

Table des matières

Section 1 : Recherche et développement communautaires autochtones dans le domaine du VIH/SIDA

« Parce que nous sommes autochtones et que nous en sommes fiers » : Décolonisation de la prévention du VIH auprès des jeunes indigènes du Canada par les arts.....1
Sarah Flicker, Jessica Danforth, Erin Konsmo, Ciann Wilson, Vanessa Oliver, Randy Jackson, Tracey Prentice, June Larkin, Jean Paul Restoule, Claudia Mitchel

Les concepts culturels quant aux soins chez les Autochtones vivant avec le VIH et le sida: Une étude du Réseau canadien autochtone du sida.....23
Charlotte Reading, Ryan Brennan, Renée Masching

Section 2 : Diffusion des résultats

Perspectives de santé dans une grande ville canadienne pour les personnes autochtones et non autochtones vivant avec le VIH et le sida.....38
Payam Sazegar, David Tu, Doreen Littlejohn, Archie Myran

Section 3 : Commentaires

Atteindre zéro dans l'épidémie du VIH au Canada : Valorisation des cultures indigènes par la recherche holistique.....54
Earl Nowgesic

Section 4 : Nouveaux enjeux de la recherche communautaire autochtone (RCA) sur le VIH/SIDA

Le soutien social positif et la santé mentale chez les Autochtones bispirituels et hétérosexuels vivant avec le VIH et le sida en Ontario.....66
Adam Beswick, Art Zoccole, Cate Dewey, Positive Spaces Health Places team, Nathan Lachowsky

Le soutien social positif et la santé mentale chez les Autochtones bispirituels et hétérosexuels vivant avec le VIH et le sida en Ontario

Adam Beswick, Art Zoccole, Cate Dewey, Positive Spaces Health Places team, Nathan Lachowsky

Adam Beswick

Étudiant de quatrième année en sciences biomédicales, Université de Guelph.
B.Sc. spécialisé en sciences biomédicales (en cours, 2014)
2509, Stewart Building; Université de Guelph; 50, Stone Rd E; Guelph, ON N1G 2W1
abeswick@uoguelph.ca
Téléphone : (519) 691-5754 Télécopieur : (519) 763-8621

Art Zoccole

Directeur administratif, 2-Spirited People of the 1st Nations
105-145, Front Street East; Toronto, ON, M5A 1E3
art@2spirits.com
Téléphone : (416) 944-9300, poste 222

Cate Dewey, Ph.D.

Professeure et chaire, Department of Population Medicine (Département de médecine de la population), Université de Guelph
2509, Stewart Building; Université de Guelph; 50, Stone Rd E; Guelph, ON, N1G 2W1
cdewey@uoguelph.ca
Téléphone : (519) 824-4120, poste 54742

Équipe du projet *Positive Spaces Healthy Places*

A/S de Sean Rourke et James Watson, Ontario HIV Treatment Network
1300, Yonge St., Suite 600; Toronto, ON, M4T 1X3
jwatson@ohrn.on.ca
Téléphone : (416) 642-6486, poste 2202
Sans frais : 1-877-743-6486

Nathan Lachowsky, B.Sc. (spécialisé)

Candidat au doctorat (épidémiologie), Université de Guelph
2514, Stewart Building; Université de Guelph; 50, Stone Rd E; Guelph, ON N1G 2W1
nlachows@uoguelph.ca
Téléphone : (519) 830-8271

REMERCIEMENTS

L'étude *Positive Spaces Healthy Places* a été financée par une bourse des Instituts de recherche en santé du Canada. Le dernier auteur a bénéficié d'une bourse d'études supérieures de Canada Vanier décernée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et d'un stage par

Universities Without Walls (financé par une bourse de recherche pour la formation stratégique des IRSC).

RÉSUMÉ

Le soutien social est un important prédicteur de santé chez les personnes vivant avec le VIH, mais bien peu de recherches ont spécifiquement étudié son rôle dans les groupes culturels et démographiques, comme chez les Autochtones et les personnes bispirituelles. Nous avons pour objectif d'étudier le rôle que joue le soutien social dans la prédiction de l'état de santé chez les Autochtones vivant avec le VIH et le sida (AVVS) en Ontario en portant une attention particulière aux potentielles différences quant à l'accès au soutien social et à son effet chez les AVVS bispirituels. En 2006, 79 participants autochtones ont rempli le questionnaire de base du projet *Positive Spaces Healthy Places*. Nous avons analysé la corrélation entre le soutien social et l'état de santé mentale et physique à l'aide du sondage portant sur les résultats médicaux chez les patients atteints du VIH, le *Medical Outcome Study HIV Health Survey*. Un lien a été établi entre l'amélioration de la santé mentale chez les AVVS et les facteurs suivants : le fait d'être plus âgé, du genre masculin et l'accès à un haut niveau de soutien émotionnel ou informel et de soutien affectif. Aucun lien significatif n'a été établi entre la santé physique et le soutien social. Également, on ne notait aucune différence quant au niveau de soutien social ou à l'état de santé rapporté entre les participants bispirituels et les participants non bispirituels. Chez les AVVS d'Ontario, le soutien social constitue une composante importante du bien-être; en effet, parmi les variables que nous avons examinées, c'est la seule qui pouvait être modifiée et améliorée par l'accès élargi à des programmes et à des services culturellement adaptés. Ces conclusions soulignent l'importance de ces programmes pour les femmes et les jeunes. Éventuellement, il sera nécessaire d'approfondir des démarches de consultation et de recherche communautaires afin de déterminer comment optimiser l'augmentation et le maintien du soutien social pour tous les Autochtones vivant avec le VIH.

