



RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique -
Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes – Personnes provenant de pays où le VIH est endémique est disponible sur Internet à l'adresse suivante :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/africacaribbe/index-fra.php>

Also available in English under the title:

Population-Specific HIV/AIDS Status Report – People from Countries where HIV is Endemic

On peut se procurer ce rapport :

Par la poste :

Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

Pré Tunney

Indice de l'adresse : 0601A

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Ou auprès du :

Réseau canadien d'info-traitements sida

555, rue Richmond Ouest, bureau 505

Case postale 1104

Toronto (Ontario) M5V 3B1

Tél : 416-203-7122 or 1-800-263-1638

Télééc. : 416-203-8284

Courriel : info@catie.ca

Site web : www.catie.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2009

Cat. : HP40-43/2009F Cat. (En ligne) : HP40-43/2009F-PDF

ISBN : 978-1-100-92361-1 ISBN (En ligne) : 978-1-100-91970-6



RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

**Personnes provenant de pays où le VIH est endémique -
Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada**

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



AVANT-PROPOS

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est fière de publier, avec l'appui de nombreux partenaires, le présent rapport d'étape qui est le premier d'une série de huit rapports de synthèse des données probantes actuellesⁱ sur les répercussions du VIH/sida chez les populations clés au Canada. Nous encourageons les communautés, les gouvernements, les praticiens de la santé publique, les organismes non gouvernementaux, les chercheurs et les autres intéressés à utiliser ce rapport pour éclairer l'orientation future des politiques, des programmes et de la recherche sur le VIH/sida de sorte à améliorer la santé et le bien-être des personnes provenant de pays où le VIH est endémiqueⁱⁱ.

Cette série de rapports d'étape a été lancée afin d'appuyer les mesures énoncées dans l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canadaⁱⁱⁱ, le cadre d'investissement fédéral du gouvernement du Canada dans la lutte contre le VIH/sida, et de fournir une base complète de données probantes aux autres partenaires et intervenants qui participent à la réponse au Canada. L'initiative fédérale, qui a été mise sur pied en 2005, fait état de la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions et d'améliorer les initiatives de prévention, de recherche, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liées au VIH/sida exécutées à l'intention de populations particulières qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque de le contracter. Ces populations

comprennent les personnes vivant avec le VIH/sida, les hommes gais, les utilisateurs de drogue par injection, les Autochtones, les détenus sous responsabilité fédérale, les jeunes à risque, les femmes, et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

En outre, ces rapports d'étape appuient les objectifs du rapport intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*^{iv}. Le rapport *Au premier plan*, qui a été élaboré et lancé en 2005 par des intervenants, renouvelle les efforts collectifs du Canada visant non seulement à lutter contre le VIH/sida mais aussi à éliminer les problèmes sanitaires et sociaux sous-jacents qui contribuent à de nouvelles infections et qui ont un effet dévastateur sur les personnes vivant avec le VIH/sida. Le rapport *Au premier plan* favorise la collaboration et le partage des connaissances, des compétences et des ressources afin que nous puissions, ensemble, éradiquer le VIH.

La rédaction du présent rapport d'étape a été orientée par un groupe de travail national formé d'experts en matière de recherche, d'épidémiologie, de développement communautaire, d'élaboration de politiques et de programmes, et par les expériences vécues de personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Leurs observations et leurs conseils ont permis de rédiger un rapport qui présente les données probantes et les réponses novatrices pertinentes les plus récentes qui existent au Canada à l'heure actuelle.

Ce premier rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes traite des personnes provenant de pays où le VIH est endémique, plus particulièrement la population et les communautés noires de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. C'est la première fois que l'ASPC tente de présenter de façon détaillée de l'information relative au VIH/sida chez cette population. La décision de mettre l'accent sur la population noire vivant au Canada dans le premier rapport découle de la nécessité de mieux comprendre l'épidémie de VIH/sida au

i Il existe un grand nombre de formes différentes de données probantes, notamment des données de recherche, des rapports isolés, et l'expérience personnelle, qui peuvent être diffusées en vue d'améliorer les pratiques. Elles comprennent, mais sans s'y limiter, les suivantes : (1) données de recherche, y compris les conclusions tirées d'études individuelles, d'examen systématiques, et de recherches primaires incluant des recherches communautaires; (2) pratiques éclairées comprenant les pratiques « exemplaires » et les pratiques « judicieuses »; (3) opinion d'expert de chercheurs et de fournisseurs de services; (4) expérience vécue de personnes vivant avec le VIH/sida; (5) rapports et évaluations provenant d'un éventail de sources, dont le gouvernement, des organismes communautaires, des universités et des organismes de financement; (6) données probantes fondées sur les pratiques, y compris des documents de programmes éclairés par la pratique tels que des manuels de formation, des lignes directrices et des exposés de position.

ii Se reporter à l'annexe A pour une liste des pays où le VIH est endémique.

iii On trouvera de plus amples renseignements sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/index-fra.php>

iv On trouvera de plus amples renseignements sur le rapport intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)* à <http://www.premierplan.ca/index.html>

sein de la population noire vivant au Canada, et du fait que la communauté est prête à participer aux démarches et déploie des efforts stratégiques pour s'attaquer au problème par le biais du projet intitulé *Projet donnant l'élan à une stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés noires d'origine canadienne, africaine et des caraïbes*^v et du rapport récemment publié à la suite de celui-ci, intitulé *Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour progresser*^{vi}.

La rédaction de ce premier rapport a permis de dégager un certain nombre de leçons qui influenceront sur les futurs rapports de cette série, y compris la prochaine version du présent rapport, qui est prévue pour 2012. Comme dans le cas de tout travail de cette nature, des limites se sont manifestées au cours des phases de la collecte des données, de l'analyse, et de la production du rapport. Néanmoins, le rapport est exhaustif et renferme de précieux renseignements qui nous permettront de mieux connaître et comprendre l'épidémie. L'ASPC vous invite à lui faire part de vos commentaires sur ce rapport afin d'appuyer l'élaboration des futurs rapports d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes.

Après 25 années d'engagement et d'investissement collectifs, le VIH/sida demeure un problème de santé publique majeur qui exige une intervention concertée. Il est essentiel d'examiner les facteurs et les conditions sous-jacents qui favorisent la résilience ou augmentent la vulnérabilité au VIH, afin de comprendre la meilleure structure à adopter pour mener une lutte efficace et durable contre l'épidémie. C'est dans cette intention que le présent rapport a été rédigé.

v On trouvera de plus amples renseignements sur le Projet donnant l'élan à une stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés noires d'origine canadienne, africaine et des caraïbes à <http://icad-cisd.com/content/home.cfm?lang=f>

vi On trouvera de plus amples renseignements sur le rapport intitulé *Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada* à <http://icad-cisd.com/content/home.cfm?lang=f>

SOMMAIRE

La santé des personnes provenant de pays où le VIH est endémique continue d'être menacée par l'incidence élevée du VIH/sida chez cette population.

Le terme épidémiologique « personnes provenant de pays où le VIH est endémique » s'entend d'une population principalement composée de personnes noires de descendance africaine et caribéenne. Ce groupe forme une communauté diverse, dont les membres sont en grande partie venus au Canada au cours des vagues d'immigration des cinq dernières décennies, bien qu'un certain nombre des Canadiens noirs soient établis au Canada depuis le début des années 1600 et 1700. Les données de recensement indiquent que la population noire s'accroît plus rapidement que la population générale et qu'elle est répartie dans les plus grandes provinces du Canada (l'Ontario et le Québec) et dans les grands centres urbains du pays. Les infections à VIH et les cas de sida suivent une répartition géographique similaire, et les infections nouvellement diagnostiquées ainsi que les nouveaux cas signalés sont concentrés en Ontario (région du Grand Toronto) et au Québec (Montréal), et dans une moindre mesure, dans les principaux centres urbains à l'échelle du pays, notamment Vancouver, Calgary et Ottawa.

Les infections à VIH classées dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique de la catégorie des contacts hétérosexuels sont diagnostiquées à un âge plus jeune que dans l'ensemble de la population et touchent un grand nombre de femmes. Les données de surveillance de l'Ontario révèlent de très forts taux d'infection chez les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais on sait peu de choses à l'heure actuelle quant au nombre global d'hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ayant une infection à VIH à l'échelle nationale. De même, les taux d'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue par injection (UDI) et les détenus noirs ainsi que les taux de co-infection à l'hépatite C ne sont pas bien documentés, ce qui entrave la planification efficace des activités en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

L'immigration ne peut à elle seule expliquer la prévalence élevée du VIH et du sida chez cette population. Le Canada est maintenant en mesure de repérer, au moyen de tests, les immigrants et les réfugiés qui sont séropositifs et de les diriger vers les services pertinents. En ce qui concerne les personnes soumises à un test au Canada, les données de surveillance ne permettent pas de déterminer si la transmission du VIH est survenue à l'étranger ou au Canada. Une meilleure compréhension des tendances et des lieux associés à l'acquisition de l'infection permettrait d'améliorer les services de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien à l'intention des personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

Le fait de comprendre des facteurs tels que l'âge, les croyances religieuses et les influences culturelles des immigrants provenant de pays où le VIH est endémique, qu'il s'agisse de Canadiens de 1^{re}, 2^e ou 3^e génération, a une incidence sur notre capacité collective de fournir des services efficaces et particuliers liés au VIH/sida. Par exemple, il n'est pas toujours possible de comprendre les normes et les pratiques culturelles du Canada ou de s'y adapter à court terme pour certains nouveaux immigrants qui se remettent d'expériences traumatisantes vécues dans leur pays d'origine ou tentent de faire face au système canadien d'immigration et d'y naviguer. Ces facteurs relèguent la prévention du VIH/sida à un niveau inférieur de priorité et, en l'absence d'un soutien convenable, peuvent exposer ces personnes à un risque encore plus grand d'infection à VIH.

Les déterminants de la santé influent clairement sur la vulnérabilité de la population noire au VIH/sida. La vulnérabilité d'une personne augmente ou diminue en fonction des facteurs suivants : revenu, niveau d'instruction, chômage, logement, développement de la petite enfance (p. ex., antécédents de mauvais traitements durant l'enfance), environnements physiques et sociaux, accès aux services de santé et à des réseaux de soutien, sexe, antécédents de violence sexuelle, et, dans le cas de cette population en particulier, le fait d'avoir été victime de racisme et d'avoir éprouvé des difficultés liées au processus d'immigration. Le rapport traite en détail de l'expérience vécue de la population en rapport avec ces déterminants et appuie une approche qui s'attaque aux

causes profondes du VIH/sida. La prestation de services adaptés à la culture peut aussi atténuer les répercussions de certains de ces déterminants et contribuer à renforcer les habiletés d'adaptation et la résilience des gens, ce qui peut réduire leur vulnérabilité au VIH/sida. Il n'est pas étonnant que la majorité des projets communautaires examinés en vue de la rédaction du présent rapport mettent l'accent sur l'amélioration des habiletés d'adaptation et de la résilience de la communauté noire ou des membres individuels de celle-ci, en misant sur les expériences, les connaissances et les compétences que l'on retrouve chez les communautés noires à l'échelle du pays.

