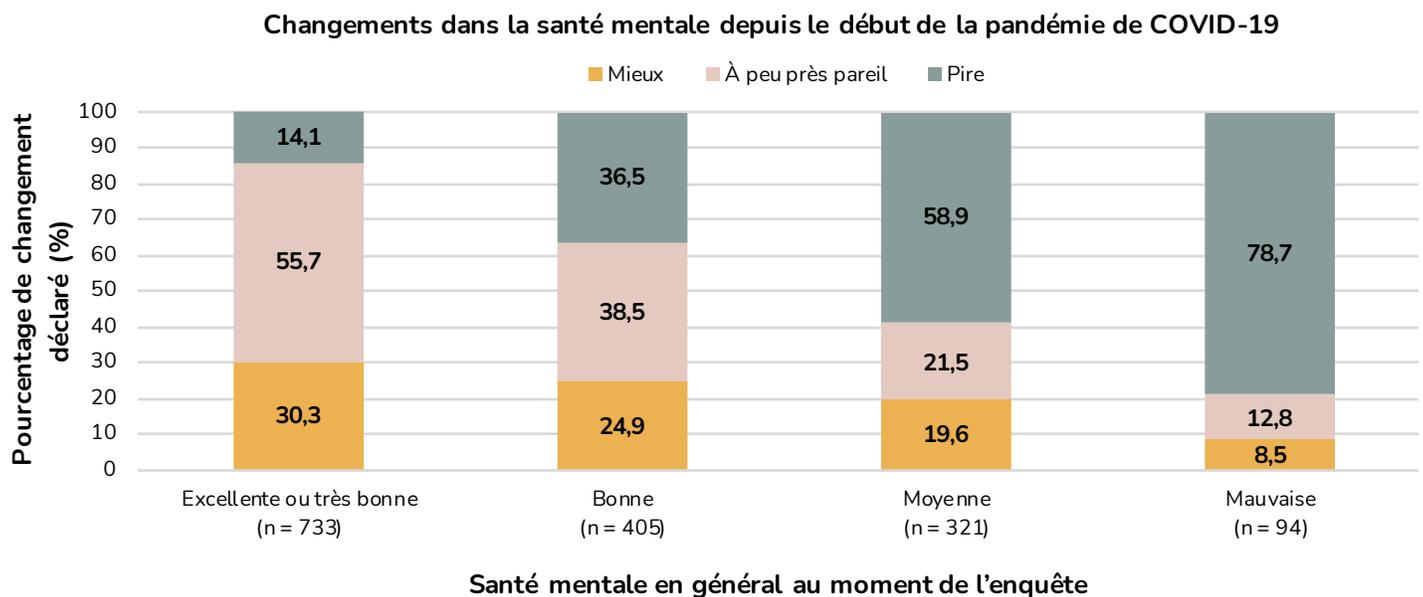
Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b Cela comprenait les fournisseurs de soins de santé mentale, les soutiens communautaires, les soutiens religieux et spirituels, entre autres.
- c Cet indicateur a été mesuré chez les personnes qui ont déclaré avoir eu accès, envisagé d'avoir accès ou souhaité avoir accès à des services de santé mentale et de bien-être depuis le début de la pandémie de COVID-19.
- d Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui n'ont pas toujours été en mesure d'accéder à des services de santé mentale et de bien-être. Les proportions pour les obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de bien-être ne totalisent pas 100 %, car elles ne s'excluaient pas mutuellement; les participants pouvaient signaler plus d'un type d'obstacle à l'accès à ces services.

Emploi et sécurité financière

Avant la pandémie de COVID-19, environ la moitié (49,9 %) des participants ont déclaré avoir un emploi à temps plein, avec des proportions plus faibles indiquant travailler à temps partiel (18,8 %), être un étudiant à temps plein ou à temps partiel (16,0 %) ou être au chômage (13,5 %) (tableau 4). Moins d'un participant sur dix (6,2 %) a déclaré être bénévole,

Figure 1. Changements dans la santé mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021



être sans emploi en raison d'une incapacité (4,3 %), être à la retraite (4,1 %), s'occuper d'enfants ou d'autres membres de la famille (2,7 %) ou avoir une autre situation professionnelle (1,9 %). Lorsqu'on leur a demandé de décrire les changements dans leur situation de travail depuis le début de la pandémie de COVID-19, la moitié (50,2 %) des répondants ont déclaré peu ou pas de changement, 18,7 % ont déclaré une réduction des heures ou de la rémunération, 16,9 % ont dû cesser de travailler, alors que 14,3 % ont déclaré une augmentation des heures ou de la rémunération. Parmi ceux qui ont déclaré une réduction des heures de travail ou avoir dû cesser de travailler, la majorité (44,2 %) ont indiqué que la fermeture d'entreprise ou la mise à pied liée à la pandémie de COVID-19 était la cause.

Près du tiers (30,2 %) des répondants ont déclaré que la pandémie de COVID-19 n'a entraîné aucun changement dans leur capacité de payer leurs factures pour des besoins essentiels, comme le loyer ou les paiements hypothécaires, les services publics et l'épicerie, et moins d'un répondant sur dix (8,8 %) a déclaré qu'il était trop tôt pour le dire au moment de l'enquête. Près de la moitié (43,1 %) des répondants ont déclaré que la pandémie de COVID-19 avait eu une incidence importante ou moyenne sur leur capacité de payer leurs factures, tandis que 18,0 % ont déclaré une incidence mineure.

Moins de la moitié (43,9 %) des répondants ont demandé et reçu des prestations d'assurance-emploi ou d'urgence depuis le début de la pandémie de COVID-19. La Prestation canadienne d'urgence (54,3 %) était la prestation la plus souvent déclarée comme ayant été reçue au cours de cette période, suivie des prestations régulières d'assurance-emploi (37,9 %). Des proportions considérablement plus faibles de répondants ont déclaré avoir reçu d'autres types de prestations (tableau 4).

On a demandé aux participants s'ils avaient reçu une aide ou des reports de paiement pour toute obligation financière pendant la pandémie de COVID-19, particulièrement pour les paiements de loyer ou d'hypothèque, les paiements de voiture ou les factures du ménage. Parmi ceux qui avaient besoin d'une aide ou d'un report de paiement, les trois quarts (74,9 %) ont déclaré ne pas avoir reçu d'aide ou de report pour les factures de ménage, 66,9 % pour les paiements de voiture et 58,1 % pour les loyers ou les paiements d'hypothèque.

Tableau 4. Emploi et sécurité financière des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Situation de travail avant la pandémie de COVID-19^b			
Employé ou travailleur autonome à temps plein	749	1 502	49,9
Employé ou travailleur autonome à temps partiel	283	1 502	18,8
Étudiant à temps plein ou à temps partiel	240	1 502	16,0
Sans emploi	202	1 502	13,5
Bénévole	93	1 502	6,2
Sans emploi en raison d'une incapacité	65	1 502	4,3
Retraité	62	1 502	4,1
Responsable des soins des enfants ou d'autres membres de la famille	41	1 502	2,7
Autre	29	1 502	1,9
Changement dans la situation de travail depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Peu ou pas de changement	749	1 493	50,2
Réduction des heures ou de la rémunération	279	1 493	18,7
J'ai dû cesser de travailler	252	1 493	16,9
Augmentation des heures ou de la rémunération	213	1 493	14,3

Tableau 4. Emploi et sécurité financière des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Indicateur	n	Total ^a	%
Principale raison pour laquelle le travail a été limité ou interrompu^c			
Fermeture d'entreprise ou mise à pied liée à la COVID-19	235	532	44,2
Circonstances personnelles liées à la pandémie de COVID-19 ^d	112	532	21,1
Absence imprévue non liée à la pandémie de COVID-19 ^e	58	532	10,9
Absence prévue non liée à la pandémie de COVID-19 ^f	26	532	4,9
Autre raison non précisée	101	532	19,0
Incidence de la pandémie de COVID-19 sur la capacité de payer les factures^g			
Incidence importante	287	1 486	19,3
Incidence moyenne	353	1 486	23,8
Incidence mineure	267	1 486	18,0
Aucune incidence	449	1 486	30,2
Il est trop tôt pour le dire	130	1 486	8,8
Prestations d'aide à l'emploi ou d'urgence reçues depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Prestations demandées et reçues	639	1 455	43,9
Je n'ai pas demandé de prestations	486	1 455	33,4
Je n'étais admissible à aucune prestation	330	1 455	22,7
Type de prestations d'emploi ou d'intervention d'urgence reçues depuis le début de la pandémie de COVID 19^h			
Prestation canadienne d'urgence (PCU) ⁱ	347	639	54,3
Prestation canadienne d'urgence pour les étudiants (PCUE) ^j	71	639	11,1
Prestations régulières d'assurance-emploi	242	639	37,9
Prestations de maladie	33	639	5,2
Autres prestations d'assurance-emploi	33	639	5,2
Prestations aux aidants naturels ou pour soignants	10	639	1,6
Prestations pour travail partagé	6	639	0,9

Indicateur	n	Total ^a	%
Mesures de répit financier ou reports de versements reçus depuis le début de la pandémie de COVID-19^k			
Loyer ou paiements hypothécaires			
J'ai ces paiements et j'ai eu besoin d'une aide ou d'un report de paiement, mais je ne les ai pas reçus	179	308	58,1
J'ai ces paiements et j'ai reçu une aide ou des reports de paiement	129	308	41,9
Paiements de voiture			
J'ai ces paiements et j'ai eu besoin d'une aide ou d'un report de paiement, mais je ne les ai pas reçus	95	142	66,9
J'ai ces paiements et j'ai reçu une aide ou des reports de paiement	47	142	33,1
Factures du ménage			
J'ai ces paiements et j'ai eu besoin d'une aide ou d'un report de paiement, mais je ne les ai pas reçus	236	315	74,9
J'ai ces paiements et j'ai reçu une aide ou des reports de paiement	79	315	25,1

Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Les proportions pour la situation de travail ne totalisent pas 100 %, car elles ne s'excluaient pas mutuellement; les participants pouvaient signaler plus d'un type de race ou d'origine raciale.
- c** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont indiqué qu'ils avaient réduit leurs heures ou leur rémunération ou qu'ils avaient dû cesser de travailler.
- d** Les circonstances personnelles liées au COVID-19 comprenaient la sécurité personnelle, l'exposition personnelle ou d'un membre de la famille ou du ménage, l'isolement après un voyage récent, et la prise en charge des enfants en raison de la fermeture des écoles et/ou des garderies.
- e** Une absence imprévue non liée à la COVID-19 incluait une maladie ou incapacité autre que la COVID-19, les soins aux enfants ou à un parent âgé pour des raisons autres que la COVID-19, ou un conflit de travail (grève ou lock-out).
- f** Une absence prévue non liée à la COVID-19 comprenait les vacances, l'horaire de travail, un congé de maternité ou parental, un emploi saisonnier ou une entreprise saisonnière.
- g** Les factures désignent celles pour des besoins essentiels, comme le loyer ou les paiements hypothécaires, les services publics et l'épicerie.

Tableau 4. Emploi et sécurité financière des participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

- h** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont demandé des prestations d'emploi ou d'urgence. Les proportions pour les prestations ne totalisent pas 100 %, car elles ne s'excluaient pas mutuellement; les participants pouvaient signaler plus d'un type de prestation.
- i** La prestation canadienne d'urgence (PCU) a fourni un soutien financier aux travailleurs canadiens et aux travailleurs autonomes directement touchés par la COVID-19 entre le 15 mars et le 26 septembre 2020.
- j** La prestation canadienne d'urgence pour les étudiants (PCUE) a fourni un soutien financier aux étudiants de niveau postsecondaire et aux récents diplômés d'études postsecondaires et secondaires qui n'ont pas pu trouver de travail à cause de la COVID-19 entre le 10 mai et le 29 août 2020.
- k** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui avaient des paiements à effectuer pour le loyer ou une hypothèque, une voiture ou une facture de ménage et qui avaient besoin d'une aide ou de reports de paiement.