INTRODUCTION

Les groupes d'Autochtones (peuples des Premières Nations, Métis ou Inuit) ont une espérance de vie inférieure à celle des non autochtones (Stephens, Nettleton, Porter, Willis et Clark, 2005), et sont lourdement surreprésentés dans l'épidémie du VIH au Canada. En 2006, selon l'estimation du système national de santé publique, les Autochtones représentaient 3,8 % de la population canadienne totale, mais également 8,9 % de tous les cas d'infections au VIH, et 12,2 % des cas déclarés en 2011 (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Par ailleurs, le nombre de cas de VIH décelé chez les Autochtones au Canada a augmenté de 17,3 % entre 2008 et 2011 (Agence de la santé publique du Canada, 2011), ce qui démontre le besoin – maintenant plus que jamais – pour des mesures en santé publique fondées sur des faits et culturellement adaptées. De plus, au sein des communautés autochtones du Canada, les groupes que constituent, par exemple, les femmes, les personnes utilisant des drogues injectables et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sont à risque élevé d'exposition au VIH. En effet, entre 1998 et 2008, au Canada, les femmes autochtones représentaient 48,8 % du nombre de cas déclarés de VIH chez les Autochtones, alors que les femmes d'autres ethnicités représentaient 20,6 % des

cas déclarés (Agence de la santé publique du Canada, 2011); quant aux HSH autochtones, ils sont plus à risque d'être infectés au VIH que les HSH non autochtones au Canada (O'Connell et collab., 2004). Cependant, une lacune existe quant à la recherche sur l'épidémie du VIH et du sida au sein des groupes de personnes bispirituelles au Canada, et il est nécessaire de combler celle-ci afin d'établir le contexte des expériences et des besoins des personnes bispirituelles au sein de la population élargie des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVVS) et des AVVS.

Le soutien social et le VIH

Le soutien social est un important déterminant de santé pour les PVVS (Borgoyne et Renwick, 2004; Richmond, Ross et Egeland, 2007). Au meilleur de nos connaissances, il n'existe aucune recherche portant spécifiquement sur la comparaison du niveau de soutien social entre les Autochtones bispirituels et les Autochtones non bispirituels en Ontario. Il a cependant été démontré qu'un soutien social important augmente le nombre de visites effectuées par un patient à son médecin (Tamers, Beresford, Thompson, Zheng et Cheadie, 2011), diminue son stress et améliore son état de santé physique (Moak et Agrawal, 2010) et mental (Richmond et collab., 2007; Bekele et collab., 2013). En effet, l'accessibilité au soutien social fait intégralement partie de l'accès à une qualité de vie optimale et à son maintien chez les PVVS (Broadhead et collab., 1983). Mais il y a plus important encore; une étude de Monette et ses collaborateurs (2011) a établi l'existence, parmi les PVVS en Ontario, de différences en ce qui concerne les caractéristiques démographiques selon qu'il s'agissait d'AVVS ou de PVVS non autochtones. Ces différences, lorsque prises en compte avec d'autres études démontrant que les groupes constitués d'orientations sexuelles minoritaires ont moins de soutien social inférieur que les personnes hétérosexuelles (Ueno, 2005; Williams, Connolly, Peplet et Craig, 2005), démontrent le besoin pour une analyse spécifique, axée sur les AVVS bispirituels et hétérosexuels afin d'examiner si elles affectent la disponibilité ou l'efficacité quant aux effets du soutien social sur l'état de santé lorsqu'il est question de fournir des soins, des traitements et un soutien efficaces. Seules quelques études publiées (Ristock, Zoccole et Passant, 2010; Bauer, Travers, Sconlon et Coleman, 2012) traitent spécifiquement du VIH et du sida chez les Autochtones bispirituels au Canada, chez qui l'accès au soutien social et son lien avec la santé pourraient différer de celui des Autochtones non bispirituels.

Objectifs de la recherche

L'objectif de notre recherche était de déterminer s'il existait un lien entre le soutien social et un état de santé positif chez les AVVS en Ontario, et comportait un volet traitant spécifiquement des différences potentielles chez les personnes bispirituelles. Nous avons émis l'hypothèse qu'un bon soutien social serait lié à un bon état de santé physique et mentale chez les AVVS en Ontario.

MÉTHODES

L'étude Positive Spaces Health Places (PSHP)

Le sondage PSHP est une étude collaborative communautaire longitudinale portant sur les personnes séropositives vivant en Ontario (de plus amples renseignements sont offerts dans le

document *Positive Spaces Healthy Places 2013*). Le sondage PSHP a été mis au point afin d'étudier le soutien en hébergement, le manque de logement, le soutien social et l'état de santé des PVVS en Ontario. En 2006, 602 participants séropositifs de l'étude ont rempli le sondage PSHP. Le recrutement a été complété grâce à un partenariat d'organismes communautaires et d'organismes locaux ontariens de services pour le sida et par le bouche-à-oreille dans les communautés locales par des pairs associés en recherche. Les critères d'admissibilité au sondage PSHP précisaient que les participants devaient habiter en Ontario, être séropositifs et être aptes à fournir un consentement éclairé. Tous les formulaires de consentement et les questionnaires du sondage ont été administrés par des pairs séropositifs associés en recherche formés par des organismes autochtones sur les pratiques de recherche culturellement adaptées. Le sondage de base en soi était fait en vis-à-vis, et prenait entre 60 et 90 minutes à remplir.

Approbation éthique et principes de PCAP

Ce projet consistait en une analyse secondaire des données de l'étude PSHP, elle-même fortement canalisée sur la recherche communautaire et les principes de participation accrue des personnes vivant avec le VIH et le sida (GIPA), de participation directe et significative des personnes vivant avec le VIH et le sida (MIPA) et, enfin, de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) (l'ouvrage de Monette et collab., 2009, offre des explications approfondies). Cet article précis résulte d'une recherche collaborative entre l'organisme communautaire 2-Spirited People of the 1st Nations, situé à Toronto, en Ontario, et des chercheurs de l'Université de Guelph. C'est à la demande de 2-Spirited People of the 1st Nations, qui répond aux besoins des Autochtones bispirituels vivant avec le VIH et le sida ou affectés par ceux-ci, que ces travaux ont été menés. L'auteur final de ce projet a fait un stage au sein dudit organisme dans le cadre de son stage pour Universities Without Walls. En témoignage de leur engagement envers les principes de PCAP, nos auteurs comportent un Autochtone possédant des dizaines d'années d'expérience dans le mouvement de lutte au VIH et au sida. Toujours dans un souci d'application des principes de PCAP, nos chercheurs communautaires partenaires ont demandé à ce que les données cueillies auprès des AVVS dans le cadre de l'étude PSHP leur soient remises. Le comité de recherche éthique de l'Université de Guelph a émis son approbation, en mai 2012, pour l'analyse secondaire des données du sondage PSHP fondée sur le partenariat avec l'organisme 2-Spirited People of the 1st Nations. Notre partenaire communautaire a commencé l'étude et la recherche sur ces données et a collaboré à l'interprétation et à la contextualisation des résultats, tandis que les partenaires universitaires conduisaient les analyses et avaient la responsabilité primaire quant à la rédaction de cet article. Tous les auteurs ont participé à la révision et à finalisation de cet article.