Certaines pratiques et normes culturelles de la communauté noire augmentent la vulnérabilité de cette population au VIH et entravent l'accès aux services des personnes noires vivant avec le VIH/sida. De la même façon, ces personnes font face à la stigmatisation et à la discrimination raciale au sein de la société canadienne en général.

Reflétant la répartition géographique de la population noire et la prévalence du VIH et du sida à l'échelle du pays, les services et les activités liés au VIH/sida qui ciblent les personnes provenant de pays où le VIH est endémique sont concentrés dans les grands centres urbains du Canada. Dans les centres de moindre envergure, les organismes communautaires de lutte contre le sida offrent de plus en plus de services visant à combler les besoins des personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Le rapport indique qu'en plus des services offerts par le biais des systèmes gouvernementaux réguliers de santé publique et de services sociaux et de santé, les quatre types d'organismes suivants fournissent des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien à la communauté noire au Canada : organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida; organismes ethnoculturels de lutte contre le VIH/sida; organismes ethnoculturels généraux, et autres organismes tels que les centres de santé communautaire. La réponse face au VIH/sida au sein de la population noire est conforme aux modèles classiques de développement communautaire, qui font participer activement les membres de la communauté et les populations touchées à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets et d'activités.

À Toronto, un nombre sans précédent d'organismes divers ont constitué des réseaux en vue de combler les besoins de la communauté noire en matière de VIH/sida et de veiller à ce que les services soient adaptés à la culture. Le modèle, qui est préconisé par la *Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique* du Conseil des africains et caribéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO), met l'accent sur l'importance des partenariats pour ce qui est de renforcer les compétences culturelles et de combler les besoins des populations clés. Les efforts du CACVO ont donné lieu à la création d'autres réseaux d'intervenants à l'échelle de la province et à l'établissement de réseaux nationaux et internationaux.

Le rapport indique les endroits où les activités clés ont lieu à l'échelle du pays, mais très peu de recherches (y compris des recherches communautaires) et d'évaluations exhaustives ont été réalisées afin d'en déterminer l'efficacité pour ce qui est de prévenir de nouvelles infections au VIH ou de combler les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida au sein de la population visée. Il est crucial de disposer de tels renseignements pour élaborer les futures interventions fondées sur des données probantes. Toutefois, on effectue de plus en plus de recherches sur cette population dans un certain nombre de centres urbains, notamment à Vancouver, Calgary, Edmonton, Winnipeg, Windsor, Hamilton, Toronto, Ottawa Gatineau, Montréal, et Halifax et elles devraient permettre d'éclairer les interventions et activités futures.

Les communautés de partout au Canada ont relevé le défi et contribuent aux mesures visant à réduire le nombre croissant d'infections chez cette population et à combler les besoins des personnes noires qui vivent avec le VIH/sida ou risquent de le contracter, au Canada. En dépit de ces efforts importants et considérables, il reste beaucoup à faire. Il faut déployer des efforts efficaces et soutenus pour prévenir la transmission et l'acquisition du VIH/sida et améliorer la qualité de vie des personnes noires vivant avec le VIH/sida, afin de lutter avec succès contre l'épidémie chez cette population. Le Canada dispose de la capacité requise et d'une assise solide pour agir.

REMERCIEMENTS

L'ASPC tient à remercier les personnes, les représentants de la population, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. Nous remercions en particulier les experts-conseils Dionne A. Falconer de DA Falconer & Associates Inc., Joni Campbell, la D^{re} Lynne Leonard, le Dr Robert Remis, le personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'ASPC ainsi que les employés régionaux pour leurs contributions instructives à diverses étapes de la réalisation du rapport.

Membres du groupe de travail

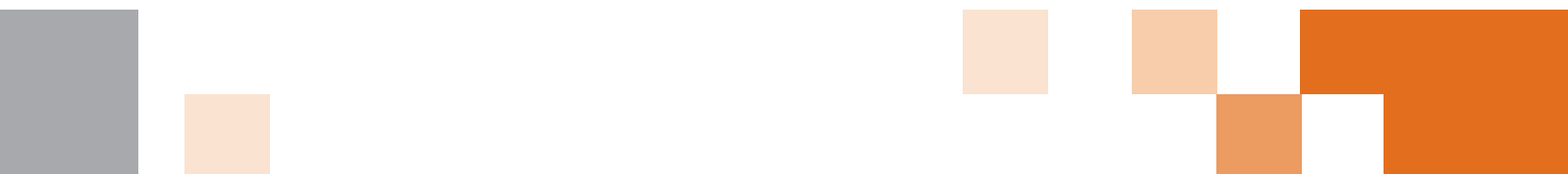
L'ASPC tient également à remercier les membres du groupe de travail pour l'engagement exceptionnel dont ils ont fait preuve et pour avoir veillé à ce que le présent rapport reflète de façon précise la réalité de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

- D^r Alix Adrien, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Montréal, QC)
- David Boulos, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CLMTI, ASPC (Ottawa, ON)
- Nalda Callender, Fondation nationale du congrès des femmes noires (Vancouver, C.-B.)
- D^r David Divine, Université Dalhousie (Halifax, N.-É.)
- Anita Fervaha, région de l'Ontario et du Nunavut, ASPC (Toronto, ON)
- Jennifer Gunning, Instituts de recherche en santé du Canada (Ottawa, ON)
- Marie-Anésie Harérimana (remplaçants : Jérémie Butoyi et Vincent Vegetarian), Centre de ressources et d'interventions en santé et sexualité^{vii} (Montréal, QC)
- Alain Houde, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, CLMTI, ASPC (Ottawa, ON)
- Arlene Hunte, Calgary Health Region (Calgary, AB)
- Michael O'Connor, Coalition interagence sida et développement (Ottawa, ON)
- D^r Robert Remis, Université de Toronto (Toronto, ON)
- Wangari Tharao, Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida, centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (Toronto, ON)
- Geneviève Tremblay, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, CLMTI, ASPC (Ottawa, ON)

vii *Le Centre de ressources et d'interventions en santé et sexualité n'existe plus.*

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



LISTE D'ACRONYMES ET DE SIGLES

| | |
|-------------------|---|
| ACRV | Association canadienne de recherche sur le VIH |
| ARV | Antirétroviraux (traitement antirétroviral) |
| ASPC | Agence de la santé publique du Canada |
| CACVO | Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario |
| CIC | Citoyenneté et Immigration Canada |
| CISD | Coalition interagence sida et développement |
| CLMTI | Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections |
| CRSHC | Conseil de recherches en sciences humaines du Canada |
| DSER | Division de la surveillance et de l'évaluation des risques |
| EMR | Examen médical réglementaire |
| F/P/T sida | Comité consultatif fédéral provincial territorial sur le sida |
| Hétéro FR | Contacts hétérosexuels à faible risque (catégorie d'exposition) |
| Hétéro RE | Contacts hétérosexuels à risque élevé (catégorie d'exposition) |
| HRSH | Homme qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes |
| IRSC | Instituts de recherche en santé du Canada |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PVVIH/sida | Personnes vivant avec le VIH/sida |
| RCEV | Réseau canadien pour les essais VIH |
| ROTV | Réseau ontarien de traitement du VIH |
| SCS | Société canadienne du sida |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| UDI | Utilisateurs de drogue par injection |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada

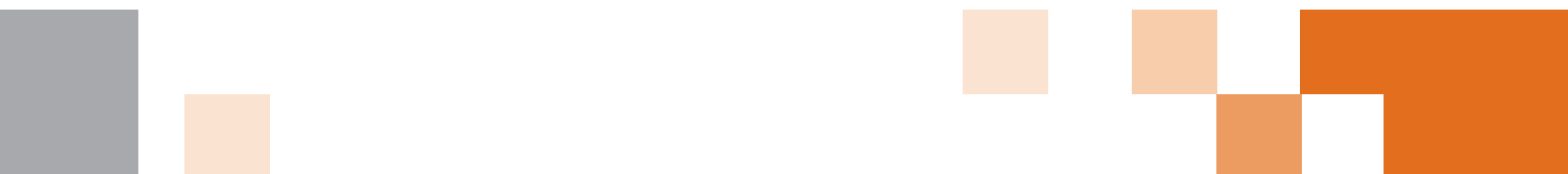


TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-------------|
| Avant-propos | v |
| Sommaire | vii |
| Remerciements | ix |
| Liste d'acronymes et de sigles | xi |
| Table des matières | xiii |
| | |
| Chapitre 1 – Introduction | 1 |
| 1.1 Contexte | 1 |
| 1.2 Méthodologie | 3 |
| 1.3 Bibliographie | 4 |
| | |
| Chapitre 2 - Profil démographique | 5 |
| 2.1 Un peu d'histoire | 5 |
| 2.2 Taille de la population et croissance démographique projetée | 5 |
| 2.3 Emplacement géographique | 5 |
| 2.4 Différences générationnelles..... | 6 |
| 2.5 Tendances en matière d'immigration | 8 |
| 2.6 Âge | 11 |
| 2.7 Sexe | 11 |
| 2.8 Langue | 11 |
| 2.9 Niveau d'instruction..... | 11 |
| 2.10 Emploi..... | 11 |
| 2.11 Revenu | 12 |
| 2.12 État matrimonial | 12 |
| 2.13 Bibliographie | 12 |
| | |
| Chapitre 3 – État de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique | 15 |
| 3.1 Introduction | 15 |
| 3.2 Aperçu de l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes | 16 |
| 3.3 Aperçu de l'épidémie au Canada : personnes provenant de pays où le VIH est endémique | 17 |
| 3.4 Représentation des personnes noires dans diverses catégories d'exposition liées aux rapports de tests positifs pour le VIH et aux cas de sida..... | 20 |
| 3.4.1 Catégories d'exposition des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et des utilisateurs de drogue par injection | 21 |
| 3.5 Sexe | 22 |
| 3.6 Transmission périnatale..... | 23 |
| 3.7 Âge | 24 |
| 3.8 Immigration et surveillance du VIH/sida | 24 |
| 3.9 Souche du virus et résistance aux médicaments | 26 |
| 3.10 Bibliographie | 28 |
| | |
| Chapitre 4 - Vulnérabilité au VIH/sida | 31 |
| 4.1 Déterminants de la santé..... | 31 |
| 4.1.1 Revenu, niveau d'instruction et emploi..... | 31 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 4.1.2 | Réseaux de soutien social | 32 |
| 4.1.3 | Environnements sociaux et culture..... | 32 |
| 4.1.4 | Environnements physiques..... | 34 |
| 4.1.5 | Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles..... | 35 |
| 4.1.6 | Développement sain durant l'enfance..... | 37 |
| 4.1.7 | Patrimoine biologique et génétique..... | 37 |
| 4.1.8 | Services de santé..... | 38 |
| 4.1.9 | Sexe | 39 |
| 4.2 | Autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH/sida des personnes noires | 40 |
| 4.2.1 | Violence sexuelle | 40 |
| 4.2.2 | Racisme | 40 |
| 4.2.3 | Immigration | 42 |
| 4.3 | Bibliographie | 43 |
| Chapitre 5 - Recherche actuelle sur le VIH/sida..... | | 47 |
| 5.1 | Recherche financée..... | 47 |
| Chapitre 6 - La réponse au VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique | | 59 |
| 6.1 | Méthodologie..... | 59 |
| 6.2 | La réponse au VIH/sida au Canada - aperçu..... | 59 |
| 6.3 | Stratégies ciblant des populations distinctes..... | 60 |
| 6.4 | Réseaux et coalitions ciblant des populations distinctes..... | 61 |
| 6.5 | Analyse de la réponse | 61 |
| 6.5.1 | Répartition géographique des projets | 62 |
| 6.5.2 | Âge..... | 62 |
| 6.5.3 | Immigration | 63 |
| 6.5.4 | Conditions socio-économiques | 64 |
| 6.5.5 | Stigmatisation, discrimination, pratiques et normes culturelles qui influent sur l'accès aux services | 64 |
| 6.5.6 | Populations au sein de la population noire..... | 66 |
| 6.6 | Bibliographie | 66 |
| Chapitre 7 – Conclusion..... | | 69 |
| 7.1 | Bibliographie | 70 |
| Liste bibliographique complète..... | | 71 |
| Annexe A | | 77 |
| | Liste des pays où le VIH est endémique | 77 |
| Annexe B | | 79 |
| 1) | Termes utilisés aux fins des recherches | 79 |
| 2) | Bases de données consultées..... | 81 |
| 3) | Principaux sites internet..... | 81 |



| | |
|---|-----------|
| Annexe C | 83 |
| Modèle de collecte d'information | 83 |
| Annexe D | 85 |
| Organismes qui participent à la réponse au VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada | 85 |

Liste des figures et tableaux

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Catégories de population | 1 |
| Figure 2 : Répartition de la population noire par provinces/territoires | 6 |
| Figure 3 : Nombre annuel d'immigrants originaires des Caraïbes au Canada, 1950-2001 | 8 |
| Figure 4 : Nombre annuel d'immigrants originaires de l'Afrique subsaharienne au Canada, 1950-2001 | 9 |
| Figure 5 : Proportion de la population immigrante, selon la période d'arrivée et la région d'origine, Canada 2001 | 9 |
| Figure 6 : Régions de naissance des populations immigrantes noires, Canada 2001 | 10 |
| Figure 7 : Hiérarchie de risque | 15 |
| Figure 8 : Nombre estimatif de cas de VIH prévalents au Canada selon la catégorie d'exposition, 2005 | 17 |
| Figure 9 : Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, et proportion de tous les rapports positifs pour le VIH, par année, 1998-2006 | 18 |
| Figure 10 : Nombre de cas de sida déclarés qui sont attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, et proportion de tous les cas de sida, par année, 1998-2004 | 18 |
| Figure 11 : Nombre de cas de sida déclarés par province/territoire et répartition proportionnelle nationale (%) de tous les cas de sida dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, jusqu'au 31 décembre 2006 | 19 |
| Figure 12 : Nombre et proportion de cas de VIH signalés selon la catégorie d'exposition et la race/l'origine ethnique, Toronto, 1980-2004 et Ottawa, 1983-2004 | 21 |
| Figure 13 : Nombre total de cas de sida toutes catégories d'exposition confondues au sein du groupe de race/d'origine noire en Ontario, 1981 à 2004 | 22 |
| Figure 14 : Nombre et proportion des diagnostics de VIH chez les personnes de sexe féminin selon l'année ou les diagnostics et la catégorie d'exposition, Ontario 2005 | 23 |
| Figure 15 : Nombre cumulatif de bébés canadiens exposés au VIH par voie périnatale, selon l'origine ethnique, 1984-2006 | 24 |
| Figure 16 : Proportion (%) de résultats positifs obtenus au test de dépistage du VIH dans le cadre de l'EMR et lieu géographique de naissance du demandeur, 15 janvier 2002 au 31 décembre 2006 | 25 |
| Figure 17 : Souches de VIH | 26 |
| Figure 18 : Répartition des souches VIH-1 B et non-B au Canada 1984 – 31 mars 2005 | 27 |
| Figure 19 : Répartition des souches VIH-1 B et non-B dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique au Canada 1984 – 31 mars 2005 | 27 |
| Figure 20 : Ventilation des projets selon les catégories d'organismes | 62 |

| | |
|--|---|
| Tableau 1 : Population noire selon le groupe d'âge et le statut d'immigrant, Canada 2001 | 7 |
|--|---|

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



CHAPITRE 1 - Introduction

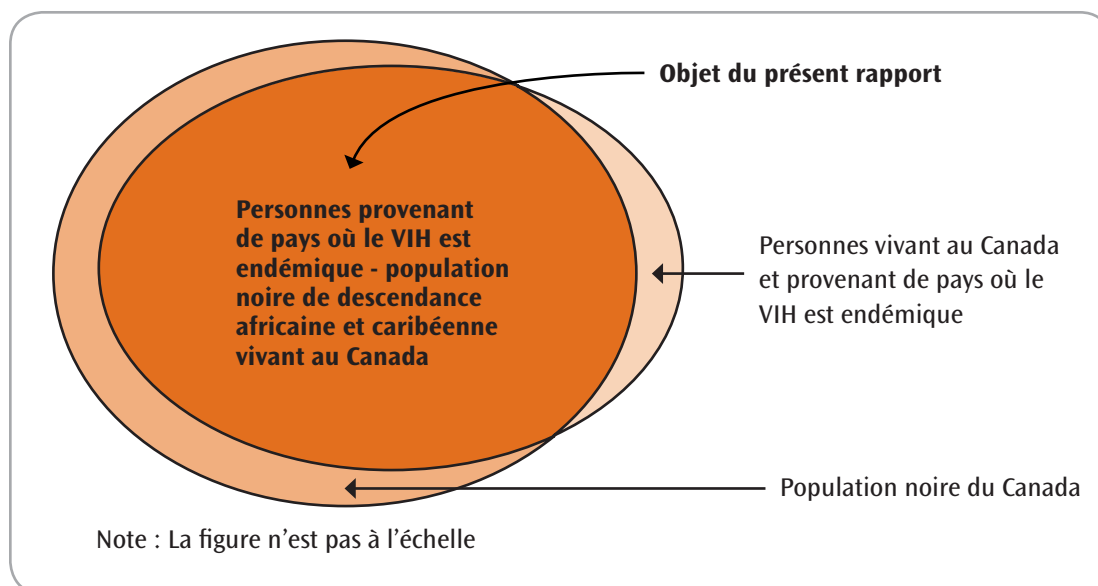
1.1 Contexte

Le présent rapport traite de la population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada et provenant de pays où le VIH est endémique. La plupart des sources de données et de renseignements utilisées aux fins de ce rapport ne mentionnent pas nécessairement cette population mais plutôt la population noire du Canada ou le terme épidémiologique « personnes provenant de pays où le VIH est endémique ». La décision d'inclure des renseignements sur la population noire dans le présent rapport a été dictée par le fait qu'au Canada pendant la période entre 1998 et 2006, la vaste majorité des personnes ayant obtenues un test de dépistage positif et dont l'exposition a été classée dans la sous-catégorie épidémiologique d'exposition au VIH endémique par contacts hétérosexuels ont

été associées sur le plan de l'origine ethnique à la population noire (92,7%) [1].

Comme l'indique la figure 1, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique - population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada (faisant l'objet du présent rapport) sont représentées dans le chevauchement de ces deux principales sources de données ou catégories de population. Compte tenu du peu de données disponibles concernant cette population distincte, le présent rapport fournira à l'occasion des renseignements sur la population noire du Canada, principalement dans le but d'aider à déterminer les conditions ou les facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH et au sida, ainsi que sur les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, plus particulièrement lorsqu'il s'agira de décrire l'état de l'épidémie.

Figure 1 : Catégories de population



Le terme « personnes provenant de pays où le VIH est endémique » est un terme épidémiologique souvent utilisé dans le cadre des activités de surveillance et de recherche portant sur le VIH/sida. Le terme « VIH endémique » fait référence à la situation de pays ou de populations :

- dont le rapport Hommes-femmes est de 2:1 ou moins, ou
- où la prévalence du VIH est de 2% ou plus chez les femmes recevant des soins prénataux, ou

- où la prévalence de l'infection à VIH est élevée^{viii} dans la population adulte (généralement de 1 % ou plus) et où la voie prédominante de transmission du VIH est le contact hétérosexuel [1].

D'après les données de surveillance communiquées au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), les pays où le VIH est endémique sont principalement situés dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne, où les populations sont à prédominance noire. En se fondant sur les rapports de l'ONUSIDA et d'autres données, l'ASPC a dressé une liste des pays où le VIH est endémique afin d'appuyer ses efforts de surveillance (se reporter à l'annexe A pour la liste des pays).

Les communautés noires du Canada sont diverses – sur les plans ethnique, culturel, linguistique et religieux. Elles se composent de personnes qui sont établies au Canada depuis de nombreuses générations, et de nouveaux arrivants. Il est nécessaire de reconnaître cette diversité pour réduire les stéréotypes, la stigmatisation et la discrimination éventuels tout en reconnaissant les points communs et les différences qui existent au sein des communautés noires et entre celles-ci. Par exemple, un grand nombre de nouveaux arrivants au Canada, y compris ceux d'origine ethnique associée à la population noire, font face aux mêmes défis en matière d'immigration, sans égard à leur pays d'origine. Toutefois, les réalités des populations noires de troisième et quatrième génération vivant à Halifax, par exemple, sont différentes de celles de nouveaux immigrants d'origine africaine et caribéenne vivant à Toronto ou à Calgary.