Sécurité alimentaire

Parmi tous les participants, plus de la moitié (53,0 %) ont déclaré avoir connu un certain niveau d'insécurité alimentaire pendant la pandémie de COVID-19 (tableau 5). Les expériences spécifiques suivantes en matière d'insécurité alimentaire ont été rapportées : « les aliments que vous ou d'autres membres du ménage avez achetés n'ont tout simplement pas duré, et il n'y avait pas d'argent pour vous en procurer davantage » (39,9 %), « vous ou d'autres membres du ménage n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés » (36,6 %), les répondants (32,6 %) ou d'autres membres du ménage (29,0 %) « se sont privés de manger parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture », et les répondants ont « eu accès gratuitement à de la nourriture ou à des repas d'un organisme communautaire » (26,8 %).

Tableau 5. Sécurité alimentaire parmi les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Le répondant a été touché par l'insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie de COVID-19^b			
J'ai vécu de l'insécurité alimentaire	742	1 399	53,0
Je n'ai pas vécu d'insécurité alimentaire	657	1 399	47,0
Expériences particulières d'insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Les aliments que j'avais achetés n'ont pas duré, et il n'y avait pas d'argent pour m'en procurer davantage	558	1 400	39,9
Je n'avais pas les moyens de manger des repas équilibrés	511	1 397	36,6
Je me privais de manger parce que je n'avais pas assez d'argent pour acheter de la nourriture	455	1 397	32,6
Les autres membres de mon ménage mangeaient moins parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour acheter de la nourriture	405	1 397	29,0
J'ai eu accès gratuitement à de la nourriture d'un organisme communautaire	376	1 403	26,8

Abbréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

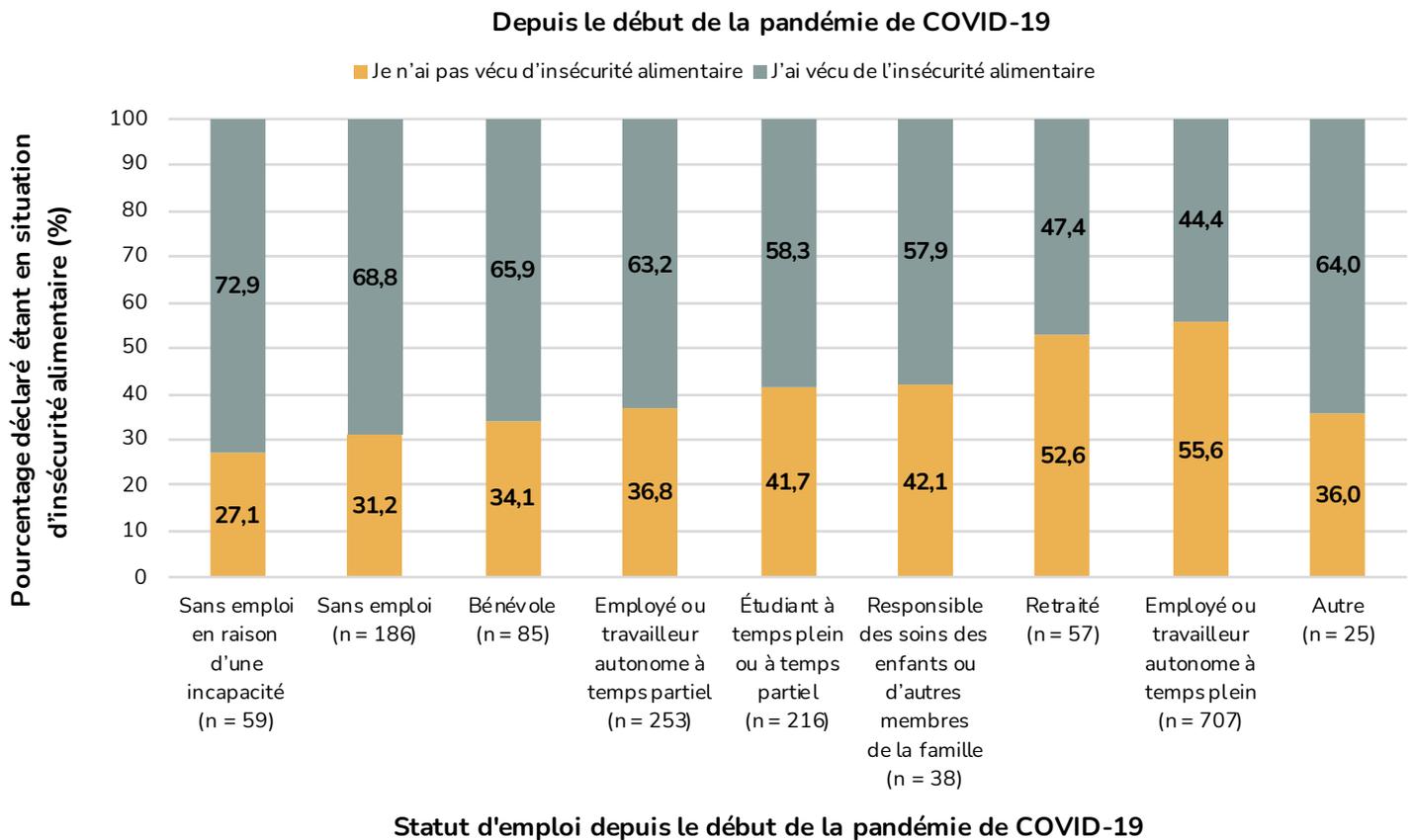
Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Les participants ont été classés comme étant en situation d'insécurité alimentaire s'ils ont indiqué « Souvent vrai » ou « Parfois vrai » à l'une ou l'autre des situations d'insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie de COVID-19 : « Les aliments que vous ou d'autres membres du ménage avez achetés n'ont tout simplement pas duré, et il n'y avait pas d'argent pour vous en procurer davantage »; « Vous ou d'autres membres du ménage n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés »; « Vous vous êtes privé de manger parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture »; « D'autres membres de votre ménage se sont privés de manger parce que vous manquiez d'argent pour acheter de la nourriture »; « Vous ou d'autres membres du ménage avez eu accès gratuitement à de la nourriture ou à des repas d'un organisme communautaire ».

Lorsqu'on examine l'insécurité alimentaire dans l'ensemble des situations de travail déclarées avant la pandémie (figure 2), c'est chez les répondants qui ne travaillaient pas en raison d'une incapacité (72,9 %), qui étaient sans emploi (68,8 %) et les

bénévoles (65,9 %) qu'elle était la plus élevée. Il convient de noter que les répondants qui avaient un emploi à temps plein (44,4 %) et retraités (47,4 %) avant la pandémie de COVID-19 ont également signalé des taux élevés d'insécurité alimentaire.

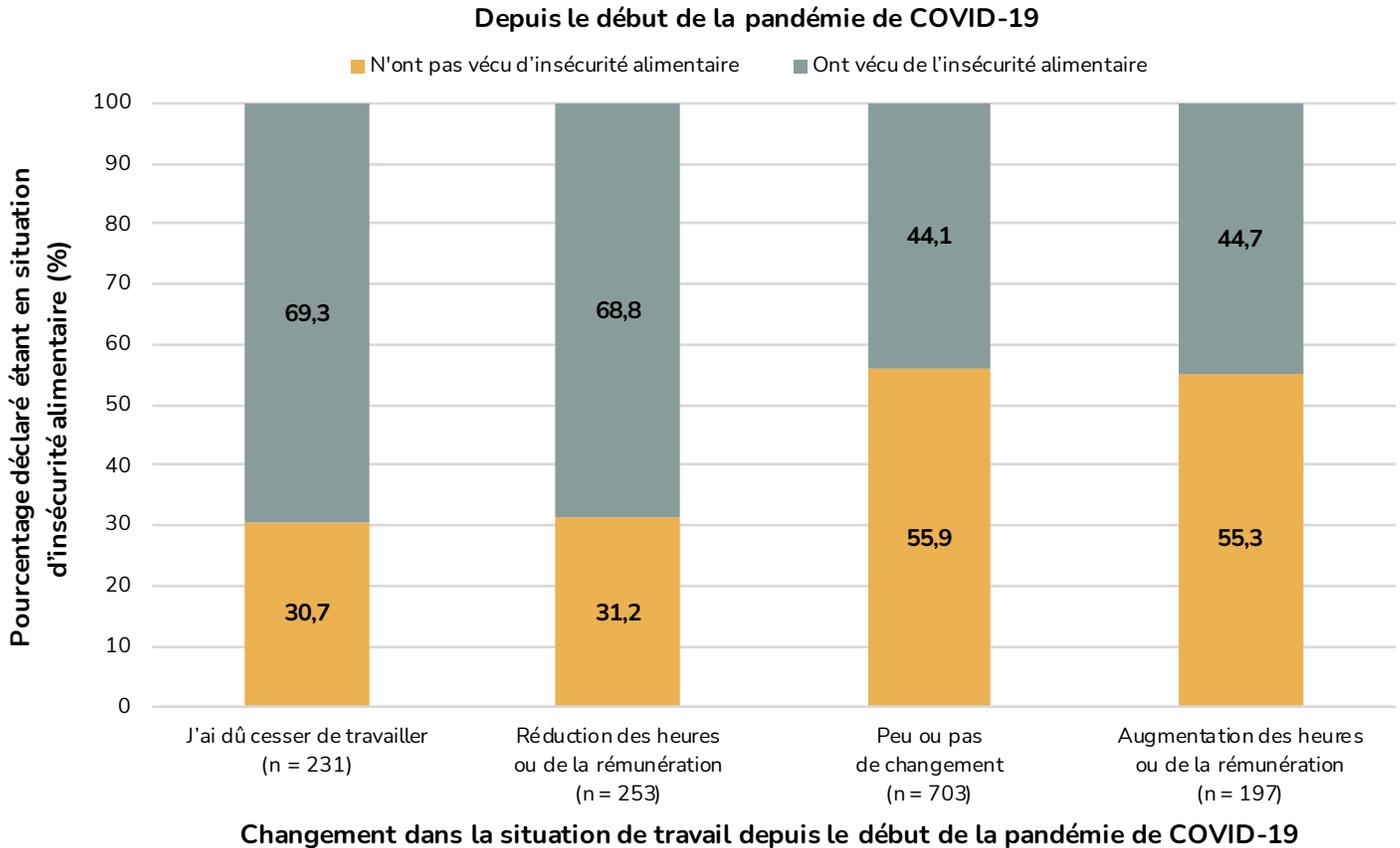
Figure 2. Insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie de COVID-19 selon la situation d'emploi chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021



L'insécurité alimentaire chez les participants a également été examinée en fonction des changements dans la situation d'emploi depuis le début de la pandémie de COVID-19 (figure 3). L'insécurité alimentaire était la plus élevée chez ceux qui ont dû cesser de travailler (69,3 %) ou ceux qui ont déclaré une réduction des heures ou

de la rémunération (68,8 %) pendant la pandémie de COVID-19, comparativement à ceux qui ont déclaré peu ou pas de changement dans leur situation d'emploi (44,1 %) ou une augmentation des heures ou de la rémunération pendant cette période (44,7 %).

Figure 3. Insécurité alimentaire selon les changements dans la situation de travail depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021



Violence domestique

La majorité (62,3 %) des répondants ont déclaré vivre avec leur famille depuis le début de la pandémie de COVID-19 (tableau 6). De plus petites proportions ont déclaré vivre seul (20,3 %) ou avec des colocataires ou des amis (16,8 %), et 0,7 % ont déclaré vivre dans un refuge ou être sans-abri pendant cette période.