Mesures

MOS-HIV. Le développement du sondage portant sur les résultats médicaux chez les patients atteints du VIH (*Medical Outcome Study HIV Health Survey*, ou MOS-HIV) (Wu, 1997) en a fait un outil détaillé et facilement accessible pour évaluer la qualité de vie chez les PVVS (Revicki, Sorensen et Wu, 1998; Wu, 1997). Le sondage MOS-HIV, constitué de 35 questions, a été développé à l'aide du sondage général abrégé MOS, auquel ont été ajoutées, par souci de précision, des sous-échelles se rapportant précisément à l'état de santé des participants

séropositifs en ce qui a trait, par exemple, à la fonction cognitive, à la fatigue, à la détresse et à la souffrance (Wu, 1997). Ces données ont servi à mesurer la santé physique et mentale chez chaque participant. Une fois l'échelle normalisée, les choix de réponse allaient de 0 (pointage minimum possible) à 100 (pointage maximum possible). Il a été déterminé, aux fins du MOS-VIH, qu'un pointage égal ou inférieur à 25 correspondait à « très faible »; un pointage situé entre 26 et 50 inclusivement correspondait à « faible », un pointage situé entre 51 et 75 inclusivement correspondait à « modéré », et un pointage égal ou supérieur à 76 correspondait à « élevé ».

État de santé mentale

Le pointage du sommaire de santé mentale (*Mental Health Summary*, ou MHS) (Wu, 1997), qui inclut des questions portant sur l'anxiété, la dépression, la perte de contrôle comportemental ou émotionnel et le bien-être psychologique, a été établi à l'aide des réponses fournies par les participants, à qui il était demandé d'évaluer quelle proportion du temps, au cours des 4 semaines précédentes, ils s'étaient sentis : heureux, calmes et sereins, très nerveux, abattus et tristes, et au fond du baril à tel point que rien ne pouvait leur remonter le moral.

État de santé physique

Le pointage du sommaire de santé physique (*Physical Health Summary*, ou PHS) (Wu, 1997) a été obtenu en combinant et en normalisant les réponses en lien avec le fonctionnement physique, la douleur et le fonctionnement rôlistique. Il incluait notamment les questions : Comment évalueriez-vous votre santé physique aujourd'hui comparativement à il y a 4 semaines? Votre état de santé affecte-t-il votre capacité à parcourir un coin de rue à pied? Votre état de santé vous empêche-t-il de travailler? En général, à quel point avez-vous ressenti des douleurs corporelles au cours des 4 dernières semaines?

Soutien social

Le soutien social constituait la principale variable explicative d'intérêt dans cette étude. Il a été calculé en tant que mesure sommaire globale (lire l'ouvrage de Sherbourne et Stewart, 1991, qui traite de la sous-échelle pour évaluer le soutien social du MOS-HIV [MOS-HIV-SSS]), puis déconstruit selon quatre sous-échelles, à savoir : soutien émotionnel ou instructif, soutien affectif, soutien concret, et interaction sociale positive. L'étendue des valeurs normalisées possibles pour cette variable se rangeait de 0 à 100; aux fins de cette étude, un pointage égal ou inférieur à 25 est réputé correspondre à un « très faible soutien social », un pointage situé entre 26 et 50 inclusivement correspond à un « faible soutien », un pointage situé entre 51 et 75 inclusivement correspond à un « soutien social modéré » et, enfin, un pointage égal ou supérieur à 76 correspond à un « soutien social élevé » (Sherbourne et Stewart, 1991; Rand Organization, 2013). Également, une mesure a été calculée individuellement pour chaque sous-échelle du soutien social. Les valeurs pour chaque sous-échelle ont été calculées en prenant la moyenne des réponses pertinentes afin de faciliter la comparaison des données dans les sous-échelles.

Questions traitant du soutien social

Le questionnaire MOS-HIV-SSS contenait des questions en lien avec le soutien social émotionnel et instructif dont les réponses allaient de 1 (« à aucun moment ») à 5 (« tout le temps »). Pour chaque question, le participant devait spécifier à quelle fréquence lui étaient accessibles les types suivants de soutien suivants : une personne sur qui compter; une personne pour donner des renseignements permettant de bien comprendre une situation; une personne pour donner de bons conseils concernant une situation critique; une personne à qui se confier; une personne dont l'opinion est valorisée, une personne à qui confier ses inquiétudes et ses craintes intimes; une personne vers qui se tourner pour avoir des suggestions concernant la résolution d'un problème d'ordre personnel; une personne qui comprend ses problèmes. Comme l'étaient les valeurs attribuées aux autres sous-échelles, celles quant au soutien concret ont été calculées en établissant la moyenne des réponses (dont le pointage allait de 1 à 5) à 4 énoncés concernant le soutien concret disponible si la personne participante : était confinée au lit et avait besoin d'aide; avait besoin d'être reconduite chez le médecin; était incapable de préparer elle-même des repas et avait besoin d'aide; était malade et avait besoin d'aide pour effectuer des tâches quotidiennes. La sous-échelle concernant le soutien affectif comportait 3 énoncés portant sur les situations suivantes chez le participant : une personne qui lui démontre de l'amour et de l'affection; une personne aimante et qui fait se sentir désiré; une personne cajoleuse. Enfin, la sous-échelle quant à l'interaction sociale positive incluait l'évaluation de 4 aspects : quelqu'un avec qui s'amuser; quelqu'un avec qui s'offrir un moment de détente; quelqu'un avec qui fait quelque chose d'agréable et quelqu'un avec qui faire des activités pour se changer les idées.