En règle générale, afin de maintenir la spécificité du présent rapport, nous n'y avons pas inclus l'information extraite au sujet du VIH/sida dans les communautés ethnoculturelles, immigrantes, ethnoraciales ou réfugiées dans l'ensemble qui ne mentionnait pas expressément

viii Prévalence : Le nombre total de personnes atteintes d'une maladie ou d'une condition de santé particulière, qui vivent dans une population à un moment donné; c.-à.-d., selon les estimations de la prévalence totale, 58 000 personnes vivaient avec le VIH/sida au Canada à la fin de 2005.

les personnes d'origine noire, africaine, caribéenne ou provenant de pays où le VIH est endémique.

Ce rapport d'étape présente les données probantes actuelles relatives aux facteurs ou aux conditions qui augmentent ou réduisent la vulnérabilité, et dans une moindre mesure, la résilience à l'infection à VIH et au sida. La vulnérabilité est définie comme résultant de divers facteurs sociaux et économiques qui contribuent à accroître la vulnérabilité d'une personne à l'infection à VIH, y compris la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité de genre, la pauvreté, la violation des droits de la personne, et le manque de sensibilisation au VIH/sida et d'accès aux services d'éducation, de soins de santé et autres [2]. Lorsque ces facteurs sont présents, les gens peuvent adopter des comportements, comme avoir des relations sexuelles non protégées ou utiliser des seringues contaminées, qui les exposent à un risque accru d'infection à VIH. Dans ce contexte, le risque n'est pas une certitude, mais il repose sur une probabilité. Par conséquent, les personnes qui sont exposées à ces facteurs ne connaîtront pas toutes des issues défavorables [3].

Il est important de souligner qu'une personne, un groupe ou une communauté peut réussir à s'adapter aux vulnérabilités grâce à sa capacité de résilience innée, qui est plus efficace en présence de conditions favorisant la résilience qui contribuent à l'acquisition d'habiletés d'adaptation saines [4]. Selon Mangham et coll. (1995), le terme « résilience » est utilisé habituellement pour décrire la capacité de la personne à faire face à une difficulté ou à un stress important, et ce, de façons qui sont non seulement efficaces mais qui peuvent mener à une meilleure capacité de réagir plus tard à une difficulté [3].

Les caractéristiques de personnes résilientes ont été étudiées chez des populations exposées à la guerre, à la pauvreté, et à la maladie chronique. La résilience se compose d'un équilibre entre, d'une part, le stress et les difficultés et, d'autre part, la capacité de faire face à la situation et l'accès à des mécanismes de soutien. Bien que cet équilibre soit idéal, il se peut qu'il ne soit pas permanent. Lorsque le stress devient écrasant, même les personnes qui ont fait preuve de résilience dans le passé peuvent subir des conséquences qui augmentent leur

vulnérabilité. On a constaté que pendant les périodes de transition où le stress augmente, la résilience est encore plus importante [3]. Cela peut-être particulièrement pertinent au présent rapport car beaucoup de gens ont été obligés de faire face à des chocs ou traumatismes majeurs découlant de leurs expériences de la guerre, de la violence, des conditions de vie dans les camps de réfugiés et liées au processus d'immigration, et de s'en remettre. L'intervention communautaire décrite dans le chapitre 6 du présent rapport comprend plusieurs exemples de projets qui témoignent de la résilience de la population noire.

1.2 Méthodologie

Pour appuyer l'élaboration du présent rapport d'étape, l'ASPC a utilisé les services de la firme DA Falconer & Associates Inc.^{ix}, et a établi un groupe d'experts formé d'organismes non gouvernementaux, de représentants des communautés, de représentants de la population, de chercheurs, et d'experts en politiques et en programmes. Les représentants des communautés ont été sélectionnés au sein du comité directeur national du *Projet donnant l'élan à une stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés noires d'origine canadienne, africaine et des caraïbes*, qui a offert de soutenir l'élaboration du présent rapport d'étape. Le groupe d'experts a agi à titre d'organe consultatif et a fourni une orientation et une rétroaction à l'égard du processus, des thèmes et des ébauches du rapport.

La méthodologie relative à chacun des chapitres est conçue pour assurer la synthèse et la présentation des données probantes les plus récentes et pertinentes. L'élaboration du rapport s'est déroulée de janvier 2007 à juillet 2008. Les données démographiques et de recherche proviennent de diverses sources, dont Statistique Canada (recensements de 2001 et 2006). Les données et les renseignements sur le VIH/sida et la vulnérabilité proviennent de l'ASPC, de recherches

publiées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV), de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), de Santé Canada, des provinces et des territoires, d'organismes non gouvernementaux, et d'universités. On a également recueilli directement les observations d'experts clés du domaine concerné.

Des données épidémiologiques et des données de surveillance ont été tirées de rapports publiés par l'ASPC, les provinces et les territoires, l'ONUSIDA, et d'autres données publiées existantes. On a également recueilli des estimations provinciales par le biais de rapports publiés, et le Dr Robert Remis a fourni une analyse plus approfondie des données de l'Ontario.

Des données de recherche et sur les interventions ont été tirées de publications approuvées par des pairs et de la littérature grise publiées entre le 1er janvier 2002 et le 1er janvier 2008, au moyen des termes de recherche suivants : « VIH », « sida », « Canada », « noir », « africain », « caribéen », « endémique », et du nom de pays d'Afrique et des Caraïbes où le VIH est endémique (se reporter à l'annexe B pour une liste des termes clés, ainsi que des bases de données et des principaux sites Internet qui ont été consultés). On a recueilli et analysé des données quantitatives et qualitatives.

Un modèle de collecte d'information a été élaboré (se reporter à l'annexe C) et a été transmis à l'ASPC, à la Société canadienne du sida (SCS), à la Coalition interagence sida et développement (CISD) et au Réseau canadien pour les essais VIH (RCEV). Le modèle a été envoyé par le biais de leurs serveurs de liste respectifs à approximativement 250 organismes, personnes et chercheurs participant à la réponse canadienne au VIH/sida, et ceux-ci ont à leur tour fait circuler le modèle au sein de leurs propres réseaux. Douze semaines après le lancement initial du modèle, on a reçu 28 réponses, qui provenaient principalement d'organismes travaillant avec les communautés noires, y compris cinq réponses de l'ASPC. On a également reçu des réponses de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse. L'ASPC a communiqué avec le Comité consultatif

ix Les membres de l'équipe étaient Dionne A. Falconer, Keisa Campbell et Alexander Lovell.

fédéral provincial territorial sur le VIH/sida (F/P/T sida) et a reçu des renseignements plus précis de toutes les provinces et de tous les territoires. Une analyse détaillée des programmes nationaux et régionaux de l'ASPC en matière de financement de la lutte contre le VIH/sida a aussi été effectuée pour obtenir de l'information sur les projets financés de lutte contre le VIH/sida et sur les personnes provenant de pays où le VIH/sida est endémique. On trouvera de plus amples renseignements sur la façon dont l'analyse a été réalisée au chapitre 6.

L'information comprise dans le présent rapport d'étape provient de sources publiques et de données publiées. Les limites découlant de la rareté des données portant expressément sur la santé de la population noire du Canada [5] ont nuit à l'analyse finale. Par ailleurs, les analyses de données particulières du Recensement du Canada de 2006 relatives à cette population n'ont pas été publiées à temps pour être intégrées au présent rapport d'étape, mis à part quelques exceptions.

1.3 Bibliographie

(1) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada, novembre 2007.

(2) ONUSIDA. Populations clés. Genève, ONUSIDA. Accessible sur Internet : <http://www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp> [cité juin 2008]; 2008.

(3) Agence de la santé publique du Canada. Risque, vulnérabilité, résilience – Implications pour le système de santé. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/frisk_f.html [cité juillet 2008]; février 1997.

(4) Resiliency in Action. What is Resiliency? Ojai: Resiliency in Action. Accessible sur Internet : <http://www.resiliency.com/htm/whatisresiliency.htm> [cité juin 2008]; 2006.

(5) Calgary Health Region. Healthy Diverse Populations: Health and Black Canadians. Calgary: Calgary Health Region. Accessible sur Internet : http://www.crha-health.ab.ca/programs/diversity/diversity_resources/health_div_pops/black.htm [cité juin 2008]; mai 2008.

CHAPITRE 2 - Profil démographique

Le présent chapitre donne un aperçu de caractéristiques démographiques sélectionnées de la population noire du Canada (tel que mentionné au chapitre 1, 92,7% des personnes appartenant à la sous-catégorie épidémiologique d'exposition au VIH endémique ont été associées sur le plan de l'origine ethnique à la population noire). Ce chapitre vise à

mieux faire comprendre la taille, la croissance, la répartition géographique et les tendances en matière d'immigration de la population noire. Puisque l'analyse des données du recensement de 2006 est toujours en cours, nous avons principalement utilisé, à moins d'avis contraire, les données issues du recensement de 2001 pour rédiger la présente section du rapport.

2.1 Un peu d'histoire

| | |
|----------------------------|---|
| Années 1600 | C'est en 1605 qu'on a relevé la présence du premier Noir sur le territoire qui est maintenant le Canada. De 1628 au début des années 1800, l'esclavage des Noirs a existé au Canada et plus particulièrement dans l'Est du pays où s'étaient établis des Loyalistes de l'Empire-Uni qui avaient émigré des États-Unis, emmenant avec eux leurs esclaves. |
| Années 1700 et 1800 | Le Canada a accueilli des Loyalistes noirs à qui l'on avait promis des concessions de terres parce qu'ils avaient appuyé les Britanniques pendant la Révolution américaine. Bon nombre d'entre eux ont décidé de rester au pays et de s'établir en Nouvelle-Écosse, en Ontario et, plus tard, dans l'Ouest du Canada, à la suite de l'ouverture des frontières au milieu des années 1800. |
| Années 1900 | Au début des années 1900, la croissance démographique des Noirs n'a pas suivi celle des autres minorités visibles. À cette époque, la plupart des Noirs au Canada vivaient dans le Sud-Ouest de l'Ontario ou dans les provinces de l'Atlantique. Durant les décennies qui ont suivi, le nombre de Noirs au Canada a progressé lentement. Au cours des années 1960, la réforme de la politique d'immigration a entraîné la suppression du traitement préférentiel des immigrants d'origine européenne et l'établissement d'un système de points et ce, de manière à atteindre l'employabilité maximale dans une économie où la main-d'œuvre qualifiée était devenue une priorité. Cette réforme a entraîné une diversification des pays d'origine des immigrants, qui a eu pour effet d'accroître le nombre d'immigrants noirs en provenance des Caraïbes et de l'Afrique. |

(Source : [1] pp. 1-3).