Au cours de l'année précédant la pandémie de COVID-19, la majorité (59,4 %) des répondants

ont déclaré se sentir très en sécurité à l'endroit où ils vivaient, environ le tiers (33,6 %) ont déclaré se sentir plutôt en sécurité, et une plus petite proportion (7,1 %) a déclaré ne pas se sentir en sécurité. Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer leur propre perception de la sécurité de l'endroit où ils vivaient pendant la pandémie de COVID-19, environ les trois quarts (74,8 %) des répondants ont déclaré n'avoir constaté aucun changement, 17,3 % ont déclaré se sentir moins en sécurité et les autres (7,9 %) se sentir plus en sécurité.

Tableau 6. Conditions de logement et sentiments de sécurité à la maison et chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Conditions de logement depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Je vis avec la famille	851	1367	62,3
Je vis seul	277	1367	20,3
Je vis avec des colocataires ou des amis	230	1367	16,8
Je vis dans un refuge ou suis sans-abri	9	1367	0,7
Sécurité autodéclarée de l'endroit où le participant a vécu au cours de l'année précédant la pandémie de COVID-19			
Très en sécurité	790	1331	59,4
Plutôt en sécurité	447	1331	33,6
Pas en sécurité	94	1331	7,1
Changement dans la sécurité autodéclarée à l'égard du lieu de résidence des participants vivent depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Moins en sécurité	240	1387	17,3
Aucun changement	1037	1387	74,8
Plus en sécurité	110	1387	7,9

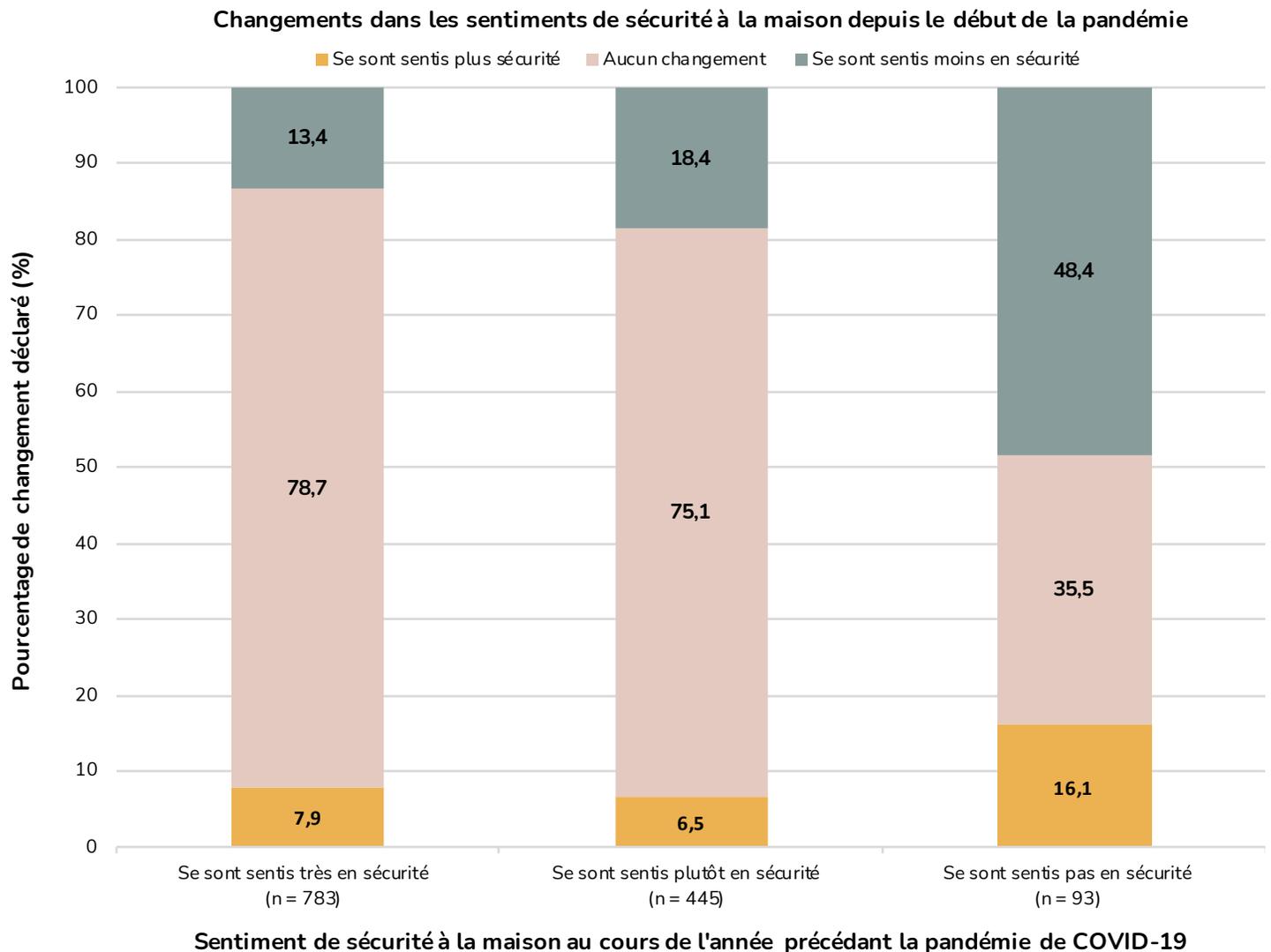
Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

a Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.

Les expériences de tous les participants en matière de sécurité pendant la pandémie ont été examinées en fonction du niveau de sécurité ressenti avant la pandémie (figure 4). Parmi les répondants qui ont déclaré ne pas se sentir en sécurité avant la pandémie, près de la moitié (48,4 %) ont déclaré se sentir moins en sécurité pendant la pandémie, 35,5 % ont déclaré se sentir autant en sécurité et 16,1 % se sont sentis plus en sécurité pendant la pandémie. Les répartitions des changements en matière de sécurité personnelle chez les participants qui se sentaient très et plutôt en sécurité au cours de l'année précédant la pandémie étaient généralement similaires, plus des trois quarts des répondants n'ayant déclaré aucun changement dans la sécurité personnelle pendant cette période (78,7 % et 75,1 %, respectivement).

Figure 4. Changements dans les sentiments de sécurité à la maison depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021



Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la moitié (50,1 %) des participants ont déclaré avoir été victimes de violence verbale et 42,1 % ont déclaré avoir été témoin de violence verbale commise contre quelqu'un d'autre dans le ménage (tableau 7). Près du tiers (30,6 %) ont déclaré avoir été victime d'exploitation financière (c.-à-d. quelqu'un qui contrôlait la façon dont l'argent était dépensé, limitant l'accès ou retenant des fonds).

Plus du quart (26,5 %) des participants ont déclaré avoir été victimes de violence physique et 21,8 % ont déclaré avoir été témoin de violence physique commise contre quelqu'un d'autre dans le ménage. Un participant sur quatre (25,0 %) a déclaré avoir été victime d'agression sexuelle. Les personnes qui ont subi un type quelconque de violence domestique ont été invitées à signaler tout changement.

Tableau 7. Expériences de violence domestique parmi les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Le répondant a été victime de violence verbale^b			
Oui	587	1 171	50,1
Non	584	1 171	49,9
Changement dans la fréquence de la violence verbale			
Plus souvent	214	587	36,5
Aucun changement	264	587	45,0
Moins souvent	109	587	18,6
Violences verbales infligées à quelqu'un d'autre dans le ménage^c			
Oui	501	1 191	42,1
Non	690	690	57,9
Changement dans la fréquence de la violence verbale envers un autre membre du ménage			
Plus souvent	174	501	34,7
Aucun changement	248	501	49,5
Moins souvent	79	501	15,8
Le répondant a été victime d'exploitation financière^d			
Oui	365	1 194	30,6
Non	829	829	69,4
Changement dans la fréquence de l'exploitation financière			
Plus souvent	98	365	26,9
Aucun changement	226	365	61,9
Moins souvent	41	365	11,2
Le répondant a été victime de violence physique^e			
Oui	314	1 186	26,5
Non	872	872	73,5
Changement dans la fréquence de la violence physique			
Plus souvent	63	314	20,1
Aucun changement	205	314	65,3
Moins souvent	46	314	14,7

Indicateur	n	Total ^a	%
Depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Violences physiques infligées à quelqu'un d'autre dans le ménage^f			
Oui	260	1 195	21,8
Non	935	935	78,2
Changement dans la fréquence de la violence physique envers un autre membre du ménage			
Plus souvent	36	260	13,9
Aucun changement	194	260	74,6
Moins souvent	30	260	11,5
Le répondant a été victime d'agression sexuelle^g			
Oui	296	1 182	25,0
Non	886	886	75,0
Changement dans la fréquence des agressions sexuelles			
Plus souvent	37	296	12,5
Aucun changement	224	296	75,7
Moins souvent	35	296	11,8

Abbréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

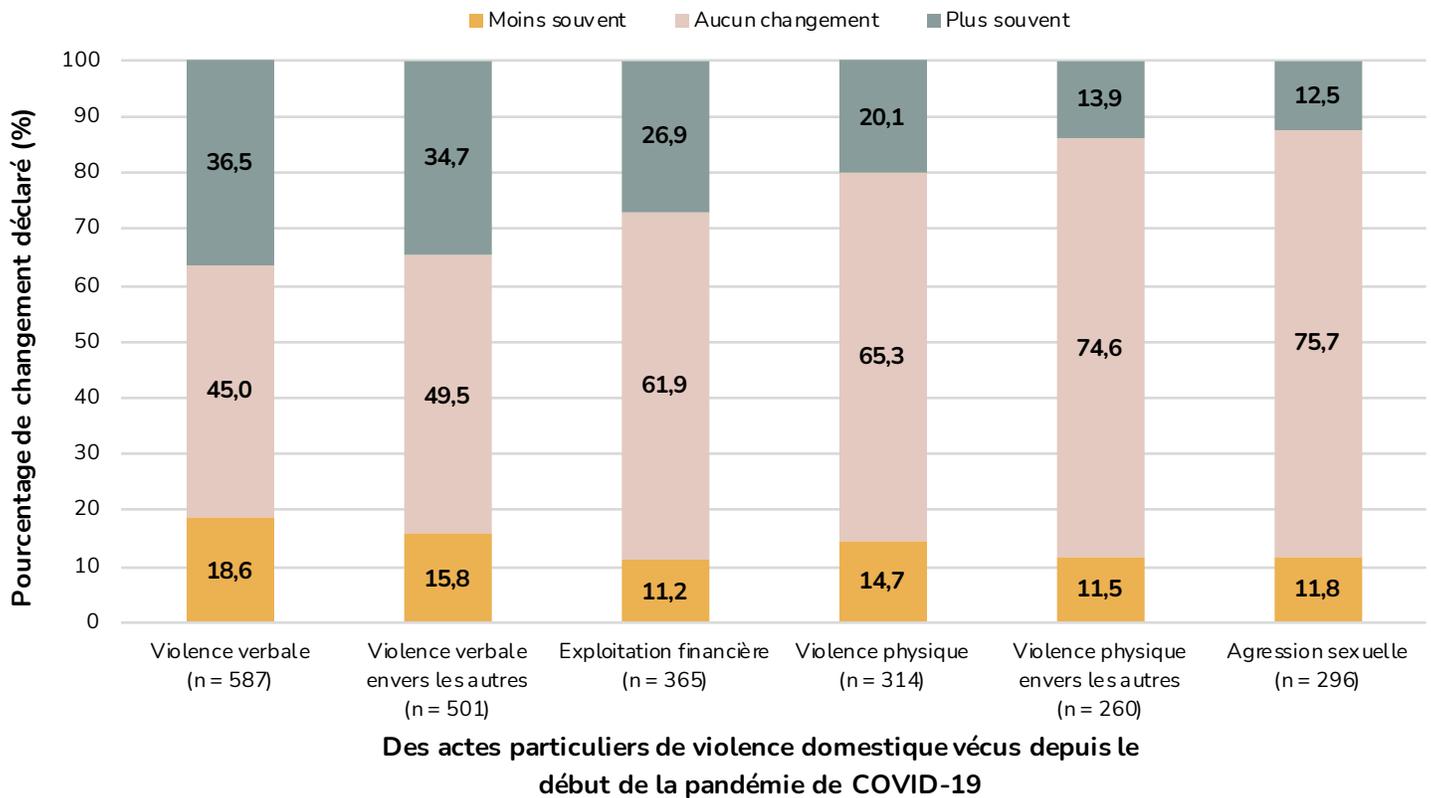
- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Cela comprenait les participants qui ont fourni une réponse valide à « Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence quelqu'un vous a crié dessus ou vous a dit des choses qui vous ont fait vous sentir mal dans votre peau, qui vous ont embarrassé devant les autres ou qui vous ont effrayé? ».
- c** Cela comprenait les participants qui ont fourni une réponse valide à « Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence quelqu'un a-t-il crié sur quelqu'un avec qui vous vivez? ».
- d** Cela comprenait les participants qui ont fourni une réponse valide à « Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence quelqu'un a-t-il essayé de contrôler la façon dont l'argent était dépensé dans votre foyer, notamment en limitant votre accès ou en vous privant de fonds? ».
- e** Cela comprenait les participants qui ont fourni une réponse valide à « Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence quelqu'un a-t-il commis des actes comme pousser, attraper, frapper, gifler, donner des coups de pied ou vous jeter des objets pendant une dispute ou parce qu'il ou elle était en colère contre vous? ».
- f** Cela comprenait les participants qui ont fourni une réponse valide à « Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence quelqu'un a-t-il commis des actes comme pousser, attraper, frapper, gifler, donner des coups de pied ou jeter des objets contre quelqu'un avec qui vous vivez? ».
- g** Cela comprenait les participants qui ont fourni une réponse valide à « Depuis le début de la pandémie de COVID-19, à quelle fréquence quelqu'un s'est-il comporté ou a agi de manière plus agressive sexuellement envers vous? ».