Participants bispirituels

Le sondage PSHP ne comportait aucune question demandant explicitement aux participants s'ils s'identifient comme bispirituels; par ailleurs, ce choix ne figurait pas parmi les réponses possibles aux questions portant sur le genre ou l'orientation sexuelle. Aux fins de cette étude, et comme convenu entre tous les auteurs, le terme *Autochtone bispirituel* est réputé désigner tout Autochtone se déclarant d'orientation homosexuelle, lesbienne, bisexuelle ou autre orientation non hétérosexuelle. Quant aux participants du groupe témoin, ils se sont déclarés hétérosexuels.

Autres mesures

Les participants fournissaient également des informations d'ordre démographique, à savoir : l'âge (mesuré en années), le genre (homme versus autre [femme, transgenre de femme à homme ou transgenre d'homme à femme]), l'ethnicité autochtone (membre des Premières Nations, Métis ou Inuit) et le niveau d'éducation (études secondaires non terminées ou diplôme de niveau secondaire, technique, collégial ou universitaire). En ce qui a trait au genre, toutefois, il a été nécessaire de répertorier sous une même appellation les femmes et les participants transgenres en raison du risque de divulgation par recoupements; les auteurs, quant à eux, comprennent la problématique de ce regroupement diversifié et les limitations qui en découlent pour l'interprétation des données. D'autres variables indépendantes de santé clinique (ci-dessous appelées *variables des marqueurs liés au VIH*) sont également incluses, notamment : le nombre d'années vécues avec le VIH; le nombre maximum de cellules CD4 au cours des 6 derniers mois; le nombre minimum de cellules CD4 jamais relevé; le fait de s'être déjà fait poser un diagnostic

de sida et le fait que le participant soit actuellement médicamenteusement pour le VIH (qu'il reçoive des médicaments antirétroviraux).

Analyse statistique

L'ensemble des analyses statistiques des données a été exécuté sur le logiciel SPSS, version 20.0 (IBM Corp., 2011). La première étape de l'analyse statistique impliquait la préparation de statistiques descriptives. Des mesures ont été déterminées pour le décompte et la fréquence des variables dichotomiques. La moyenne, l'écart-type, la médiane et l'étendue ont été établis pour toutes les variables continues. Étant donné l'intérêt particulier accordé aux personnes bispirituelles dans le cadre de cette étude, les résultats ont été calculés spécifiquement pour les participants bispirituels et hétérosexuels. Les différences entre les groupes ont été évaluées à l'aide du test du chi carré, du critère d'indépendance ou du test t, au besoin. Nous avons exécuté une régression linéaire multivariée pour déterminer les facteurs associés au principal résultat qui nous intéresse (à savoir, l'état de santé). Les facteurs associés aux résultats à une variable ($p < 0,20$) ont été retenus pour une analyse multivariée dont toutes les dernières variables étaient significatives à $p < 0,05$. Les facteurs de confusion ont été évalués à chacune des étapes de l'analyse.

RÉSULTATS

Des 602 personnes participant au sondage PSHP de base en 2006, 79 se sont déclarées Autochtones. Des AVVS de ce sous-échantillon, 43 (54,5 %) se déclaraient bispirituels, tandis que les 36 autres (45,5 %) se déclaraient hétérosexuels. Les statistiques descriptives quant aux informations d'ordre démographique, aux marqueurs liés au VIH, au soutien social et à l'état de santé sont stratifiées selon l'orientation sexuelle (à savoir, bispiritualité ou hétérosexualité) comme démontré dans le **Tableau 1**. L'âge moyen des participants était 41,7 ans. Les participants bispirituels étaient plus susceptibles que les AVVS hétérosexuels de s'être déclarés de sexe masculin (93,0 % comparativement à 33,3 %, $p < 0,001$). Par ailleurs, l'ethnicité autochtone ne différait pas selon l'orientation sexuelle ($p = 0,68$), et 66,7 % de l'échantillon déclarait, quant à l'ethnie, appartenir aux Premières Nations. Les participants bispirituels étaient plus susceptibles de déclarer avoir une éducation de niveau secondaire ou supérieur que les participants hétérosexuels (79,1 % comparativement à 38,9 %, $p < 0,001$).

En ce qui a trait à l'information clinique concernant le VIH chez l'ensemble des AVVS, la moitié (50,7 %) des participants ont déclaré avoir contracté une maladie définissant le sida dans leur vie, et près des deux tiers (64,6 %) d'entre eux étaient sous médication contre le VIH au moment de répondre au sondage. Aucune différence n'a été observée entre les groupes bispirituels et hétérosexuels en ce qui a trait à ces deux variables. En outre, aucune différence n'a été observée quant au nombre d'années vécues avec le VIH et au nombre maximum ou minimum de cellules CD4 entre les groupes de participants bispirituels et hétérosexuels. En moyenne, les participants vivaient avec le VIH depuis 10,6 ans. Les nombres maximum et minimum rapportés de cellules CD4 dans les 6 mois précédant la complétude du sondage étaient respectivement de 567,7 et 212,7.

Le pointage global du soutien social selon le MOS-HIV-SSS était de 64,4 pour l'ensemble de l'échantillon des AVVS, ce qui indique un soutien social modéré. Les pointages moyens des sous-échelles se détaillaient comme suit : soutien émotionnel ou instructif = 3,4; soutien concret = 3,0; soutien affectif = 3,6 et interaction sociale positive = 3,6 (voir **Tableau 1**). En ce qui a trait à la sous-échelle sur le soutien social, aucune différence n'a été observée selon l'ethnicité, le genre, ou le niveau d'éducation dans le groupe. Cependant, même si le pointage global de la variable du soutien social ne différait pas entre les participants bispirituels et hétérosexuels, les participants bispirituels ont déclaré recevoir davantage de soutien de type émotionnel ou instructif ($p=0,03$) et de soutien concret ($p=0,05$), et avoir davantage d'interactions sociales positives ($p=0,02$) que les participants hétérosexuels.