2.2 Taille de la population et croissance démographique projetée

D'après le recensement de 2006, la population noire du Canada comptait 783 795 membres et ceux-ci constituaient 2,5% de la population nationale et 15,5% de la population des minorités visibles [2]. La population noire forme le troisième groupe minoritaire visible en importance au Canada. De 1991 à 2001, la population noire du Canada s'est accrue de 31%, tandis que la population nationale a connu une croissance de

10% et la population des minorités visibles s'est accrue de 58% [1].

2.3 Emplacement géographique

En 2001, la majorité (97%) des Noirs au Canada vivaient en régions urbaines, et près de la moitié d'entre eux (47% ou 310 500), vivaient dans la région métropolitaine de Toronto. Montréal comptait la deuxième population noire en importance au pays (139 300), représentant plus de 4% de

la population de cette ville [1]. On estime que d'ici 2017, les Noirs formeront 27% de la population des minorités

visibles de Montréal [3]. La figure 2 indique la répartition géographique de la population noire au Canada.

Figure 2 : Répartition de la population noire par provinces/territoires et répartition proportionnelle nationale (%), 2001 (n = 662 215)



(Source [4] pas de p.).

2.4 Différences générationnelles

Le présent rapport compare la proportion de membres de la population noire qui sont des immigrants de première génération^x (nés à l'extérieur du Canada) à la proportion de ceux qui sont nés au Canada. Le tableau 1 présente la

population noire selon le statut d'immigrant et le groupe d'âge en 2001. Il est à noter que 8,2% des immigrants noirs au Canada étaient âgés de moins de 15 ans, comparativement à 54,9% des Noirs non immigrants. Cela s'explique par le fait que presque toutes les personnes de troisième génération^{xi} et un grand nombre de celles

^x Personnes nées au Canada dont les deux parents sont nés à l'extérieur du Canada; ou immigrants naturalisés.

^{xi} Personnes nées au Canada dont les deux parents sont nés au Canada.

de deuxième génération^{xii} faisant partie de la population noire sont nées vers la fin des années 1980 et 1990.

Statistique Canada estime qu'en 2001, 344 000 Noirs, ou 52% de la population noire du Canada, étaient de première génération. Ce chiffre peut en fait être un peu plus élevé parce qu'il est possible qu'un nombre significatif d'immigrants des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne ne se soient pas identifiés comme « Noirs » dans le cadre du recensement. Des éclaircissements reçus de la part de Statistique Canada semblent indiquer que jusqu'à 60 000 autres immigrants provenant de l'Afrique et des Caraïbes sont probablement noirs, mais n'ont pas été pris en compte à ce titre [5].

Un nombre substantiel de personnes de deuxième et de troisième génération faisant partie de la population noire au Canada sont originaires des Caraïbes. Il y a

probablement moins de Noirs de troisième génération au Canada qui sont originaires de l'Afrique subsaharienne, compte tenu du nombre relativement faible de ceux qui sont arrivés avant 1980 (40 000 comparativement à 174 000 originaires des Caraïbes). Chez la population noire âgée de 15 ans et plus, les Noirs de deuxième génération au Canada, ou ceux qui sont nés au Canada dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada, représentaient 19,5% de la population noire [1].

Une sous-population de petite taille mais distincte, composée de descendants des Noirs qui sont arrivés au Canada en provenance des États-Unis au XIX^e siècle, vit au Canada depuis de nombreuses générations. Les membres de cette sous-population vivent surtout en Nouvelle-Écosse et dans les communautés du Sud-Ouest de l'Ontario, et sont principalement répartis de Windsor jusqu'à la région de Niagara, et en moins grand nombre dans l'Ouest

Tableau 1 : Population noire selon le groupe d'âge et le statut d'immigrant, Canada 2001

| Groupe d'âge | Statut d'immigrant | | | | | | Population totale noire des minorités visibles |
|-----------------|---------------------|-------------|----------------|-------------|--------------------------|-------------|--|
| | Population immigrée | % | Non immigrants | % | Résidents non permanents | % | |
| Moins de 15 ans | 28 320 | 8,2% | 163 590 | 54,9% | 3 210 | 16,1% | 195 120 |
| 15 à 24 ans | 42 265 | 12,3% | 63 165 | 21,2% | 5 180 | 25,9% | 110 610 |
| 25 à 34 ans | 66 025 | 19,2% | 33 685 | 11,3% | 6 230 | 31,2% | 105 935 |
| 35 à 44 ans | 82 590 | 24,0% | 15 855 | 5,3% | 3 515 | 17,6% | 101 960 |
| 45 à 54 ans | 60 240 | 17,5% | 9 465 | 3,2% | 1 190 | 6,0% | 70 895 |
| 55 à 64 ans | 39 130 | 11,4% | 5 665 | 1,9% | 325 | 1,6% | 45 110 |
| 65 à 74 ans | 17 425 | 5,1% | 3 850 | 1,3% | 205 | 1,0% | 21 485 |
| 75 ans et plus | 8 255 | 2,4% | 2 715 | 0,9% | 125 | 0,6% | 11 095 |
| Total | 344 255 | 100% | 297 985 | 100% | 19 970 | 100% | 662 210 |

(Source : [7] pas de p.).

xii Personnes nées au Canada dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada.

canadien. Il n'existe pas d'estimation précise de la taille de cette population, mais on sait que 18 000 Noirs vivaient au Canada en 1951 [1], avant le début de la première vague d'immigration en provenance des Caraïbes. D'après les données disponibles et la modélisation, la population noire « indigène » du Canada ne comptait probablement pas plus de 30 000 membres en 2001 selon les estimations, ou environ 5% de la population noire totale [6].

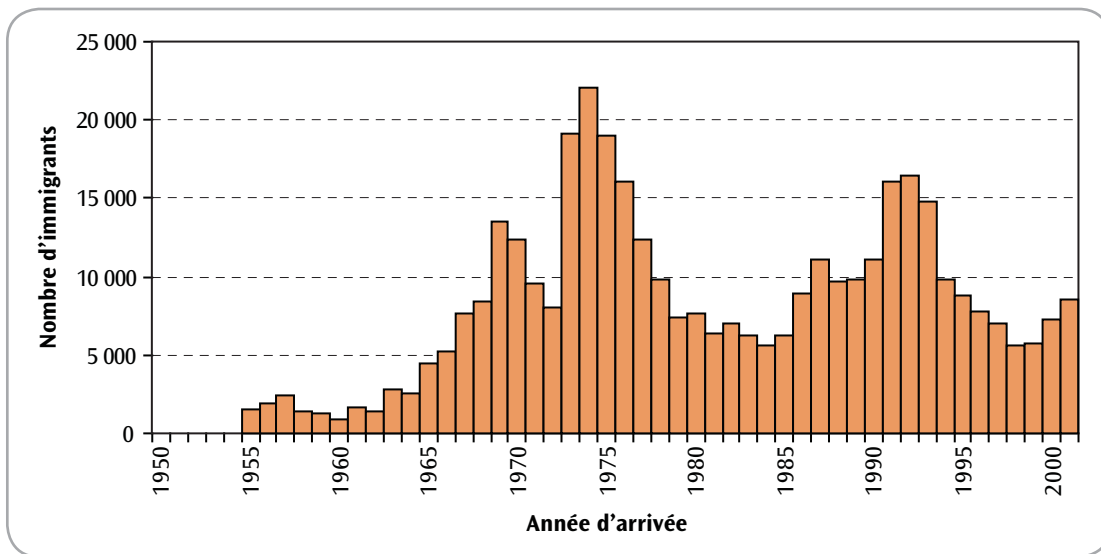
En 2001, 10% de la population noire du Canada était formée de Canadiens de troisième génération. Dans les régions où les Noirs sont établis depuis longtemps, plus de quatre résidents noirs sur cinq (84%) étaient au moins des Canadiens de troisième génération. Plus de 90% des Noirs vivant à Halifax en 2001 étaient nés au Canada, cette proportion étant la plus élevée de toutes les régions métropolitaines de recensement [1]. Il est important de noter que la définition épidémiologique des personnes

provenant de pays où le VIH est endémique ne s'applique pas à ce groupe.

2.5 Tendances en matière d'immigration

La figure 3 présente le nombre d'immigrants au Canada en provenance des Caraïbes selon l'année d'immigration depuis 1950 [8-9]. Une vague substantielle d'immigration a débuté vers la fin des années 1960, atteignant un sommet au cours des années 1970, et a été suivie d'une deuxième vague de moindre envergure vers la fin des années 1980 et le début des années 1990. La Jamaïque était la principale source d'immigrants noirs au cours de cette période, représentant 30 à 40% du total. Haïti était la seconde source en importance, représentant près de 20% des immigrants noirs au cours des années 1970 et 1980 [1].

Figure 3 : Nombre annuel d'immigrants originaires des Caraïbes au Canada, 1950-2001

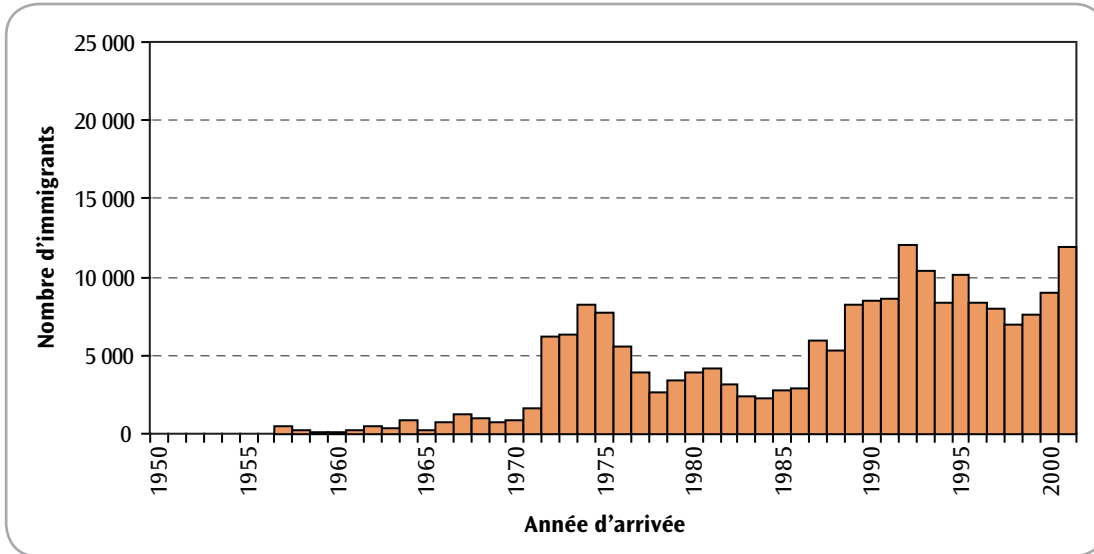


(Source : [8-9] pas de p.).