La fréquence des actes particuliers de violence domestique et les changements constatés variaient en fonction des actes particuliers de violence (figure 5). Les participants ont signalé la plus forte augmentation de la violence verbale à leur égard (36,5 %), suivie de la violence verbale à l'endroit

d'une autre personne du ménage (34,7 %), de l'exploitation financière (26,9 %), de la violence physique à leur égard (20,1 %), de la violence physique à l'endroit d'une autre personne du ménage (13,9 %) et de l'agression sexuelle (12,5 %).

Figure 5. Changements dans la fréquence des épisodes de violence domestique depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 qui ont été victimes de violence domestique.

Changements dans la fréquence des épisodes de violence familiale depuis le début de la pandémie de COVID-19



Discrimination

On a demandé aux participants s'ils avaient été victimes de discrimination lorsqu'ils accédaient aux services de santé au cours de l'année précédant la pandémie et de comparer la fréquence de ces faits depuis le début de la pandémie. Cela a été évalué comme leur expérience perçue de la discrimination.

Parmi les participants qui ont eu accès aux services de soins de santé au cours de l'année précédant la pandémie de COVID-19, 37,9 % ont déclaré ne jamais avoir été victimes de discrimination lors de l'accès à ces services pendant cette période, tandis que les autres ont déclaré avoir été souvent (10,2 %), parfois (32,8 %), ou rarement (19,1 %)

victimes de discrimination (tableau 8). Parmi les répondants qui ont déclaré avoir accédé aux soins de santé pendant la pandémie de COVID-19, la majorité des répondants (65,6 %) n'ont déclaré aucun changement dans la discrimination lors de l'accès aux soins de santé, moins d'un dixième (9,2 %) a déclaré une diminution, et environ le quart (25,2 %) a déclaré une augmentation.

Tableau 8. Expériences de discrimination lors de l'accès aux soins de santé parmi les participants à l'*Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021*

Indicateur	n	Total ^a	%
Fréquence de la discrimination subie lors de l'accès aux services de soins de santé, au cours de l'année précédant la pandémie de COVID-19^{b,c}			
Souvent	100	982	10,2
Parfois	322	982	32,8
Rarement	188	982	19,1
Jamais	372	982	37,9
Changement quant à la fréquence de la discrimination vécue lors de l'accès aux services de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19^d			
Diminution	83	902	9,2
Aucun changement	592	902	65,6
Augmentation	227	902	25,2
Depuis le début de la pandémie de COVID-19			
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique ou la couleur de peau, y compris le racisme anti-Noirs^d			
Non	328	975	33,6
Oui	647	975	66,4
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur la race, l'origine ethnique ou la couleur de la peau, y compris le racisme anti-Noirs^e			
Augmentation	202	647	31,2
Aucun changement	426	647	65,8

Indicateur	n	Total ^a	%
Diminution	19	647	2,9
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur le genre^d			
Non	405	960	42,2
Oui	555	960	57,8
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur le genre^e			
Augmentation	85	555	15,3
Aucun changement	453	555	81,6
Diminution	17	555	3,1
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle^d			
Non	505	950	53,2
Oui	445	950	46,8
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur l'orientation sexuelle^e			
Augmentation	48	445	10,8
Aucun changement	384	445	86,3
Diminution	13	445	2,9
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur la consommation de substances^d			
Non	604	937	64,5
Oui	333	937	35,5
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur la consommation de substances^e			
Augmentation	53	333	15,9
Aucun changement	270	333	81,1
Diminution	10	333	3,0
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur la situation économique^d			
Non	414	969	42,7
Oui	555	969	57,3
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur la situation économique^e			
Augmentation	104	555	18,7
Aucun changement	376	555	67,8
Diminution	75	555	13,5

Tableau 8. Expériences de discrimination lors de l'accès aux soins de santé parmi les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Indicateur	n	Total ^a	%
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur l'incapacité^d			
Non	565	947	59,7
Oui	382	947	40,3
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur l'incapacité^e			
Augmentation	65	382	17,0
Aucun changement	294	382	77,0
Diminution	23	382	6,0
Le répondant a fait l'objet de discrimination fondée sur l'âge^d			
Non	484	947	51,1
Oui	463	947	48,9
Changement quant à la discrimination vécue fondée sur l'âge^e			
Augmentation	84	463	18,1
Aucun changement	372	463	80,4
Diminution	7	463	1,5

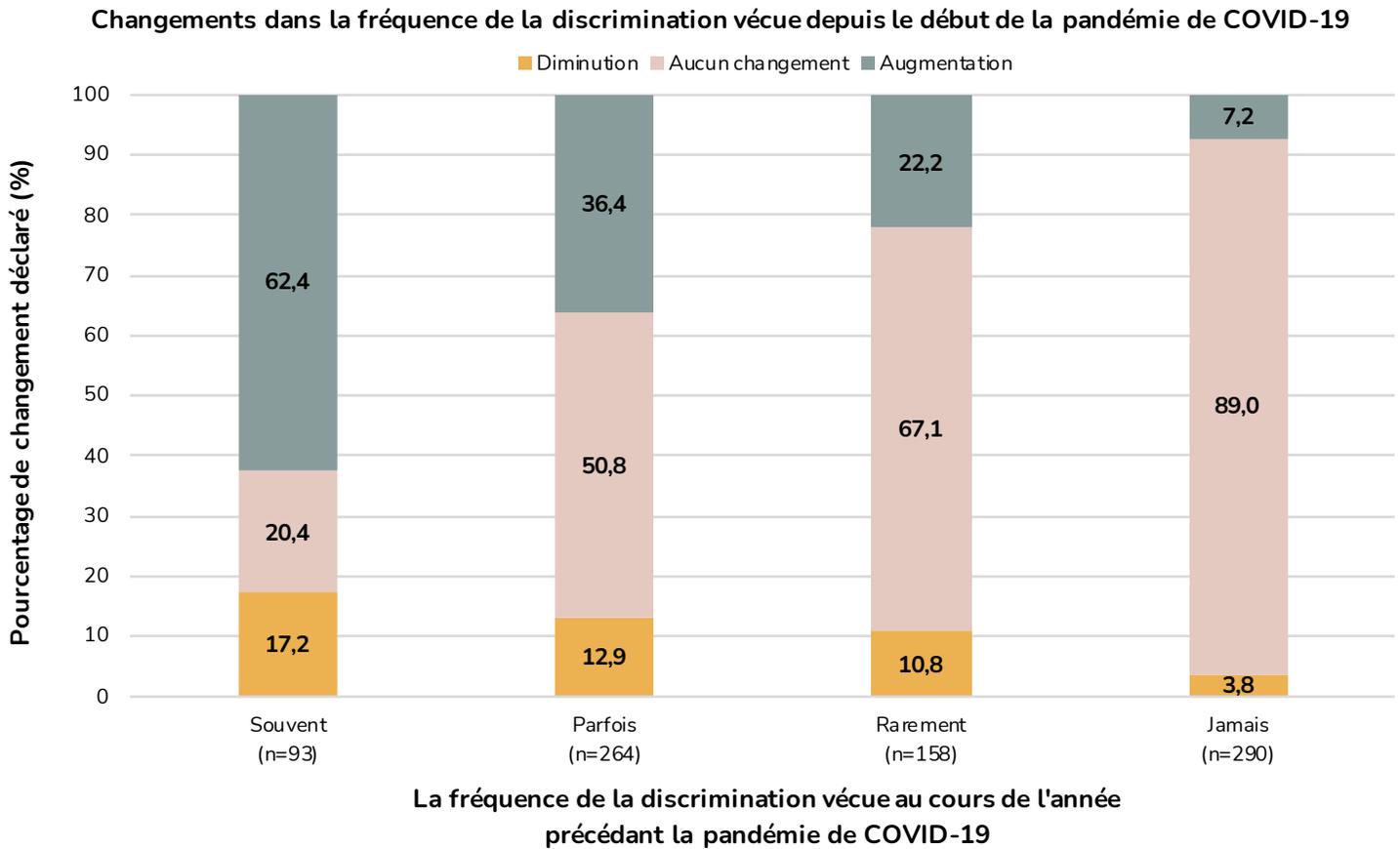
Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** La discrimination vécue comprenait la discrimination fondée sur les caractéristiques suivantes du participant : race, origine ethnique ou couleur de peau (y compris le racisme contre les Noirs), genre, orientation sexuelle, consommation de substances, situation économique, capacité ou incapacité, âge ou autre identité.
- c** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont accédé aux services de santé au cours de l'année précédant le début de la pandémie de COVID-19.
- d** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont accédé aux services de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19.
- e** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont fait l'objet de discrimination depuis le début de la pandémie de COVID-19.

La discrimination signalée lors de l'accès aux services de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19 a également été examinée à tous les niveaux de ces expériences au cours de l'année précédant la pandémie (figure 6). Proportionnellement, les répondants qui ont déclaré avoir souvent fait l'objet de discrimination avant la pandémie ont également signalé la plus forte augmentation de ces expériences pendant la pandémie (62,4 %). En revanche, les plus grandes proportions de répondants qui ont indiqué avoir été victimes de discrimination, parfois, rarement et jamais au cours de l'année précédant la pandémie n'ont signalé aucun changement, soit 50,8 %, 67,1 % et 89,0 %, respectivement, pendant la pandémie de COVID-19.