Le pointage sommaire moyen en santé mentale des participants AVVS était de 44,8 et son pointage sommaire moyen en santé physique était de 43,6 (sur un maximum possible de 100). Aucune différence n'a été relevée entre les groupes de participants bispirituels et hétérosexuels quant aux pointages sommaires en santé mentale ou en santé physique. Toutefois, les participants ayant terminé des études secondaires ou supérieures étaient en meilleure santé physique que ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Les pointages sommaires portant sur la santé mentale étaient supérieurs chez les hommes, les AVVS ayant fait des études supérieures et les participants médicamenteusement pour le VIH au moment de remplir le sondage. Étant donné le manque de liens significatifs entre, d'une part, les données démographiques, les marqueurs liés au VIH et les sous-échelles traitant du soutien social et, d'autre part, la santé physique, nous n'avons conduit la régression linéaire multivariée que sur les pointages sommaires portant sur la santé mentale, ce qui constituait notre principal champ d'intérêt.

Du point de vue unidimensionnel ($p<0,20$), la santé mentale a été associée à 5 variables démographiques (l'orientation sexuelle, le genre, l'ethnicité autochtone, le niveau d'éducation et l'âge); à 2 variables quant aux marqueurs liés au VIH (nombre d'années vécues avec le VIH, prise actuelle ou non de médicament pour le VIH par le participant) et à 4 variables quant au soutien social (soutien émotionnel ou informatif, soutien affectif, soutien concret et interaction positive) (voir **Tableau 2**). Au niveau multidimensionnel, les pointages en santé mentale élevés ont été associés aux facteurs suivants : l'âge, mesuré en années ($\beta=0,370$, $p=0,025$); le genre masculin comparativement à l'autre genre ($\beta =7,361$, $p=0,005$); le soutien émotionnel ou instructif ($\beta =3,183$, $p=0,008$) et le soutien affectif ($\beta =0,887$, $p=0,015$). L'ethnicité autochtone a été retenue dans le modèle puisque cette variable combinait la relation entre le soutien affectif et la santé mentale ($\beta=-1,435$, $p=0,581$). Il n'y avait plus de lien significatif entre la bispiritualité comme orientation sexuelle et l'état de santé mentale lors de l'analyse multivariée.

DÉBAT

L'existence d'une corrélation entre un bon soutien social et une bonne santé mentale a été solidement étayée dans diverses documentations (Viswesvaran, Sanchez et Fisher, 1999; Broadhead et collab., 1983). Cette relation a été validée chez les personnes vivant avec le VIH et le sida (Turner-Cobb et collab., 2002) et chez les Autochtones au Canada (Richmond et collab., 2007). Une étude menée par Monette et collab. (2011) avec le sondage PSHP complet a établi qu'il existait des différences claires entre les caractéristiques démographiques chez les AVVS

ayant répondu au sondage PSHP et les participants caucasiens. Nos résultats démontrent le lien positif entre le soutien social et la santé mentale chez les AVVS.

Plusieurs hypothèses ont été émises afin d'expliquer le fait, constaté dans notre échantillon, que le soutien social est un prédicateur efficace de la santé mentale. L'une des opinions émises, désignée par le terme d'« hypothèse à effet direct », avance que le soutien social améliorerait directement la santé mentale, indépendamment du stress ou des événements négatifs de la vie (Williams, 1981). Elle est toutefois surclassée en popularité par celle avancée par Cohen et Wills (1985), connue comme « modèle de l'effet tampon ». Selon ce modèle, le soutien social protège contre les effets négatifs associés aux événements stressants de la vie sur la santé mentale en augmentant la capacité chez le sujet à se débrouiller dans des situations stressantes, théorie validée ensuite par Richmond et des collègues (2007). Quoi qu'il en soit, les deux théories avancent que le soutien social contribue à l'amélioration de la qualité de vie (Taylor, 2011), bien que certains accordent davantage d'importance au modèle de l'effet tampon (Carpenter, Fowler, Maxwell et Andersen, 2010, Patrick, Chamot et Perneger, 2004). Même si nos travaux étaient principalement axés sur le rôle du soutien social dans la prédiction de la santé mentale, une considération bilatérale est également envisageable : une santé mentale lacunaire peut constituer autant une cause qu'un résultat, puisqu'elle découle d'un faible soutien social. D'une façon ou d'une autre, il est clair que le soutien social est lié à la santé mentale chez les AVVS en Ontario.

Notre modèle prédisant la santé mentale indiquait que le soutien émotionnel ou instructif et le soutien affectif constituaient les deux prédicateurs d'importance de la santé mentale dans la sous-échelle du soutien social. Dans la théorie originale sur l'effet tampon du soutien social, le raisonnement avancé était que les mesures de fonctionnement du soutien social (c'est-à-dire les types de soutien augmentant la capacité d'une personne à gérer personnellement une situation) avaient une importance capitale dans la diminution du stress. Nos résultats corroborent cette théorie : le soutien émotionnel ou instructif (l'accès à un sentiment de confiance, d'acceptation, d'empathie et de préoccupation) (Sherbourne et Stewart, 1991) et le soutien affectif (les témoignages d'amour et d'acceptation) (Sherbourne et Stewart, 1991) semblent efficaces dans la diminution du stress. En effet, d'autres recherches étudiant, auprès de populations non autochtones, l'effet des sous-échelles du soutien social ont révélé que le soutien affectif (Charyton, Elliot, Lu et Moore, 2009) et le soutien émotionnel ou instructif (Himle, Jayaratne et Thyness, 2008) étaient des déterminants clés de la santé mentale dans le contexte de l'hypothèse de l'effet tampon. Nos recherches démontrent le besoin particulier d'augmenter le nombre de programmes et de services relatifs au soutien social des AVVS en Ontario.