Le profil de l'immigration en provenance de l'Afrique subsaharienne est différent, comme le montre la figure 4. Relativement peu de Noirs d'Afrique ont immigré au Canada avant les années 1970, et leur nombre a commencé à augmenter en 1972. L'immigration a atteint un sommet moyen vers le

milieu des années 1970, et le nombre d'arrivées a ensuite diminué de nouveau jusqu'à ce qu'une seconde vague, beaucoup plus importante, survienne au cours des années 1990. Cette vague s'est poursuivie jusqu'en 2001, l'année la plus récente pour laquelle il existe des données [8-9].

Figure 4 : Nombre annuel d'immigrants originaires de l'Afrique subsaharienne au Canada, 1950-2001

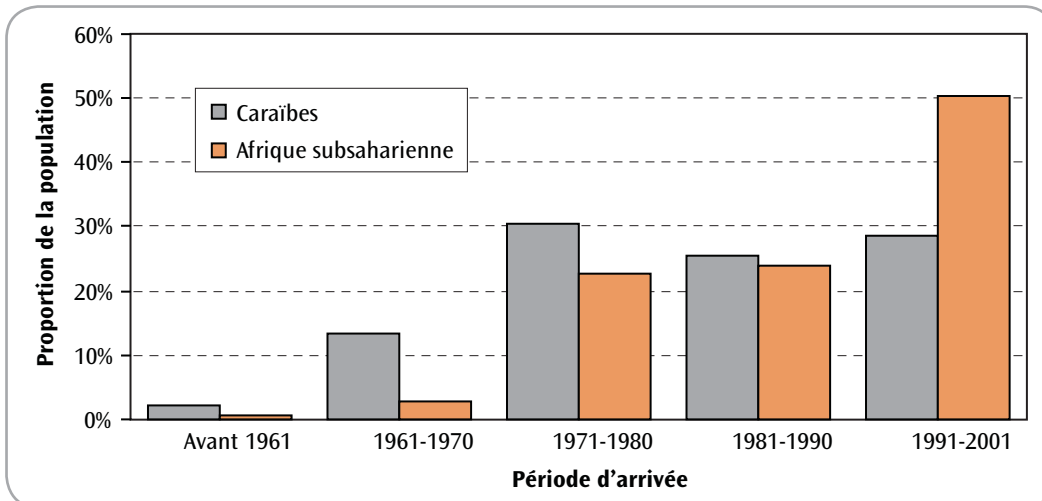


(Source : [8-9] pas de p.).

Comme le montre la figure 5, la région d'origine des immigrants noirs a changé de façon spectaculaire au cours des dernières décennies. Avant 1961, seulement 1% des Noirs qui arrivaient au Canada étaient nés en Afrique, tandis que 72 % d'entre eux étaient originaires des Caraïbes, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud. Moins de 5 % des Africains vivant au Canada en

2001 sont arrivés avant 1971, tandis qu'un peu plus de 50% sont arrivés entre 1991 et 2001. Par comparaison, seulement 29% des personnes originaires des Caraïbes vivant au Canada en 2001 sont arrivées au cours de la décennie précédente. En ce qui concerne les Noirs émigrant de l'Afrique, l'année médiane d'arrivée était 1991, et 1982 pour ceux provenant des Caraïbes [10].

Figure 5 : Proportion de la population immigrante, selon la période d'arrivée et la région d'origine, Canada 2001



(Source : [10] pas de p.).

Les données issues du recensement de 2006 indiquent que 1 109 980 immigrants sont arrivés au Canada entre 2001 et 2006. Parmi ceux-ci, 87 190 (7,9%) provenaient de pays où le VIH est endémique. Les immigrants provenant des Caraïbes représentaient 2,8% (30 680) du nombre total, et venaient principalement de trois pays : 0,96% d'Haïti (10 690), 0,85% de la Jamaïque (9 435) et 0,37% de Trinité-et-Tobago (4 080). Au cours de la même période, les 56 500 immigrants provenant de l'Afrique subsaharienne représentaient 5,1% du nombre total. Ils venaient principalement des pays suivants : Nigeria 0,7% (7 285), Éthiopie 0,6% (6 650), Soudan 0,6% (6 495), Kenya 0,4% (4 285), Somalie 0,3% (3 865), et Ghana 0,3% (3 775) [11].

À Toronto, 57% des membres de la communauté noire de la ville sont nés à l'extérieur du Canada. Près des trois quarts (73%) des 178 200 Noirs nés à l'étranger habitant à Toronto sont nés dans les Caraïbes ainsi qu'en Amérique du Sud et en Amérique centrale, majoritairement en Jamaïque, à Trinité-et-Tobago et au Guyana [1].

De même, la majorité des membres de la communauté noire de Montréal (55%) sont nés à l'étranger et sont arrivés au Canada principalement en provenance des Caraïbes, et de l'Amérique du Sud et de l'Amérique centrale. En 2001, 78% (76 200) des Noirs nés à l'étranger vivant à Montréal étaient originaires de ces

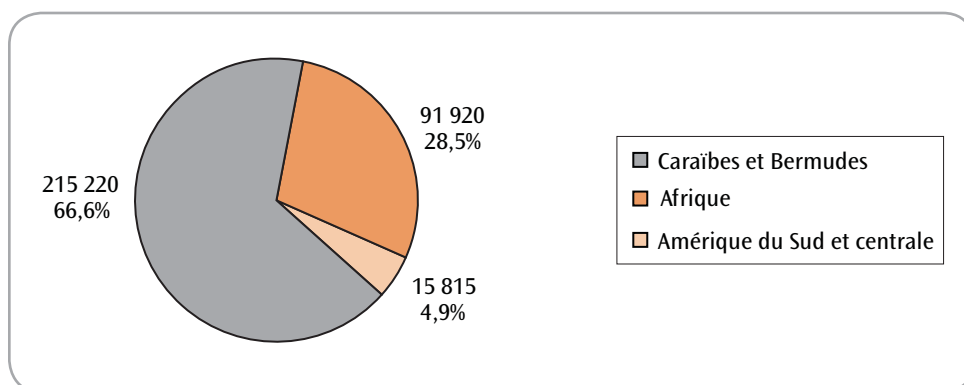
régions, surtout d'Haïti. Moins du cinquième (18%) des Noirs nés à l'étranger dénombrés en 2001 sont nés en Afrique [1].

Selon Statistique Canada [12], 48% des immigrants venus de l'Afrique subsaharienne et 61% des immigrants venus des Caraïbes sont noirs. Par conséquent, une proportion substantielle des immigrants provenant des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne ne sont pas noirs. La majorité des immigrants non noirs issus de ces deux régions étaient d'origine ethnique sud asiatique (25% de l'Afrique subsaharienne et 12% des Caraïbes) ou faisaient partie de minorités non visibles (20% de l'Afrique subsaharienne et 6% des Caraïbes).

À l'inverse, les immigrants noirs ne sont pas tous originaires des Caraïbes ou de l'Afrique subsaharienne. Environ 7 % des immigrants noirs au Canada sont nés dans d'autres régions, et un nombre considérable d'entre eux arrivent en provenance du Royaume-Uni et des États-Unis. Ces deux pays représentent à eux seuls près de 60% des immigrants noirs venant de régions autres que l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes [12].

Comme le montre la figure 6, 66,6% des immigrants noirs sont nés dans les Caraïbes et aux Bermudes, 28,5% en Afrique et 4,9% en Amérique centrale et Amérique du Sud [12].

Figure 6 : Régions de naissance des populations immigrantes noires, Canada 2001



(Source: [13] pas de p.).

2.6 Âge

En 2001, la population noire du Canada était plus jeune que la population canadienne dans l'ensemble. Les enfants de moins de 15 ans constituaient 29,5% de la population noire, comparativement à 19,3% de la population canadienne totale. En outre, 16,7% de la population noire était âgée de 15 à 24 ans, comparativement à 13,5% de la population globale. Seulement 4,9% de la population noire était âgée de 65 ans ou plus, ce qui représente moins de la moitié de la proportion de la population canadienne (12,2%) [12].

2.7 Sexe

Les femmes et les filles constituent plus de la moitié (52,3%) de la population noire du Canada. Ce pourcentage est comparable à celui de la population générale [13].

2.8 Langue

D'après le recensement de 2001, la proportion de la population noire du Canada (72,3%) ayant dit parler l'anglais le plus souvent à la maison est supérieure à celle de la population globale (66,7%). Le recensement a également révélé que 14,3% de la population noire parlait le français le plus souvent à la maison, comparativement à 21,8% de la population totale. Approximativement 9,1% des membres de la population noire du Canada (60 490) ont signalé parler une langue non officielle le plus souvent à la maison, ce qui est comparable à la moyenne nationale de 9,7% [14].

2.9 Niveau d'instruction

D'après le recensement de 2001, 28,2% des Noirs âgés de 15 ans et plus ont indiqué avoir atteint un niveau d'instruction inférieur au certificat d'études secondaires, comparativement à 31,3% de la population totale. Une proportion légèrement inférieure de la population noire du Canada âgée de 15 ans et plus (12,7%) a dit détenir un

diplôme universitaire comparativement à la population canadienne dans l'ensemble (15,4%) [15].

Les Noirs nés à l'étranger et ceux nés au Canada en âge d'activité maximale étaient aussi susceptibles d'avoir fait des études universitaires que l'ensemble de la population âgée de 25 à 54 ans (environ une personne sur cinq). Toutefois, les Noirs nés à l'étranger étaient beaucoup moins susceptibles que les autres immigrants d'avoir fait des études universitaires. En 2001, 20% des Noirs nés à l'extérieur du Canada en âge d'activité maximale avaient fait des études universitaires, comparativement à 32% de tous les immigrants en âge d'activité maximale. Par contre, les nouveaux immigrants noirs – l'admission des immigrants repose de plus en plus sur les compétences qui favorisent l'indépendance économique une fois au Canada – sont habituellement plus scolarisés et qualifiés que les Noirs nés au Canada [1].

2.10 Emploi

Au cours des années 1990, les taux d'emploi des Noirs nés au Canada se sont améliorés, tandis que ceux des Noirs nés à l'étranger n'ont pas changé. En 2001, le taux d'emploi standardisé selon l'âge chez les Noirs nés au Canada en âge d'activité maximale (76%) était inférieur au taux de toutes les personnes nées au Canada en âge d'activité maximale (81%). Les Noirs nés à l'étranger âgés de 25 à 54 ans étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir fait des études universitaires que les autres immigrants, mais les taux d'emploi étaient identiques chez les deux groupes en 1991 et en 2001, atteignant environ 77% [1].