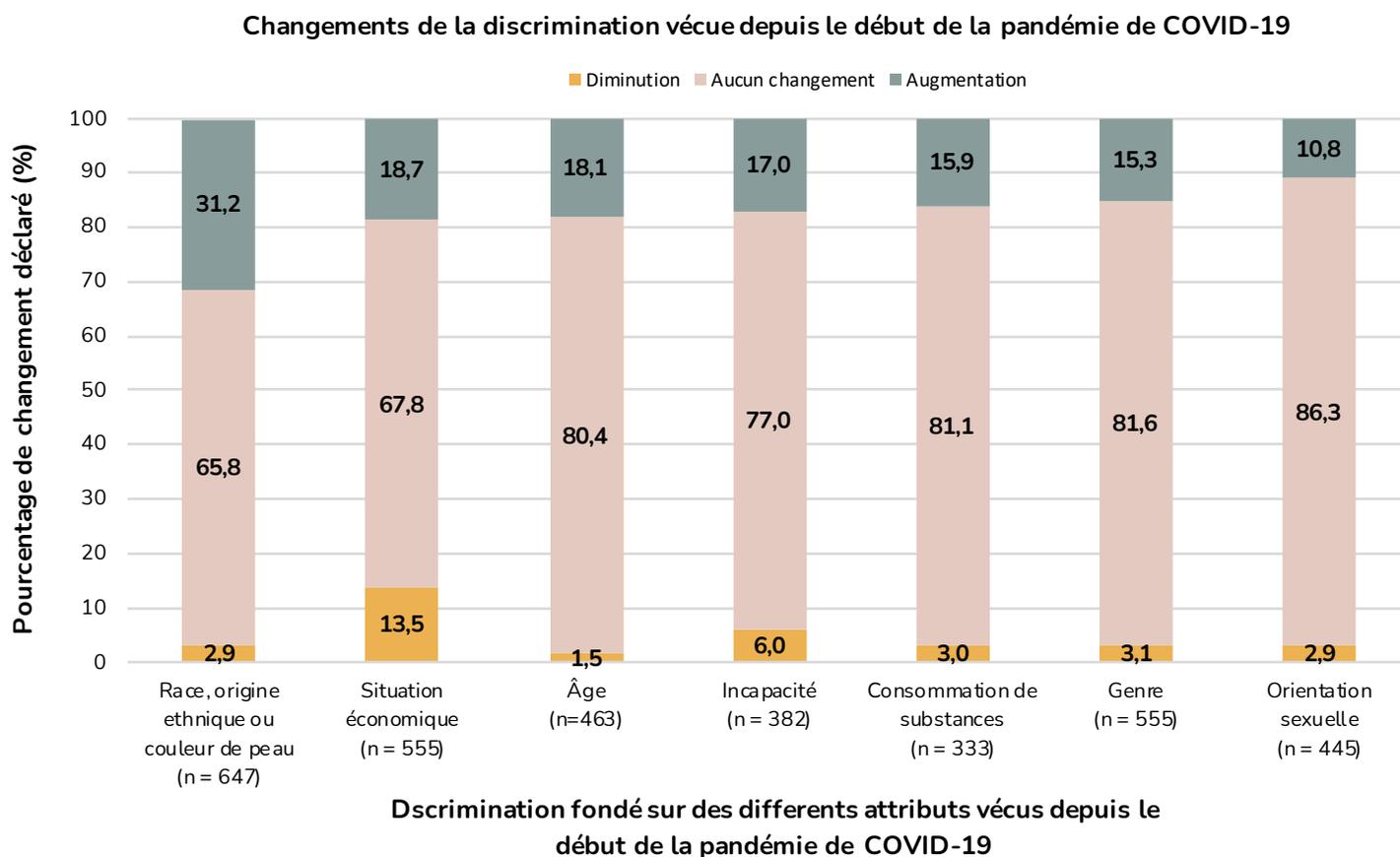
Figure 6. Changements dans la fréquence de la discrimination vécue lors de l'accès aux services de soins de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 qui ont fait l'objet de discrimination



Les participants qui ont déclaré avoir fait l'objet de discrimination lorsqu'ils ont accédé aux services de soins de santé pendant la pandémie COVID-19 ont été invités à faire état des changements dans la discrimination fondée sur la race, le genre, l'orientation sexuelle, la consommation de substances, la situation économique, l'incapacité et l'âge (figure 7). En général, la majorité des répondants n'ont signalé aucun changement en fonction de ces caractéristiques, tandis qu'une

minorité de répondants ont signalé une diminution de la fréquence de la discrimination. La plus forte augmentation dans le type de discrimination signalée a été constatée pour la discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique ou la couleur de la peau, y compris le racisme anti-Noirs (31,2 %), suivie de la situation économique (18,7 %), de l'âge (18,1 %), de l'incapacité (17,0 %), de la consommation de substances (15,3 %) et enfin de l'orientation sexuelle (10,8 %).

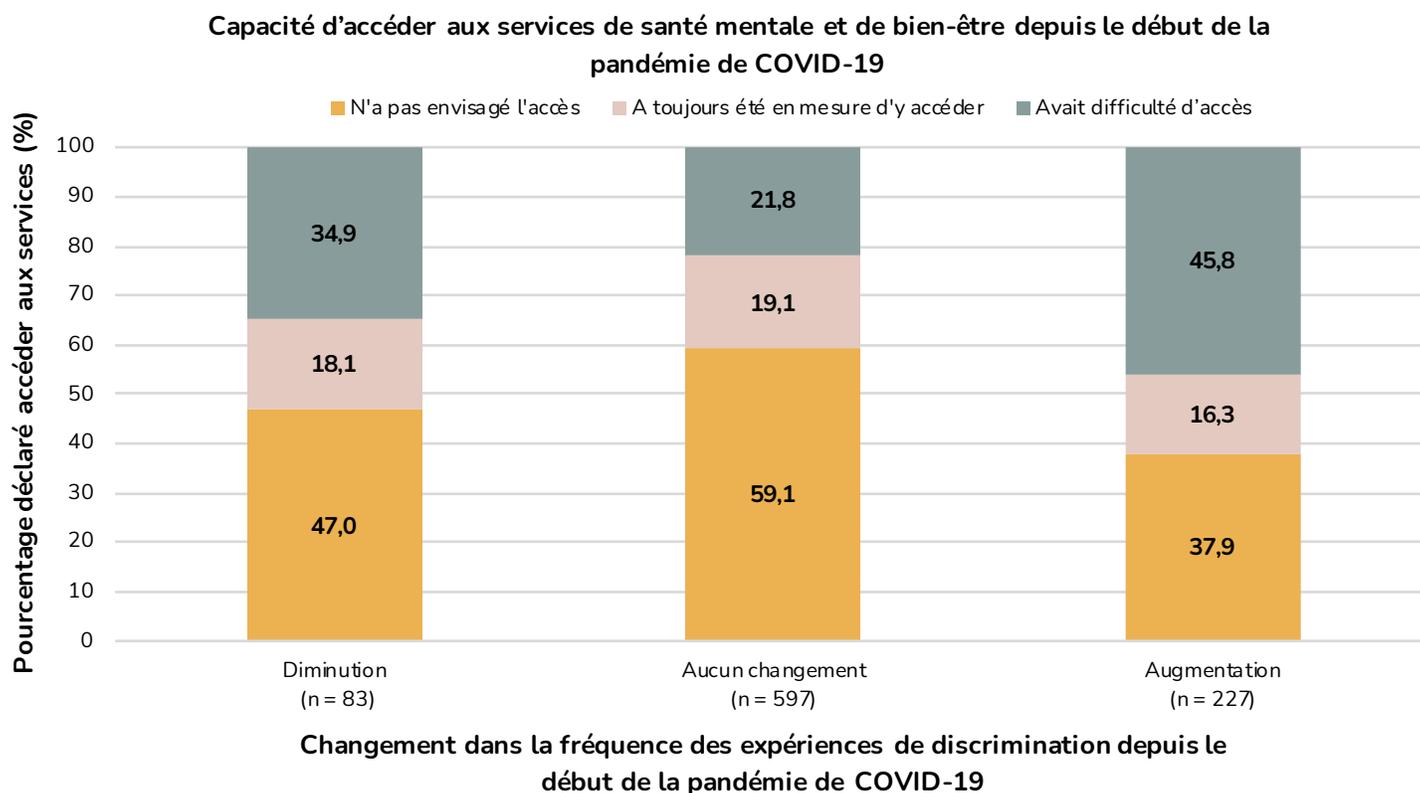
Figure 7. Changements dans la fréquence de la discrimination vécue lors de l'accès aux services de soins de santé selon les attributs chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 qui ont fait l'objet de discrimination



Afin d'explorer l'effet potentiel de la discrimination sur l'accès aux services de soins de santé, la capacité d'accéder aux services de santé mentale et de bien-être a été examinée parmi les participants en fonction du changement signalé dans la fréquence de la discrimination vécue depuis le début de la pandémie (figure 8). Les personnes qui ont signalé une augmentation de la fréquence de

la discrimination vécue comptaient la plus forte proportion des gens qui avaient de la difficulté à accéder aux services de santé mentale et de bien-être (45,8 %) comparativement à celles qui ont signalé une diminution de la discrimination vécue (34,9 %) et à celles qui n'ont signalé aucun changement (21,8 %).

Figure 8. Capacité d'accéder aux services de santé mentale et de bien-être selon les changements dans la fréquence des expériences de discrimination depuis le début de la pandémie de COVID-19 chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 qui ont fait l'objet de discrimination



Consommation de substances

Au cours de l'année précédant la pandémie de COVID-19, un tiers (34,8 %) des participants ont déclaré avoir consommé de l'alcool, du cannabis ou toute autre substance (drogues illégales ou consommation non médicale d'opioïdes) (données non présentées). Parmi les substances consommées pendant la pandémie de COVID-19 (tableau 9), l'alcool (49,9 %) et le cannabis (23,7 %) ont été les plus fréquemment utilisés. Des proportions plus faibles de participants ont déclaré avoir consommé d'autres substances : hallucinogènes (5,1 %); cocaïne ou crack (3,9 %); ecstasy (3,9 %); héroïne, fentanyl ou autres opioïdes non médicaux (3,4 %); amphétamine/speed, méthamphétamine

ou méthamphétamine en cristaux (3,3 %); ou des substances autres que celles qui étaient énumérées (6,5 %).

On a demandé aux répondants qui ont déclaré consommer des substances depuis le début de la pandémie de décrire les changements dans la fréquence de leur consommation de substances par rapport à l'année précédant la pandémie. Étant donné que de petites proportions de participants ont déclaré une consommation illégale d'opioïdes ou une consommation non médicale d'opioïdes, seules les proportions ayant indiqué une utilisation accrue sont déclarées pour préserver l'anonymat des répondants. Parmi les substances étudiées, c'est chez les répondants qui ont signalé consommer

du cannabis que l'on a observé la plus forte augmentation (56,1 %); suivi d'une utilisation accrue d'hallucinogènes (40,6 %); une augmentation de la consommation d'alcool (37,7 %); une consommation accrue de cocaïne ou de crack (37,5 %); l'augmentation de la consommation d'héroïne, de fentanyl ou d'autres opioïdes non médicaux (23,3 %); l'utilisation accrue de l'ecstasy (20,8 %); augmentation de la consommation d'amphétamine, de méthamphétamine ou de méthamphétamine en cristaux (19,5 %); et 25,9 % des répondants ont déclaré une augmentation de leur consommation d'autres substances non énumérées.

On a demandé aux participants qui déclarent avoir consommé des substances pendant la pandémie de COVID-19 de noter les changements dans leurs comportements en matière de consommation de substances. En raison du petit nombre de participants qui déclarent avoir consommé des substances, seules des augmentations des comportements liés à la consommation de substance sont signalées afin de maintenir l'anonymat des participants. Les participants ont signalé la plus forte augmentation dans la consommation déclenchée par différents facteurs (62,9 %); suivi de l'augmentation de la consommation en solitaire (53,4 %); de la consommation de substances qu'ils ne consommaient pas habituellement » (46,9 %); des symptômes de sevrage (33,8 %); des craintes de surdose (29,2 %); du partage de matériel usagé, comme des aiguilles ou des seringues, des pipes, des garrots, des tampons et des cuiseurs (22,9 %); et enfin, une augmentation de l'incapacité d'obtenir les substances voulues (22,6 %).

Parmi les répondants qui ont déclaré avoir consommé des substances pendant la pandémie de COVID-19, 2,5 % ont accédé aux services de réduction des méfaits ou voulaient y avoir accès, alors que 5,0 % ont eu accès ou voulaient avoir accès aux services de traitement de la toxicomanie (données non présentées).