Le lien entre le soutien social et la santé physique, quant à lui, a été remarquablement plus modeste (Mezuk, Roux et Seeman, 2010). Néanmoins, de précédentes études portant sur les populations séropositives ont démontré le rôle significatif du soutien social pour prédire la santé physique (Bastardo et Kimberlin, 2000; Borgoyne et collab., 2004). Il a précédemment été question de cette tendance dans une étude utilisant le sondage PSHP et publiée par Bekele et collab. (2013) où avait été observé que le soutien social prédisait incontestablement une bonne santé physique chez tous les participants séropositifs. Nous supposons que le manque de corrélations entre le soutien social et la santé physique chez notre sous-échantillon d'Autochtones découlerait d'une diminution de l'efficacité statistique (n=79 dans notre étude,

comparativement à n=602 dans l'article de Bekele et collab.).

L'une des importantes conclusions dégagées par notre recherche est que le soutien social ne différait pas selon l'orientation sexuelle chez ces AVVS, contrairement à ce qui était affirmé dans certaines études précédentes (Ueno, 2005; Williams et collab., 2005) où avait été constatée une lacune du soutien social offert aux populations de jeunes appartenant à des minorités sexuelles (toutes ethnies confondues). Toutefois, les études d'Ueno et de Williams et collab. étaient axées sur des jeunes appartenant à des minorités sexuelles, alors que notre échantillon entier consistait en des adultes séropositifs (le plus jeune participant de notre cohorte étant âgé de 26 ans). Nos résultats pourraient être expliqués par une théorie qui gagne du terrain voulant que la santé mentale s'améliore avec l'âge chez les PVVS (Stewart, Clanfrini et Walker, 2005; Bastardo et collab., 2000; Brennan, Emler, Brennenstuhl et Rueda, 2013; Monette et collab. 2011). Cependant, étant donné ces conclusions, nous sommes également intéressés par le rôle que peuvent jouer les communautés et les cultures autochtones dans l'estompement des effets de l'homophobie.

Chez les AVVS participants, les hommes se sont déclarés en meilleure santé mentale que le groupe englobant les femmes et les participants transgenres. Ceci démontre que le genre demeure un important prédicteur de la santé mentale même une fois contrôlés les effets d'autres variables liées à la démographie et aux marqueurs liés au VIH. En raison des risques de divulgation par recoupements, il n'a pas été possible d'analyser séparément les femmes cisgenres (non transgenre) et les transgenres (n=4) participant à l'étude. Il est raisonnable de s'attendre à ce que le soutien social et l'état de santé des personnes transgenres diffèrent de celui des femmes participantes, mais nos données ne permettent pas de dégager cette conclusion. Il serait important que de futures recherches analysent les données selon des regroupements détaillés et en prenant en considération le sexe et le genre afin d'améliorer la compréhension des besoins uniques quant au soutien social et à la santé de ces gens et la réponse à ces besoins. En fait, des études mondiales interculturelles ont démontré de façon récurrente la susceptibilité des femmes d'être atteintes d'une maladie mentale comparativement aux hommes (Organisation mondiale de la Santé, 2000; Seedat et collab., 2009). Nos résultats l'admettent : l'état de santé mentale chez le groupe englobant les femmes et les participants transgenres était significativement inférieur à celui des hommes participants. De nombreuses raisons ont été suggérées pour justifier le risque plus élevé d'une santé mentale lacunaire chez la femme, la vulnérabilité biologique (Kessler, 2003; Young, Korszun et Altemus, 2002) et l'inégalité sociale (Schulz, Israel, Williams, Parker, 2000) étant largement en cause. Notamment, aucune différence n'a été relevée quant au niveau de soutien social entre le groupe d'hommes et celui englobant les femmes et les participants transgenres de notre échantillon, ce qui confirme les publications précédentes (Stewart et collab., 2005).

Forces et limitations de l'étude

En raison de la nature de l'ensemble des données, certaines forces sont inhérentes aux données uniques présentées dans l'étude PSHP. Premièrement, ce sondage PSHP s'adresse exclusivement aux personnes séropositives, ce qui permet de concentrer l'étude sur un groupe de participants qui, autrement, pourrait être sous-représenté dans un sondage général sur la santé. Ce sondage

nous permet de commenter l'état du soutien social et de la santé chez les populations autochtones et bispirituelles. De plus, le sondage PSHP est communautaire; il est axé sur la défense des intérêts et illustre de façon exemplaire les principes du GIPA.

Certaines limitations doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats de cette étude. À la lumière du fait que les stratégies de recrutement du PSHP avaient prioritairement recours à des organismes de services liés au sida, des organismes communautaires et d'autres centres de soutien, les participants recrutés étaient susceptibles de représenter celles des personnes vivant avec le VIH en Ontario qui sont en relation avec des services de soutien plutôt que l'ensemble des personnes séropositives. Ce biais dans la sélection de la cohorte limite la portée de la généralisation des résultats à des populations élargies de PVVS ou d'AVVS. En outre, notre dépendance envers les variables liées à l'auto-identification des participants quant à l'orientation sexuelle et au genre constituait un autre sujet de préoccupation. En raison du faible nombre de participants transgenres dans le sous-échantillon d'AVVS, les femmes et les participants transgenres ont dû être combinés en une seule catégorie « non mâle » afin que soit protégé leur anonymat. C'est pourquoi il n'a pas été possible d'établir une différence entre la disponibilité du soutien social et l'état de santé chez les AVVS appartenant à la catégorie regroupant les femmes et les participants transgenres.