Les taux de chômage nationaux étaient moins élevés en 2001 qu'en 1991, mais les taux de chômage chez les Noirs étaient supérieurs à ceux de tous les adultes en âge d'activité maximale. En 1991, les Noirs en âge d'activité maximale nés au Canada et ceux nés à l'étranger avaient un taux de chômage standardisé selon l'âge de 12,5%. Dès 2001, le taux de chômage était de 7,9% chez les Noirs nés au Canada, comparativement à 9,6% chez les Noirs nés à l'étranger [1].

2.11 Revenu

Les Noirs nés au Canada âgés de 25 à 54 ans étaient aussi susceptibles que toutes les personnes nées au Canada appartenant à ce groupe d'âge d'avoir fait des études universitaires, mais le revenu d'emploi moyen en 2001 des Noirs nés au Canada se situait à 29 700\$ et était considérablement inférieur à celui de l'ensemble des personnes nées au Canada, qui atteignait 37 200\$. Il se peut que la répartition selon l'âge déphasée vers le bas chez la population noire contribue à l'écart salarial, car les jeunes ont habituellement un revenu inférieur. La standardisation selon l'âge du revenu d'emploi moyen des Noirs nés au Canada faisant partie de ce groupe d'âge fait augmenter celui-ci à 32 000\$ et réduit l'écart salarial. De 1991 à 2001, le revenu d'emploi moyen standardisé selon l'âge des Noirs nés au Canada âgés de 25 à 54 ans a augmenté de 7%, comparativement à une augmentation de 9% chez toutes les personnes nées au Canada appartenant à ce groupe d'âge [1].

Dans le cas des Noirs nés à l'étranger âgés de 25 à 54 ans, même s'ils étaient moins susceptibles que l'ensemble des personnes nées à l'étranger d'avoir fait des études universitaires, l'écart salarial entre les deux groupes était plus étroit que celui existant entre les Noirs nés au Canada et l'ensemble des personnes nées au Canada. Le revenu d'emploi moyen des Noirs nés à l'étranger faisant partie de ce groupe d'âge était de 28 700\$ en 2000, comparativement à 34 800\$ chez l'ensemble des personnes nées à l'étranger appartenant à ce groupe d'âge. La standardisation selon l'âge du revenu d'emploi moyen des Noirs nés à l'étranger fait augmenter celui-ci à 29 200\$. De 1990 à 2000, le revenu d'emploi moyen standardisé selon l'âge des Noirs nés à l'étranger âgés de 25 à 54 ans a diminué de 5%, tandis qu'il a diminué de moins de 1% chez l'ensemble des Canadiens nés à l'étranger appartenant à ce groupe d'âge [1].

2.12 État matrimonial

En 2001, 47% des Noirs âgés de plus de 15 ans au Canada étaient célibataires, 35% étaient mariés, 3% étaient veufs et 9% étaient divorcés. Ces chiffres ne

comprennent pas les Noirs vivant au Canada qui étaient séparés mais légalement mariés [14]. Parmi les près de 118 000 couples comprenant des personnes noires en 2001, 57% étaient formés de deux partenaires noirs et 43% étaient formés d'une personne noire et d'une personne non noire (il s'agissait le plus souvent d'un homme noir et d'une femme blanche) [1]. Nous n'avons pas trouvé assez de données pour quantifier l'état des unions de fait entre personnes noires de même sexe ou de même genre au Canada.

2.13 Bibliographie

- (1) Milan A, Tran K. Blacks in Canada: A long history. Canadian Social Trends 2004;1-7.
- (2) Statistique Canada. Profil - Origine ethnique et minorités visibles, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006. Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=94-580-X2006001> [cité juin 2008]; novembre 2007.
- (3) Statistique Canada. Projections de la population des groupes de minorités visibles, Canada, provinces et régions 2001-2017. (N° 91-541-XIF au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050322/q050322b.htm> [cité juin 2008]; janvier 2003.
- (4) Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, chiffres de 2001, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20%). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/highlight/Ethnicity/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&View=1&Table=1&StartRec=1&Sort=2&B1=Counts> [cité septembre 2008]; 2001.
- (5) Communication personnelle avec Tran K. Personal. 2007.

(6) Communication personnelle de Remis R. Décembre 2007.

(7) Statistique Canada. Recensement de 2001. Groupes de minorités visibles, sexe et groupes - Portrait ethnoculturel du Canada, (N° 95F0363XCB2001001 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=95F0363X2001001> [cité juin 2008]; avril 2001.

(8) Citoyenneté et Immigration Canada. Statistiques de l'Immigration (séries: 1966-1996). Ottawa, Bibliothèque et Archives Canada. Accessible sur Internet : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/index.html [cité 2007 Dec]; 1999.;1999.

(9) Citoyenneté et Immigration Canada. Faits et chiffres 2005. Aperçu de l'immigration : résidents permanents. Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada. Accessible sur Internet : <http://www.cic.gc.ca/english/resources/statistics/facts2005/permanent/13.asp> [cité décembre 2007]; août 2006.

(10) Statistique Canada. Recensement de 2001 (N° 97F0009XCB01040 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada; 2003.

(11) Statistique Canada. Statut d'immigrant et période d'immigration et lieu de naissance pour les immigrants et les résidents non permanents, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %). Ottawa: Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/topics/ProductSummary.cfm?ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=97-557-XCB2006007&DETAIL=0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=0&GAL=&GC=99&GK=NA&GRP=0&IPS=97-557-XCB2006007&METH=0&ORDER=&PID=89424&PTYPE=88971&RL=0&S=1&ShowAll=&StartRow=&SUB=&Temporal=2006&Theme=72&VID=&VNAMEE=&VNAMEF&PS=97-557-XCB2006007> [cité septembre 2007]; 2008.

(12) Statistique Canada. Certaines caractéristiques démographiques et culturelles, statut d'immigrant et lieu de naissance du répondant, groupes d'âge, sexe et statut d'immigrant et période d'immigration pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement, recensement de 2001 - Données échantillon (20 %) (N° 97F0009XCB2001040 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=68533&APATH=3&GID=517770&METH=1&PTYPE=55496&THEME=43&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=0&GK=0&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0> [cité décembre 2007]; mars 2003.

(13) Statistique Canada. Certaines caractéristiques démographiques et culturelles, groupes de minorités visibles, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (N° 97F0010XCB2001044 au catalogue). Ottawa, Statistics - Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=68641&APATH=3&GID=517770&METH=1&PTYPE=55496&THEME=44&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=99&GK=NA&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0> [cité septembre 2007]; avril 2003.

(14) Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les circonscriptions électorales fédérales (Ordonnance de représentation de 1996), recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (N° 95F0363XCB2001003 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=65797&APATH=3&GID=361229&METH=1&PTYPE=55430&THEME=44&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=99&GK=NA&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0> [cité février 2008]; décembre 2007.

(15) Statistique Canada. Certaines caractéristiques de la scolarité, groupes d'âge, sexe et groupes de minorités visibles pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (N° 97F0010XCB2001045 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=68642&APATH=3&GID=517770&METH=1&PTYPE=55496&THEME=44&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=99&GK=NA&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0> [cité septembre 2007]; mars 2007.

CHAPITRE 3 - État de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique

3.1 Introduction

Le présent chapitre résume les données les plus récentes disponibles sur l'épidémie de VIH/sida au Canada chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique. On y présente également des données particulières sur la population noire au Canada, y compris les membres de communautés africaines et caribéennes qui utilisent des données de surveillance faisant état de l'origine ethnique.

Il donne d'abord un aperçu de l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, avant de mettre l'accent sur l'épidémie au Canada chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, y compris des données géographiques communiquées par les provinces et les territoires. On y discute également de données sur le sexe, la transmission périnatale, l'immigration, le lieu d'acquisition de l'infection et les souches virales, car ces éléments influent sur les stratégies de prévention, de traitement, et d'intervention visant cette population.

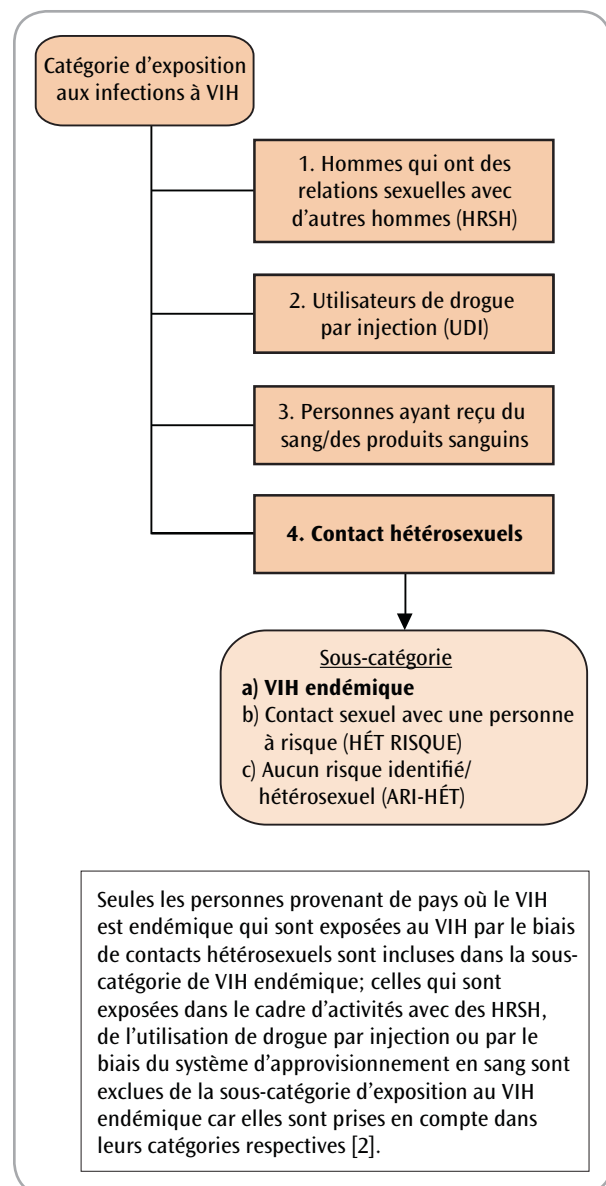
L'ASPC utilise divers types de données épidémiologiques, y compris des données de surveillance, des données de recherche ainsi que des estimations pour surveiller les infections à VIH et les cas de sida au Canada. Chacun de ces types de données comporte des avantages et des limites, et il faut donc les utiliser de façon combinée pour brosser un portrait plus complet de l'épidémie concentrée de VIH/sida^{xiii} HIV/AIDS au Canada.