Tableau 9. Consommation de drogues et d'autres substances et comportements connexes parmi les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Drogue utilisée depuis le début de la pandémie de COVID-19^b			
Alcool	615	1 233	49,9
Consommation accrue ^c	232	615	37,7
Cannabis	294	1 241	23,7
Consommation accrue ^c	165	294	56,1
Cocaïne ou crack	48	1 244	3,9
Consommation accrue ^c	18	48	37,5
Amphétamine, méthamphétamine ou meth en cristaux	41	1 249	3,3
Consommation accrue ^c	8	41	19,5
Hallucinogènes	64	1 248	5,1
Consommation accrue ^c	26	64	40,6
Ecstasy	48	1 247	3,9
Consommation accrue ^c	10	48	20,8
Héroïne, fentanyl ou autres opioïdes non médicaux	43	1 252	3,4
Consommation accrue ^c	10	43	23,3
Autres substances	81	1 245	6,5
Consommation accrue ^c	21	81	25,9
Augmentations dans les comportements de consommation de substances depuis le début de la pandémie de COVID-19^d			
Consommation déclenchée par différents facteurs	83	132	62,9
Consommation en solitaire	70	131	53,4
Consommation de substances que je ne consomme pas habituellement	38	81	46,9
Symptômes de sevrage	25	74	33,8
Crainte de surdose	19	65	29,2
Partage de matériel usagé, comme des aiguilles ou des seringues, des pipes, des garrots, des tampons, des cuiseurs	11	48	22,9
Incapacité d'obtenir les substances que je consomme	21	93	22,6

Tableau 9. Consommation de drogues et d'autres substances et comportements connexes parmi les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang; TSO, traitement de substitution aux opiacés.

Note: La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Les proportions pour les drogues consommées ne totalisent pas 100 %, car elles ne s'excluaient pas mutuellement; les participants pouvaient signaler plus d'un type de drogue.
- c** Les proportions pour chaque drogue énumérée sont calculées parmi les participants qui ont indiqué avoir utilisé cette drogue en particulier.
- d** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont consommé des substances.

Accès aux services liés aux ITSS

Services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, moins d'un répondant sur dix (8,8 %) a accédé ou envisagé d'accéder aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS (tableau 10). Parmi les participants qui ont essayé d'accéder à ces services pendant la pandémie, plus de la moitié (70,8 %) ont déclaré ne pas toujours être en mesure d'obtenir des aiguillages en santé mentale, des services communautaires (60,4 %), des renseignements et de l'éducation sur les ITSS, y compris des activités de sensibilisation (55,3 %), et un interprète et/ou un pair navigateur des services de santé (53,9 %). De plus, 40,5 % n'ont pas pu accéder au dépistage du VIH, 37,0 % au dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) et 47,6 % au dépistage d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS).

Tableau 10. Accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS depuis le début de la pandémie COVID-19^b			
A eu accès ou a envisagé d'avoir accès	113	1 281	8,8
N'a pas eu accès ou n'a pas envisagé d'avoir accès	1 168	1 281	91,2
N'a pu accéder aux services suivants de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS depuis le début de la pandémie de COVID-19^c			
Aiguillage vers les consultations en santé mentale	51	72	70,8
Services communautaires (p. ex. services de soutien par les pairs)	35	58	60,4
Renseignements et éducation sur les ITSS, y compris les activités de sensibilisation (p. ex. foires et festivals sur la santé, événements communautaires, etc.)	26	47	55,3
Interprète ou pair navigateur des services de santé	14	26	53,9
PPrE ou PPE	18	37	48,7
Services de santé ou de guérison autochtones	10	21	47,6
Approvisionnement en condoms ou digues dentaires	28	68	41,2
Ressources à l'égard des relations sexuelles plus sûres (carte postale, dépliants, etc.)	21	52	40,4
Dépistage du VIH	32	79	40,5
Dépistage du VHC	17	46	37,0
Dépistage d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS)	39	82	47,6
Consultations avant et après le test de dépistage du VIH	14	37	37,8

Tableau 10. Accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Abréviations : ITSS, infection transmise sexuellement et par le sang; VIH, virus de l'immunodéficience humaine; VHC, virus de l'hépatite C; PEP, prophylaxie post-exposition; PPrE, prophylaxie préexposition..

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Cet indicateur mesure si un participant a eu accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS depuis le début de la pandémie de COVID-19 ou s'il a envisagé d'y accéder.
- c** Cet indicateur a été mesuré chez les personnes qui ont déclaré avoir eu accès, envisagé d'avoir accès ou souhaité avoir accès à des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS depuis le début de la pandémie de COVID-19. Les participants ont été classés comme étant incapables d'accéder à des services spécifiques de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS s'ils ont indiqué « Parfois en mesure d'y accéder » ou « J'ai voulu ou essayé, mais je n'ai pas été en mesure d'y accéder ». Les différences dans les dénominateurs pour chaque service sont attribuables au nombre différent de participants qui ont tenté d'accéder à ces services. Les proportions pour l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS ne totalisent pas 100 %, car elles n'étaient pas mutuellement exclusives; les participants pourraient déclarer plus d'un type de service de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS.

Parmi les répondants qui ont tenté d'accéder aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS, les obstacles suivants ont été notés (tableau 11) :

- Difficulté à obtenir une demande de consultation, un rendez-vous ou à communiquer avec un médecin ou une infirmière pour obtenir de l'information ou des conseils (55,1 %)
- Difficulté d'accès au service en raison des mesures de santé publique liées à la COVID-19 (35,5 %)
- Service non disponible au moment requis (32,7 %)
- Attendu trop longtemps entre la prise d'un rendez-vous et la visite ou attendu trop longtemps pour obtenir le service de santé (28,0 %)

Tableau 11. Obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
Obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS depuis le début de la pandémie COVID-19^b			
Difficulté à obtenir une demande de consultation, un rendez-vous ou à communiquer avec un médecin ou une infirmière pour obtenir de l'information ou des conseils	59	107	55,1
Difficulté d'accès au service en raison des mesures de santé publique liées à la COVID-19	38	107	35,5
Le service n'était pas disponible au moment requis	35	107	32,7
Attendu trop longtemps entre la prise d'un rendez-vous et la visite ou attendu trop longtemps pour obtenir le service de santé	30	107	28,0
Des services culturellement sûrs et appropriés n'étaient pas disponibles	27	107	25,2
Crainte ou inquiétude au sujet de l'exposition à une personne atteinte de la COVID-19	26	107	24,3
Crainte, préoccupation ou expérience à l'égard de la stigmatisation, de la discrimination ou de la violence	24	107	22,4
Crainte, préoccupation, ou expérience à l'égard du racisme, y compris du racisme anti-Noirs ou les Autochtones	24	107	22,4
Difficulté d'accès aux services à distance	17	107	15,9
Problèmes de transport	16	107	15,0
Coût	13	107	12,2
Problème de langue	9	107	8,4
Autre	22	107	20,6

Tableau 11. Obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021 (suite)

Abréviations : ITSS, infection transmissible sexuellement et par le sang.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « je ne sais pas », « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui n'ont pas toujours été en mesure d'accéder à des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS. Les proportions pour les obstacles à l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS ne totalisent pas 100 %, car elles ne s'excluaient pas mutuellement; les participants pouvaient signaler plus d'un type d'obstacle à l'accès à ces services.

Soutien et traitement pour les personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C

Parmi tous les participants, 10,3 % ont indiqué qu'ils vivaient actuellement avec le VIH et 1,2 % ont déclaré qu'on leur avait dit qu'ils avaient contracté l'hépatite C (tableau 12).

Parmi les répondants vivant avec le VIH, 78,2 % avaient accès à une clinique de traitement du VIH ou à un fournisseur de soins pour le VIH au cours de l'année précédant la pandémie de COVID-19. Depuis le début de la pandémie du COVID-19, 38,1 % des répondants vivant avec le VIH ont éprouvé des difficultés à accéder à un fournisseur de soins pour le VIH ou à une clinique de traitement du VIH. Parmi les personnes qui ont déclaré des difficultés à accéder aux soins pour le VIH pendant la pandémie, les raisons les plus fréquemment mentionnées étaient les suivantes (données non présentées) : difficulté à obtenir un aiguillage, un rendez-vous ou à communiquer avec un médecin ou une infirmière pour obtenir des renseignements ou des conseils (51,1 %); suivi de la difficulté d'accès au service en raison des mesures de santé publique liées à la COVID-19 (48,9 %); d'une attente trop longue entre la prise de rendez-vous et la visite ou d'une attente trop longue pour obtenir des services de santé (42,2 %); et de la crainte ou l'inquiétude au sujet de l'exposition à une personne atteinte de la COVID-19 (42,2 %).

Tableau 12. Infection autodéclarée par le VIH et l'hépatite C et accès aux soins chez les participants à l'Enquête sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, 2021

Indicateur	n	Total ^a	%
VIH autodéclaré et accès aux soins pour le VIH			
Vit actuellement avec le VIH	121	1 175	10,3
Avait accès aux soins pour le VIH pendant l'année précédant le début de la pandémie de COVID-19 ^b	93	119	78,2
A éprouvé des difficultés à accéder à un fournisseur de soins de santé ou à une clinique du VIH depuis le début de la pandémie de COVID-19 ^c	45	118	38,1
Hépatite C déclarée et accès aux soins pour l'hépatite C			
A été diagnostiqué avec l'hépatite C	15	1 209	1,2
A actuellement l'hépatite C ^d	5	15	33,3
Avait accès aux soins pour l'hépatite C pendant l'année précédant le début de la pandémie de COVID-19 ^e	<5	5	-
A éprouvé des difficultés à accéder aux soins pour l'hépatite C depuis le début de la pandémie de COVID 19 ^e	<5	5	-

Abréviations : ITSS, infection transmise sexuellement et par le sang; VIH, virus de l'immunodéficience humaine.

Note : La somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 % à cause de l'arrondissement, sauf indication contraire.

- : Données supprimées en raison du petit nombre de cellules.
- a** Le total représente le total des nombres pour l'indicateur correspondant à l'exclusion des valeurs « Préfère ne pas répondre », « Refus » et « Non déclaré », sauf indication contraire.
- b** Cet indicateur a été mesuré chez les participants vivant avec le VIH et exclut ceux qui ont reçu un diagnostic de VIH pendant la pandémie de COVID-19.
- c** Cet indicateur a été mesuré chez les participants vivant avec le VIH et exclut ceux qui n'ont pas essayé d'accéder à un fournisseur de soins pour le VIH.
- d** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont déclaré avoir été informés qu'ils avaient l'hépatite C par le passé.
- e** Cet indicateur a été mesuré chez les participants qui ont déclaré avoir actuellement l'hépatite C.

Discussion

Les résultats de cette *Enquête nationale sur l'incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services de santé liés aux ITSS, y compris les services de réduction des méfaits, pour les personnes issues des communautés africaines, caribéennes et noires au Canada*, menée de mai à 12 juillet 2021, mettent en évidence un niveau réduit d'accès aux services de santé ainsi que les répercussions sanitaires et sociales plus générales de la pandémie.

Lors de la collecte de données, le Canada était au milieu d'une troisième vague de la pandémie de COVID-19. Comparativement à la première vague, la troisième s'est traduite par un plus grand nombre de cas, en partie en raison d'une meilleure capacité de dépistage. En ce qui concerne la vaccination, le Canada a autorisé le premier vaccin contre la COVID-19 le 9 décembre 2020 et, au printemps 2021, la livraison des vaccins s'était accélérée (21). Les mesures de santé publique liées à la COVID-19 qui ont été mises en place comprenaient la restriction des déplacements non essentiels (avec des restrictions plus strictes ciblant certains pays) et des activités commerciales non essentielles, des exigences que les voyageurs arrivant au Canada obtiennent des tests négatifs pour le SRAS-CoV-2 et entrent en quarantaine à leur arrivée, ainsi que la fermeture d'écoles (22,23,24). Toutes ces mesures ont eu une incidence sur la vie quotidienne des personnes vivant au Canada. En effet, les mesures en place pendant cette période ont entraîné des réductions et des fermetures dans les services de santé et des services sociaux, près de la moitié des fournisseurs de services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS faisant état d'une capacité réduite à fournir des services (13).