Recherches à venir

D'autres recherches approfondies doivent être menées afin de bien comprendre le rôle que joue le soutien social dans l'amélioration de la santé chez les personnes autochtones et bispirituelles vivant avec le VIH et le sida au Canada. Notamment, des efforts soutenus seront nécessaires pour acquérir des connaissances poussées sur le rôle du soutien social dans la détermination de l'état de santé physique chez les AVVS, de préférence à partir d'une cohorte plus importante. Une comparaison de l'efficacité et de l'importance du soutien social entre les AVVS et les non autochtones participants pourrait aider à contextualiser les résultats présentés dans cet article au sein d'une population canadienne élargie. Ce travail peut aider à justifier des programmes de soutien social et à favoriser les organismes communautaires et les organismes de services liés au sida; il peut également aider à leur développement et à leur expansion. Les expériences et les besoins uniques des personnes bispirituelles doivent être explorés dans le contexte d'une communauté autochtone élargie par des recherches approfondies. De plus, à long terme, l'analyse de l'interaction entre le soutien social et la santé chez les AVVS permettrait d'informer la promotion de la santé et les interventions en santé publique. Enfin, ce travail ayant recouru aux connaissances occidentales dominantes selon lesquelles une distinction est faite entre l'orientation sexuelle et le genre, les recherches futures devraient recourir de façon proactive aux méthodes d'acquisition de connaissances indigènes et y adhérer (par exemple, simplement en incluant une question explicite concernant l'identité bispirituelle).

CONCLUSION

En tout, 79 AVVS ont participé au sondage de base *Positive Spaces Healthy Places* en 2006. La majorité de ces participants ont déclaré appartenir au sexe masculin (n=52/79; 65,8 %) et aux Premières Nations (n=50/79; 63,3 %). Plus de la moitié des AVVS étaient bispirituels (n=43/79;

54,5 %) et avaient terminé leurs études secondaires ou une forme d'éducation postsecondaire (n=48/79; 60,8 %). Globalement, sur la base du MOS-HIV, les réponses des participants ont obtenu un pointage global « modéré » quant au soutien social (64,4 %); un pointage « faible » quant à la santé mentale (43,6 %) et un pointage « faible » quant à la santé physique (44,8 %). La régression linéaire multivariée a démontré que le fait d'être plus âgé, d'être de sexe masculin et d'avoir un bon soutien émotionnel ou instructif et un bon soutien affectif sont des prédicateurs d'une bonne santé mentale chez les AVVS. Notre échantillon n'a pas démontré de lien significatif entre la santé physique et le soutien social. Globalement, les AVVS en Ontario déclarent un pointage « faible » quant à la santé physique et à la santé mentale comparativement aux personnes séropositives d'autres ethnies (pour des exemples, consulter Monette et collab., 2011). Cependant, il ne semble exister aucune disparité sur l'état de santé ni sur la disponibilité du soutien social entre les AVVS bispirituels et hétérosexuels dans cet échantillon. Néanmoins, une augmentation des services de soutien social (surtout ceux axés sur l'amélioration du soutien émotionnel ou instructif et du soutien affectif) pourrait aider à améliorer la santé mentale des AVVS. Ces résultats démontrent la nécessité d'augmenter le nombre de programmes pour le soutien social et la santé mentale, lesquels doivent être culturellement pertinents de façon à améliorer la qualité de vie des AVVS. Tout particulièrement, les services et les programmes pour le soutien social et la santé mentale pour les AVVS et la mise en œuvre de tels programmes devraient porter une attention particulière aux besoins des femmes et des jeunes. Le soutien social est un facteur important à considérer dans le développement de stratégies et de programmes pour subvenir aux soins des AVVS et leur apporter du soutien.

RECOMMANDATIONS

Ces résultats appuient la nécessité de programmes pour la santé mentale et pour le soutien social culturellement accessibles aux AVVS. Nous recommandons que le besoin de soutien social soit pris en considération dans le développement de programmes futurs, lorsque possible (par exemple, par son intégration dans la livraison de services de logement et de soins de santé). Plus précisément, une attention particulière doit être apportée aux connaissances se rapportant au soutien social chez les AVVS, et ces connaissances doivent être intégrées dans les campagnes, les programmes, les services et les interventions en lien avec la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. (2011). Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Le VIH/sida chez les Autochtones au Canada. Récupéré de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/8-fra.php>.

Agence de la santé publique du Canada (2011). Feuille de renseignements sur le VIH/sida : Les femmes. Récupéré de : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/pr/sec7-fra.php>

Association canadienne pour la santé mentale (2013). Women's Mental Health (en anglais). Récupéré de : <http://www.ontario.cmha.ca/women.asp>.

Bastardo, M. Kimberlin, C.L. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela (en anglais). *AIDS Care*, 12(5) : 673-684.

Bauer, G.R, Travers, R., Sconlon, K., Coleman, T.A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey (en anglais). *BMC Public Health*, 12 : 292-311.

Bekele, T., Rourke, S.B., Tucker, R., Greene, S., Sobota, M., Joornstra, J., Monette, L., Reuda, S., Bacon, J., Watson, J., Hwang, S.W., Dunn, J., Guenter, D. (2013). Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS (en anglais). *AIDS Care*, 25(3) : 337-346.

Brennan, D.J., Emler, C.A., Brennenstuhl, S., Rueda, S. (2013). Socio-demographic profile of older adults with HIV/AIDS: Gender and Sexual Orientation Differences (en anglais). *La Revue canadienne du vieillissement*, 32(1) : 31-43.

Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., Gehlbach, S.H. (1983). The Epidemiological Evidence for a Relationship between Social Support and Health (en anglais). *American Journal of Epidemiology*, 117(5) : 521-537.

Burgoyne, R., Renwick, R. (2004). Social Support and Physical Health (en anglais). *Social Science & Medicine*, 58(7) : 1353-1266.

Carpenter, K.M., Fowler, J.M., Maxwell, L. Andersen B.L. (2010). Direct and Buffering Effects of Social Support among Gynecologic Cancer Survivors (en anglais). *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1) : 79-90.

Charyton, C., Elliot, J.O., Lu, B., Moore, J.L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy (en anglais). *Epilepsy & Behavior*, 16(4) : 640-645.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Mental Illness Surveillance Among Adults in the United States (en anglais). Récupéré de : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6003a1.htm>.

Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis (en anglais). *Psychology Bulletin*, 98 : 310-357.

Himle, D.P., Jayaratne, S., Thyness, P. (2008). The Effects of Emotional support on burnout, work stress and mental health among Norwegian and American Social workers (en anglais). *Journal of Social Service Research*, 13 : 27-45.