En réponse au besoin croissant de données désagrégées et à l'importance d'avoir une perspective intersectionnelle pour traiter les

répercussions disproportionnées de la pandémie de COVID-19 sur les populations ACN, des efforts ont été déployés pour recueillir des renseignements plus nuancés sur la race, le genre et le statut d'immigrant (3). La plupart des participants (77 %) à cette enquête n'étaient pas nés au Canada, étaient des Africains noirs (63 %) et des femmes cisgenres (66 %). Près du tiers des participants qui ne sont pas nés au Canada ont déclaré vivre au Canada depuis moins de 5 ans. Il y avait des proportions plus faibles de participants d'autres origines raciales (p. ex. Afro-Caribéens, Autochtones noirs ou Afro-Canadiens) et des proportions encore plus petites de participants qui se sont identifiés comme transgenres.

Incidence de la COVID-19 sur l'accès aux services liés aux ITSS et aux services de réduction des méfaits

« Pendant la pandémie, le recours à certains services de santé a diminué de façon notable. Cela peut être attribuable à la fois à la diminution du nombre de personnes qui demandent des soins et à la réduction du nombre et des types de services disponibles. »

Rapport annuel de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada de 2021, page 28

Les résultats de l'enquête montrent que seulement une petite proportion des répondants a accédé à des services liés aux ITSS ou envisagé y accéder. De plus, ces répondants ont signalé avoir éprouvé

des difficultés à accéder aux services. Les services particulièrement touchés étaient la capacité de recevoir des références vers des consultations en santé mentale, des services communautaires, des renseignements et de l'éducation sur les ITSS, y compris des activités de sensibilisation, et l'accès à un interprète ou un pair navigateur des services de santé. Cela correspondait aux diminutions déclarées par les fournisseurs de services pour les ITSS pendant la pandémie de COVID-19, notamment les diminutions dans la prestation de services comportant des ressources éducatives en santé sexuelle et des consultations en santé mentale (13). Ces résultats mettent en évidence les obstacles à l'accès aux services liés aux ITSS et on ne sait pas comment ces obstacles évolueront au fil de la pandémie de COVID-19 et pendant la période d'après-pandémie (25,26).

Près de la moitié des répondants qui avaient accès au dépistage des ITS (autre que le VIH ou l'hépatite C) ou à la thérapie par PPrE ou PEP ou qui envisageaient d'y avoir accès n'ont pas toujours été en mesure de le faire, et deux participants sur cinq (41 %) n'ont pas toujours été en mesure d'accéder au dépistage du VIH. L'obstacle le plus souvent signalé par la moitié de ces participants était la difficulté d'obtenir une référence ou un rendez-vous. Dans l'enquête, un participant sur dix (10 %) a déclaré vivre avec le VIH, une proportion plus élevée que dans la population canadienne en général, qui était estimée à deux personnes sur mille en 2018 (5). Les personnes ACN sont surreprésentées parmi les personnes vivant avec le VIH, ce qui souligne l'importance du dépistage du VIH et des interventions de soins de santé pour cette population (3,27). Les obstacles à l'accès aux services de soutien et de traitement peuvent avoir été exacerbés pendant la pandémie de COVID-19, ce qui explique peut-être pourquoi 38 % des participants vivant avec le VIH ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à accéder à un fournisseur de soins pour le VIH ou à

une clinique de traitement du VIH depuis le début de la pandémie.

L'accès aux services ou aux traitements liés à la consommation de substances chez les personnes qui ont déclaré avoir consommé des substances était également faible et une enquête plus approfondie est nécessaire pour comprendre cette observation. De nombreux services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie ont diminué leurs activités à un certain moment pendant la pandémie de COVID-19 (13). De plus, la stigmatisation associée à la consommation de substances peut constituer un obstacle à l'accès à ces services (21,28,29).

Incidence de la COVID-19 sur les déterminants sociaux de la santé

« La pandémie a mis en évidence l'interaction complexe des déterminants sociaux de la santé, des facteurs comme l'éducation, la stabilité économique, la sécurité d'emploi et le logement stable dans l'élaboration des résultats en matière de santé et dans l'apparition d'iniquités. »

Rapport annuel de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada de 2021, page 95

Les constatations concernant l'accès sous-optimal aux services de santé ne peuvent être prises en compte sans tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Ces facteurs en amont influent sur les comportements à risque et l'accès aux services de soins de santé (21). Il est important de noter que près d'un répondant sur dix (10 %) a

n'était pas au courant de son statut de couverture d'assurance-maladie, alors que près du quart (24 %) des répondants n'avaient pas de couverture, une constatation qui pourrait avoir contribué aux plus faibles niveaux d'accès aux soins.

Emploi et sécurité financière

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions économiques sur des millions de Canadiens qui ont perdu leur emploi, travaillé moins d'heures ou connu une instabilité financière (21). C'est également le cas dans la présente enquête, puisque 36 % des participants ont déclaré travailler moins d'heures ou avoir dû arrêter de travailler depuis le début de la pandémie de COVID-19. De plus, 43 % ont indiqué que la pandémie a eu une incidence importante ou moyenne sur leur capacité de payer leurs factures. Il convient de souligner que seule une faible proportion des personnes qui avaient besoin d'une aide ou d'un report de paiement ont bel et bien reçu de tels paiements. Il y avait des écarts semblables entre le besoin et l'accès pour les paiements de loyer ou d'hypothèque, les paiements de voiture et les factures du ménage.

Insécurité alimentaire

Les expériences de chômage, de précarité de l'emploi et d'instabilité du revenu peuvent avoir accru l'insécurité alimentaire pour les gens ACN. En fait, on constate une fréquence plus élevée de l'expérience de l'insécurité alimentaire parmi les répondants qui ont déclaré travailler à temps partiel, être au chômage, faire du bénévolat ou ne pas travailler en raison d'une incapacité que parmi ceux qui étaient employés ou travailleurs autonomes à temps plein. De plus, les répondants ont déclaré une diminution des heures de travail ou de la rémunération et ceux qui ont dû cesser de travailler depuis le début de la pandémie de COVID-19 ont indiqué être victimes d'insécurité alimentaire à des taux plus élevés que ceux qui ont signalé peu ou pas de changement ou

une augmentation des heures ou de la rémunération pendant la pandémie. L'insécurité alimentaire est un déterminant social clé de la santé qui est fortement associé à une gamme de résultats néfastes pour la santé et qui peut avoir augmenté en raison de la pandémie (21). Dans l'ensemble, l'insécurité alimentaire chez les personnes ACN dans le cadre de cette enquête (53 %) semble plus élevée que ce qui a été observé dans la population générale pendant la pandémie. Selon une enquête de Statistique Canada menée pendant la deuxième vague, un Canadien sur dix a déclaré avoir été touché par l'insécurité alimentaire (30).

Violence domestique

L'augmentation du nombre de cas de COVID-19 a été accompagnée par une hausse des expériences de violence domestique (31). Parmi toutes les personnes ACN interrogées, 17 % ont déclaré se sentir moins en sécurité là où elles vivaient pendant la pandémie de COVID-19. Ce pourcentage était plus élevé chez les gens qui ne se sentaient déjà pas en sécurité avant la pandémie. Selon une enquête menée auprès de la population canadienne en général, 10 % des femmes et 9 % des hommes étaient préoccupés par la possibilité de violence à la maison pendant la première vague de la pandémie, mais cette proportion était plus faible pendant la deuxième vague (21,32). Les données pour cette enquête ont été recueillies pendant la troisième vague, ce qui suggère des préoccupations persistantes concernant la sécurité chez les personnes ACN. En ce qui concerne des actes particuliers de violence, l'évolution de la fréquence de la violence domestique vécue depuis le début de la pandémie a coïncidé avec la tendance à la violence sous-jacente. La plus forte augmentation a été observée pour la violence verbale, suivie de la violence verbale à l'endroit d'une autre personne du ménage, de l'exploitation financière, de la violence physique, de la violence physique à l'endroit d'autres membres du ménage, et des agressions sexuelles.

Discrimination

Près des deux tiers (62 %) des répondants ont déclaré avoir fait l'objet de discrimination lorsqu'ils ont eu accès aux services de santé avant la pandémie. De plus, un quart (25 %) des répondants ont déclaré avoir subi une augmentation de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19. À l'instar de la tendance observée pour la violence domestique, la plus forte proportion de participants ayant déclaré une augmentation de la discrimination (62 %) a été constatée parmi ceux qui ont signalé de telles expériences avant la pandémie. Les participants ont signalé plusieurs formes de discrimination. Il convient de noter que deux tiers (66 %) des participants ont déclaré avoir fait l'objet de discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique ou la couleur de peau, y compris le racisme anti-Noirs, et un tiers (31 %) ont déclaré une augmentation de la discrimination depuis le début de la pandémie. Malheureusement, ces résultats concordent avec les constatations d'autres enquêtes menées pendant la pandémie. Une enquête d'approche participative menée en août 2020 a montré que les répondants chinois, coréens, sud-est asiatiques et noirs étaient deux fois plus susceptibles de déclarer avoir fait l'objet de discrimination que les répondants non-membres d'une minorité visible (21,33). Ces expériences peuvent s'être traduites par des obstacles à la recherche de services de santé pendant la pandémie, soulignant la nécessité continue de lutter contre le racisme systémique et anti-Noirs institutionnalisés dans les systèmes sociaux, y compris les soins de santé.

Santé mentale

En ce qui concerne la santé mentale pendant la pandémie de COVID-19, un participant sur quatre (27 %) a déclaré que sa santé mentale était moyenne ou mauvaise. La détérioration de la santé mentale depuis le début de la pandémie était la plus élevée parmi ces participants comparativement

à d'autres qui ont déclaré une excellente, très bonne ou bonne santé mentale au moment de l'enquête. Tout comme la perception de la sécurité à la maison et de la discrimination, cela met en lumière la façon dont les personnes ayant des problèmes préexistants ont été touchées de façon disproportionnée par la pandémie. Des résultats semblables ont été observés dans une enquête de Statistique Canada menée à l'automne 2020 chez les personnes de 18 ans et plus. On a constaté que chez les répondants souffrant de dépression, d'anxiété ou de stress post-traumatique, la majorité des gens ont déclaré une détérioration de leur santé mentale depuis le début de la pandémie (34). Dans le cadre de cette enquête auprès des personnes ACN, les trois quarts (80 %) des répondants ont déclaré être parfois ou toujours en mesure d'accéder aux services de santé mentale. Les obstacles signalés, comme la difficulté d'obtenir une référence ou de communiquer avec un professionnel de la santé pour obtenir de l'information et le coût des services, représentent des sujets qu'il conviendrait d'examiner dans l'élaboration d'interventions futures pour rendre les services plus accessibles.

Répercussions de la COVID-19 sur la consommation de substances

En ce qui concerne la consommation de substances, la moitié des participants interrogés ont déclaré consommer de l'alcool depuis le début de la pandémie et moins de la moitié (38 %) ont déclaré une augmentation de leur consommation. La consommation de cannabis a été signalée par 24 % des participants et un peu plus de la moitié (56 %) ont déclaré une augmentation de leur consommation depuis le début de la pandémie. Dans une enquête menée par Statistique Canada en janvier 2021, près du quart des Canadiens qui avaient déjà consommé de l'alcool ont déclaré une augmentation de leur consommation et un tiers de ceux qui avaient déjà consommé du cannabis ont déclaré une augmentation de leur consommation (35).