IBM Corp., lancé en 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 (logiciel en anglais) Armonk, NY : IBM Corp.

Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of Women and Depression (en anglais). *Journal of Affective Disorders*, 74(1) : 5-13.

Mezuk, B., Roux, A.V., Seeman, T. (2010). Evaluating the buffering vs. direct effects hypotheses of emotional social support on inflammatory markers: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (en anglais). *Brain, Behavior, and Immunity*, 24 : 1294-1300.

Moak, Z.B., Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions (en anglais). *Journal of Public Health*, 32(2) : 191-201.

Monette, L.E., Rourke, S.B., Gibson, K., Bekele T.M., Tucker R., Greene S., Sobota M., Koornstra, J., Byers, S., Marks, E., Bacon, J., Watson, J., Hwang S.W., Ahluwalia, A., Dunn, J.R., Guenter, D., Hambly, K., Bhuivan, S. (2011). Inequalities in Determinants of Health Among Aboriginal and Caucasian Persons Living with HIV/AIDS in Ontario: Results from the Positive Spaces,[sic] Healthy Places Study (en anglais). *Canadian Journal of Public Health*, 102(3) : 215-219.

Monette, L., Rourke, S.B., Tucker, R., Greene, S., Sobota, M., Joornstra, J., Byers, S., Ahluwalia, A., Bekele, T., Bacon, J., Johnston, C., Hwang, S., Dunn, J., Guenter, D. (2009). Housing Status and health Outcomes in Aboriginal People living with HIV/AIDS in Ontario: The Positive Spaces,[sic] Healthy Places Study (en anglais). *Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida*, 2 : 41-60.

O'Connell J.M.; Lampinen, T.M., Weber, A.E., Chan, K., Miller, M.L., Schechter, M.T. (2004). Sexual risk profile of young men in Vancouver, British Columbia who have sex with men and inject drugs (en anglais). *AIDS and Behavior*, 8(1) 17-23.

Organisation mondiale de la Santé. (2000) Women's mental health: An evidence based review (en anglais). Récupéré de : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_mdp_00.1.pdf

Patrick A.B., Chamot, E., Perneger, T.V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults (en anglais). *Quality of Life Research*, 13 : 161-170.

Positive Spaces Healthy Places (2013). An innovative Community-Academic-Policy Partnership Moving Research into Action (en anglais). Récupéré de : www.pshp.ca

Rand Organization. (2013). Medical Outcomes study: Social Support Survey Scoring Instructions (en anglais). Récupéré de : http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_socialsupport_scoring.html

Revicki, D.A., Sorensen, S., Wu, A.W. (1998). Reliability and validity of physical and mental health summary scores from the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (en anglais). *Medical Care*, 36(2) : 126-137.

Richmond, C.A., Ross, N.A., Egeland, G.M. (2007). Social Support and Thriving Health: A New Approach to Understanding the Health of Indigenous Canadians(en anglais). *American Journal of Public Health*, 97(9) : 1827-1833.

Ristock, J., Zoccole, A., Passant, L. (2010). Aboriginal Two-Spirit and LGBTQ Migration, Mobility and Health Research Project: Winnipeg, Final Report (en anglais). Récupéré de : <http://www.2spirits.com/PDFolder/MMHReport.pdf>

Schulz, A., Israel, B., Williams, D., Parker, E., Becker, A., James, S. (2000). Social Inequalities, stressors and self reported health status among African American and white women in the Detroit metropolitan area (en anglais). *Social Science & Medicine*, 51 : 1639-1653.

Seedat, S., Scott K.M., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Brugha T.S., Demyttenaera, K., Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M.E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.E., Posada-Villa, J., Sampson, N.A., Williams, D., Kessler, R. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys (en anglais). *Archives of General Psychiatry*, 66(7) : 785-795.

Sherbourne, C.D., Stewart, A.L. (1991). The MOS HIV social support survey (en anglais). *Social Science & Medicine*, 32(6) : 705-714.

Stephens, C., Nettleton, C., Porter, J., Willis, R., Clark, S. (2005). Indigenous peoples' health – why are they behind everyone, everywhere? (en anglais) *The Lancet*, 366(1) : 10-13.

Stewart, K.E., Clanfrini, L.R., Walker, J.F. (2005). Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the deep south of the United States (en anglais). *AIDS Care*, 17(3) : 350-358.

Tamers, S.L.; Beresford, S.A., Thompson, B., Zheng, Y., Cheadie, A.D. (2011). Exploring the

role of co-worker social support on health care utilization and sickness absence (en anglais). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(7) 751-757.

Taylor, S.E. (2011). Social Support: A Review (en anglais). *The Oxford Handbook of Health Psychology*. New York, NY : Oxford University Press.

Turner-Cobb, M., Felton-Gore, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., Spiegel, D. (2002). Coping, Social Support, and Attachment Style as Psychosocial Correlates of Adjustment in Men and Women with HIV/AIDS (en anglais). *Journal of Behavioral Medicine* 25(4) : 337-353.

Ueno, K. (2005). Sexual Orientation and Psychological Distress in Adolescence: Examining Interpersonal Stressors and Social Support Processes (en anglais). *Social Psychology Quarterly*, 68(3) : 258-277.

Viswesvaran, C., Sanchez, J.I., Fisher, J. (1999). The Role of Social Support in the Process of Work Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Vocational Behavior* (en anglais), 54(2) : 314-334.

Williams, A.W., Ware J.E., Donald, C.A. (1981). A Model of mental health, life events and social support applicable to general populations (en anglais). *Journal of Health and Social Behavior*, 22 : 324-336.

Williams, T., Connolly, J., Pepler, D., Craig, W. (2005). Peer Victimization, Social Support, and Psychosocial Adjustment of Sexual Minority Adolescents (en anglais). *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5) : 471-482.

Wu, A.W. (1997). Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcome Study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Quality of Life Research*, 6 : 481-493.

Young, E.A., Korszun, A., Altemus, M. (2002). *Women's Mental Health – A comprehensive textbook* (en anglais). New York, NY : The Guilford Press.