Points forts et limites

Étant donné les difficultés liées à l'utilisation de l'échantillonnage probabiliste pour contacter des personnes pendant une pandémie, une enquête anonyme en ligne a été choisie comme méthode d'échantillonnage la plus appropriée. En raison de la nature de l'échantillonnage de commodité utilisé dans la présente enquête, il n'est pas possible de généraliser les résultats à toutes les personnes ACN au Canada. La généralisabilité est également limitée en raison du petit échantillon de participants qui ont déclaré avoir eu accès aux services liés aux ITSS ou qui ont envisagé y accéder. La nature en ligne de l'enquête peut également avoir contribué à un biais de sélection, car les participants qui n'avaient pas accès à un ordinateur ou à Internet étaient moins susceptibles de participer. Cela peut donc avoir conduit à des sous-estimations liées aux situations de vie précaires, ainsi qu'à l'insécurité alimentaire et financière. Toutefois, la mobilisation des intervenants universitaires et communautaires, comme les membres du corps professoral de l'Université d'Ottawa, WHIWH et le GTNE, qui ont fait la promotion de l'enquête pour aider à assurer une représentation appropriée parmi les diverses sous-populations ACN, pourrait avoir atténué ce biais de sélection. De plus, ces résultats étaient fondés sur des données autodéclarées et étaient assujetties à des biais de réponse, comme la désirabilité sociale. La nature anonyme de l'enquête a probablement minimisé ce biais.

Compte tenu de la conception transversale de l'étude, il est impossible de faire des déclarations concluantes concernant l'attribution de la pandémie de COVID-19 comme étant la « cause » des changements cernés dans le présent rapport. Cette étude a été conçue à dessein pour cerner les changements « perçus » par les participants dans les comportements et d'autres résultats. Malgré cela, les données recueillies fournissent une riche source

de renseignements sur les perceptions personnelles des répondants à l'égard des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur leur vie, y compris l'accès aux services liés aux ITSS.

Conclusion

« Si le Canada veut bénéficier d'une base de données probantes exceptionnelle en santé publique, il doit donner priorité à l'échange continu de connaissances et aux ententes établies entre les organismes de santé publique et un éventail de disciplines (p. ex. sciences sociales, géographie, économie). Les collaborations interdisciplinaires sont particulièrement importantes pour comprendre les déterminants de la santé complexes, multidimensionnels et interreliés et y réagir. »

Rapport annuel de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada de 2021, page 68

Cette enquête offre des observations importantes sur l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur les déterminants sociaux de la santé et, à son tour, sur l'accès aux services liés aux ITSS chez les personnes ACN au Canada.

L'enquête a permis de déterminer plusieurs facteurs sociaux et structurels qui se recoupent et qui peuvent avoir eu une incidence sur l'accès aux services liés aux ITSS avant la pandémie de COVID-19, mais qui n'ont fait que s'aggraver au cours de la pandémie. L'aggravation de l'instabilité financière pour les personnes ACN signifiait qu'elles étaient également plus susceptibles d'être touchées par l'insécurité alimentaire. Les membres d'un ménage victimes de violence domestique ont déclaré se sentir, de façon disproportionnée, beaucoup moins en sécurité depuis le début de la pandémie. Ensemble, ces facteurs de stress peuvent aussi avoir une incidence sur la santé mentale. Cela a été constaté au début de la pandémie lorsque les Canadiens touchés par l'insécurité alimentaire étaient plus susceptibles de percevoir leur santé mentale comme étant moyennement bonne ou mauvaise (36). En outre, la discrimination souvent subie par les ACN a probablement été exacerbée pendant la pandémie, ce qui a peut-être entraîné une réduction de l'accès aux services de soins de santé.

Ces résultats viennent s'ajouter aux preuves existantes et croissantes d'inégalités en matière de santé auxquelles les personnes ACN sont confrontées. L'un des principaux objectifs du système de santé publique au Canada est d'atteindre des résultats équitables en matière de santé, et cela ne peut être abordé sans une perspective équitable qui met l'accent sur les déterminants sociaux de la santé (37,38). Comme il a été souligné dans le Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2021, il faut s'attaquer aux « causes des causes » par des interventions en amont qui ciblent les politiques économiques et sociales. C'est grâce à ces interventions, ainsi qu'à des interventions en aval qui soutiennent les personnes qui sont déjà confrontées à ces défis que la santé de la population canadienne peut s'améliorer (21). Cibler les interventions et les politiques en amont ne peut être

atteint que par la collaboration intersectorielle au sein des ministères de la Santé à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et régionale, des organismes communautaires, des intervenants pertinents et des disciplines appropriées, comme les sciences sociales et l'économie. En éliminant les obstacles à l'obtention de services liés aux ITSS qui sont ancrés dans les déterminants sociaux de la santé, il sera possible d'atteindre les objectifs globaux et les objectifs stratégiques du Cadre d'action pancanadien sur les ITSS (39,40).

Références

- 1 Melamed OC, Hahn MK, Agarwal SM, Taylor VH, Mulsant BH, Selby P. Physical health among people with serious mental illness in the face of COVID-19: Concerns and mitigation strategies (en anglais seulement). *General hospital psychiatry*. 1^{er} septembre 2020; 66:30-3.
- 2 Volkow ND. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics (en anglais seulement). *Annals of Internal Medicine*. 7 juillet 2020; 173(1):61-2.
- 3 Etowa J, Hyman I. Unpacking the health and social consequences of COVID-19 through a race, migration and gender lens (en anglais seulement). *Revue canadienne de santé publique*. Février 2021; 112(1):8-11.
- 4 Power T, Wilson D, Best O, Brockie T, Bearskin LB, Millender E, Lowe J. COVID-19 and Indigenous Peoples: An imperative for action (en anglais seulement). *Journal of clinical nursing*. 1^{er} août 2020.
- 5 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, 2018. Décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/estimates-hiv-incidence-prevalence-canada-meeting-90-90-90-targets-2020/estimations-incidence-prevalence-vih-progres-canada-cibles-90-90-90-2020.pdf>
- 6 Singer M. *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health* (en anglais seulement). John Wiley & Sons; 3 juin 2009.
- 7 Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. Résultats nationaux de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. *Relevé des Maladies Transmissibles au Canada*. 7 mai 2020; 46(5):155-68.
- 8 Jordan RE, Adab P, Cheng K. Covid-19: risk factors for severe disease and death (en anglais seulement). *BMJ*. 26 Mars 2020; 368.
- 9 Klassen S, Murphy S. Equity as both a means and an end: Lessons for resilient food systems from COVID-19. *World Development* (en anglais seulement). 1^{er} décembre 2020; 136:105 104.
- 10 Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. Hospitalization and mortality among black patients and white patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine* (en anglais seulement). 25 juin 2020; 382(26) 2534-2543.
- 11 Sundaram ME, Calzavara A, Mishra S, Kustra R, Chan AK, Hamilton MA, Djebli M, Rosella LC, Watson T, Chen H, Chen B. Individual and social determinants of SARS-CoV-2 testing and positivity in Ontario, Canada: a population-wide study (en anglais seulement). *Journal de l'Association médicale canadienne*. 17 mai 2021; 193(20):E723-34.

- 12 Yehia BR, Winegar A, Fogel R, Fakh M, Ottenbacher A, Jesser C, Bufalino A, Huang RH, Cacchione J. Association of race with mortality among patients hospitalized with coronavirus disease 2019 (COVID-19) at 92 US hospitals (en anglais seulement). JAMA Network Open. 3 août 2020; 3(8):e2018039.
- 13 Agence de la santé publique du Canada, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Rapport National Enquête concernant l'incidence de la COVID-19 sur la prestation des services de prévention, de dépistage ou de traitement des ITSS, y compris des services de réduction des méfaits au Canada. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/survey-impact-covid-19-delivery-stbbi-prevention-testing-treatment/enquete.pdf>
- 14 EMCDDA, Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe, EMCDDA trendspotter briefing (en anglais seulement). OEDT, Lisbonne. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13073/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19_Wave-1-2.pdf
- 15 Johns Hopkins University (JHU). COVID-19 Community Response Survey (en anglais seulement). 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.nlm.nih.gov/dr2/JHU_COVID-19_Community_Response_Survey_v1.3.pdf
- 16 Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC). 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5311
- 17 Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – 2019. Décembre 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=assembleInstr&lang=en&Item_Id=1207185#qb1208907
- 18 Conseil des gouverneurs du système de la Réserve fédérale. Report on the Economic Well-Being of U.S. Households in 2013 (en anglais seulement). 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.federalreserve.gov/econresdata/2014-economic-well-being-of-us-households-in-2013-appendix-2.htm#subsection-157-9D40F64E>
- 19 Centre de recherche communautaire. Sexe au présent, Édition COVID-19 – Questionnaire complet. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://fr.cbrc.net/sexe_au_present_edition_covid_19_questionnaire_complet
- 20 Bauer GR, Braimoh J, Scheim AI, Dharma C. Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: Mixed-methods evaluation and recommendations (en anglais seulement). PloS one. 25 mai 2017; 12(5):e0178043.
- 21 Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada. Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>
- 22 Emploi et Développement social Canada. Document d'information : Nouvelles mesures pour protéger les travailleurs étrangers et prévenir la propagation de la COVID-19 au cours de la saison 2021. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2021/03/document-dinformation-tfw.html>

- 23 Agence de la santé publique du Canada. Le gouvernement du Canada prolonge l'obligation de se mettre en quarantaine et les restrictions en matière de déplacement. 21 mai 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2021/05/le-gouvernement-du-canada-prolonge-lobligation-de-se-mettre-en-quarantaine-et-les-restrictions-en-matiere-de-deplacement.htm>
- 24 Institut canadien d'information sur la santé. Calendrier des interventions liées à la COVID-19 au Canada. 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cih.ca/fr/calendrier-des-interventions-liees-a-la-covid-19-au-canada>
- 25 Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>
- 26 Gilbert M, Chang HJ, Ablona A, Salway T, Ogilvie GS, Wong J, Haag D, Pedersen HN, Bannar-Martin S, Campeau L, Ford G. Accessing needed sexual health services during the COVID-19 pandemic in British Columbia, Canada: a survey of sexual health service clients (en anglais seulement). Sexually transmitted infections. 5 novembre 2021.
- 27 Antabe R, Konkor I, McIntosh M, Lawson E, Husbands W, Wong J, Arku G, Luginaah I. « I went in there, had a bit of an issue with those folks »: everyday challenges of heterosexual African, Caribbean and black (ACB) men in accessing HIV/AIDS services in London, Ontario (en anglais seulement). BMC Public Health. Décembre 2021; 21(1):1-4.
- 28 Santé Canada. Document d'information : Consultation publique sur le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/renforcement-approche-canada-egard-questions-liees-consommation-substances.html>
- 29 Santé Canada. La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-les-mots-comptent-fiche-information.html>
- 30 Statistique Canada. L'insécurité alimentaire des ménages à l'ère de la pandémie de COVID-19. 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220216/dq220216f-fra.htm>
- 31 CBC News. Minister says COVID-19 is empowering domestic violence abusers as rates rise in parts of Canada (en anglais seulement). 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cbc.ca/news/politics/domestic-violence-rates-rising-due-to-covid19-1.5545851>
- 32 Statistique Canada. Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 1 : Répercussions de la COVID-19. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm>
- 33 Statistique Canada. Expérience de la discrimination pendant la pandémie de COVID-19. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200917/dq200917a-fra.htm>

- 34 Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, septembre à décembre 2020. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210318/dq210318a-fra.htm>
- 35 Statistique Canada. Consommation d'alcool et de cannabis pendant la pandémie : Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes 6. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210304/dq210304a-fra.htm>
- 36 Statistique Canada. Insécurité alimentaire et santé mentale durant la pandémie de COVID-19. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/201216/dq201216d-fra.htm>.
- 37 Amri M, Chatur A, O'Campo P. Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: an umbrella review protocol. Health Research Policy and Systems (en anglais seulement). Décembre 2022; 20(1):1-5.
- 38 Nations unies. Département des Affaires Économiques et Sociales. Développement Durable. Objectifs de développement durable. Disponible à l'adresse suivante : <https://sdgs.un.org/fr/goals>
- 39 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. 29 juin 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
- 40 Agence de la santé publique du Canada. Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. 17 juillet 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>