Les données de surveillance sont fournies volontairement à l'ASPC par les provinces et les territoires, et comprennent les résultats positifs de tests de dépistage du VIH ainsi que les cas de sida diagnostiqués qui ont été signalés. Étant donné que le VIH et le sida sont des maladies à déclaration obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada,

xiii Les épidémies concentrées de VIH sont des épidémies dans le cadre desquelles le VIH s'est rapidement propagé dans un ou plusieurs sous-groupes de population définis mais n'est pas bien établi dans la population générale. (Disponible à : http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080609_Providing_leadership_in_countries_with_concentrated_epi.asp)

l'ASPC a élaboré des normes relatives à la déclaration des cas afin de faciliter le partage des données à l'échelon national. Bien que les données fournies au sujet de chacun des cas soient minimales (les variables « essentielles »), la quantité de données supplémentaires fournies varie entre les provinces et les territoires [1]. Plus particulièrement, les données de surveillance importantes qui sont manquantes peuvent inclure le

Figure 7 : Hiérarchie de risque



CHAPITRE 3 - État de l'épidémie de VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique

pays de naissance, l'origine ethnique et la catégorie d'exposition. Le pays de naissance et l'origine ethnique peuvent aider à classer les données en fonction de la liste des pays où le VIH est endémique (annexe A), tandis que la catégorie d'exposition renvoie à la voie la plus probable par laquelle une personne a pu contracter l'infection, selon une hiérarchie de risque définie.

Comme le montre la figure 7, les quatre premières catégories de la hiérarchie de risque sont les suivantes : 1) hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), 2) utilisateurs de drogue par injection (UDI), 3) personnes ayant reçu du sang et des produits sanguins, et 4) contacts hétérosexuels. La catégorie « contacts hétérosexuels » comprend une sous-catégorie propre aux personnes dont la voie probable d'exposition au VIH est liée à un pays où le VIH est endémique (personnes hétérosexuelles provenant d'un pays où le VIH est endémique). C'est la sous-catégorie dont il sera question tout au long du présent chapitre. On considère que les trois premières catégories d'exposition font référence à des activités à risques plus élevés que les contacts hétérosexuels [2].

En raison des considérations énumérées ci-dessus, de la réticence des gens à signaler les facteurs de risque, du fait qu'un grand nombre de Canadiens ne subissent pas de tests de dépistage de routine du VIH et que les cas ne sont pas toujours déclarés immédiatement à l'ASPC, les données de surveillance ne reflètent pas à elles seules les nombres absolus de cas de VIH/sida au Canada à un moment donné. On a donc recours à la modélisation statistique (c.-à.-d. des estimations) pour calculer le nombre de cas d'infections à VIH et de sida au Canada. L'utilisation de formules statistiques et de sources secondaires de données permet d'obtenir des estimations du nombre de nouvelles infections (incidence^{xiv}) et du nombre de personnes ayant une infection à VIH (prévalence). En fait, l'ASPC est chargée de communiquer à l'ONUSIDA les estimations canadiennes des taux nationaux d'incidence et de prévalence du VIH [2].

xiv L'incidence du VIH est le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH qui surviennent dans une population pendant une période donnée.

Les méthodes employées pour estimer l'incidence et la prévalence du VIH au niveau national regroupent toutes les formes de données disponibles et sont subséquemment utilisées dans le présent rapport.

3.2 Aperçu de l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes

Contrairement au Canada, où le VIH est principalement concentré au sein de populations particulières, certains pays connaissent des taux considérables d'infection à VIH parmi la population générale. C'est ce qu'on appelle aussi une « épidémie généralisée » où la transmission se fait principalement lors des rapports hétérosexuels, touchant ainsi la population générale. Selon la définition établie par l'ASPC, un pays où le VIH est endémique est un pays dont la prévalence de VIH est de 1,0% ou plus chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) et qui fait preuve d'un des aspects suivants :

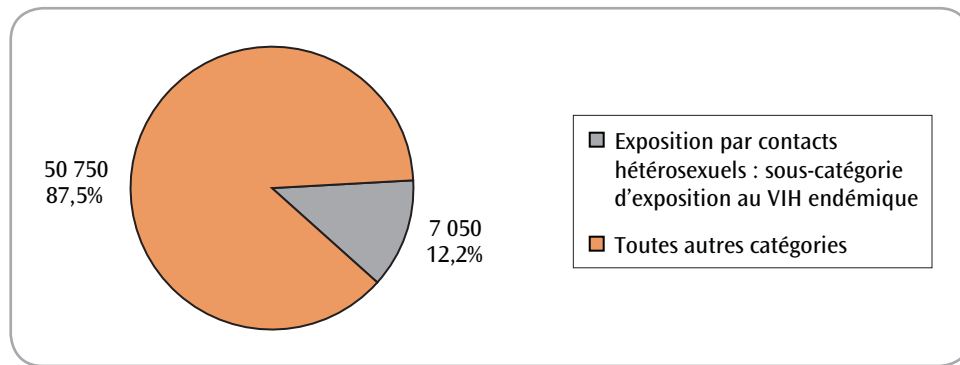
- un ratio entre hommes et femmes de 2:1 ou moins parmi les infections prévalentes;
- une prévalence de VIH supérieure ou égale à 2,0% chez les femmes recevant des soins prénataux;
- la moitié (50,0%) ou plus des cas sont attribués à une transmission hétérosexuelle [2].

Dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, les pays signalent des niveaux endémiques de VIH. En 2007, on estimait que sur 33,2 millions (30,6 à 36,1 millions) d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à l'échelle mondiale, 22,5 millions (20,9 à 24,3 millions) vivaient en Afrique subsaharienne. Le taux approximatif de prévalence du VIH chez les adultes était de 5% (4,6% à 5,5%). Selon les estimations, les Caraïbes comptaient 230 000 (210 000 à 270 000) adultes et enfants vivant avec le VIH, et le taux de prévalence estimatif chez les adultes était de 1% (0,9% à 1,2%). La prévalence dans cette région était le plus élevée en République dominicaine et à

Haïti, qui, ensemble, abritaient près de trois quarts des 230 000 (210 000 à 270 000) personnes vivant avec le

VIH dans les Caraïbes, y compris les 17 000 (15 000 à 23 000) personnes ayant contracté l'infection en 2007 [3].

Figure 8 : Nombre estimatif de cas de VIH prévalents au Canada selon la catégorie d'exposition, 2005 (n = 58 000)



Légende : *Exposition par contacts hétérosexuels : VIH endémique* = originaire d'un pays où le VIH est endémique. *Toutes les autres catégories* comprennent les HRSH = hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes; UDI = utilisateurs de drogue par injection; exposition par contacts hétérosexuels/non endémique = contacts hétérosexuels avec une personne vivant avec le VIH ou à risque de le contracter ou contacts hétérosexuels constituant le seul facteur de risque identifié; personnes ayant reçu une transfusion sanguine ou un facteur de coagulation, et transmission professionnelle (Source : [2], p. 3, tableau 1).

3.3 Aperçu de l'épidémie au Canada : personnes provenant de pays où le VIH est endémique

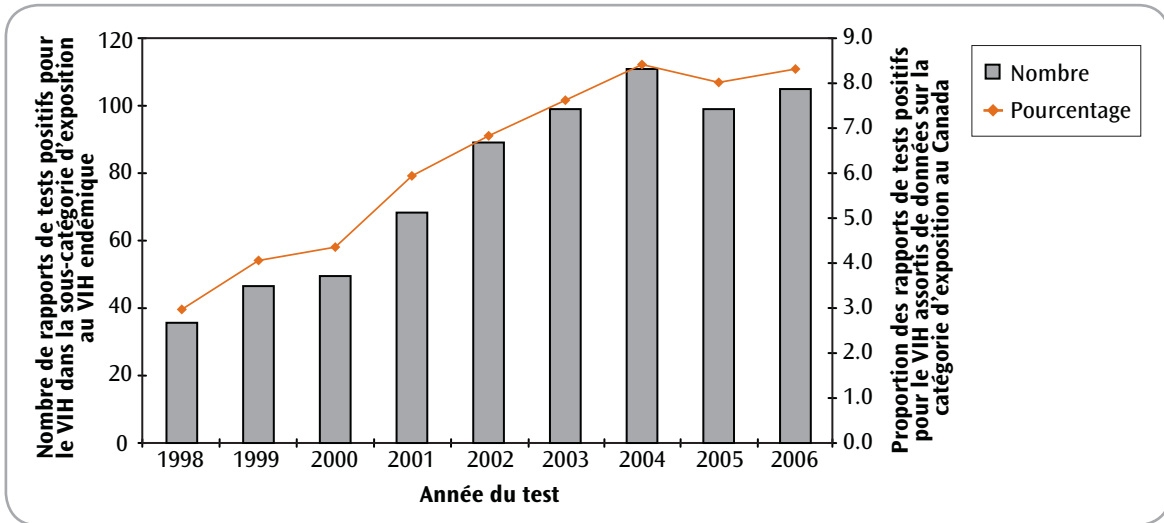
On estime qu'en 2005, 2 300 à 4 500 nouveaux cas d'infection à VIH sont survenus au Canada, dont 400 à 700 (16%) ont été attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. Selon les estimations, le taux d'infection chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique était au moins 12,6 fois plus élevé que chez les autres Canadiens en 2005 [2].

L'ASPC estime qu'à la fin de 2005, 58 000 (48 000 à 68 000) personnes vivaient avec le VIH (y compris le sida) au Canada. Selon les estimations, la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique représentait approximativement 7 050 (5 200 à 8 800) de ces infections à VIH. Si l'on se fonde sur les estimations moyennes fournies (7 050 / 58 000), en 2005, approximativement 12,2% des infections à VIH au Canada étaient attribuées

à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique (voir la figure 8) [2].

Comme le montre la figure 9, le nombre absolu de rapports de tests positifs dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique a augmenté, passant de 36 en 1998 à un sommet de 112 en 2004. Cette sous-catégorie d'exposition représentait 100 rapports de tests positifs en 2005 et 106 en 2006. La proportion de l'ensemble des rapports de tests positifs attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique a augmenté, passant de 3,0% en 1998 à un sommet de 8,5% en 2004 et plus récemment à 8,4% en 2006 [2].

Figure 9 : Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, et proportion de tous les rapports positifs pour le VIH, par année, 1998-2006

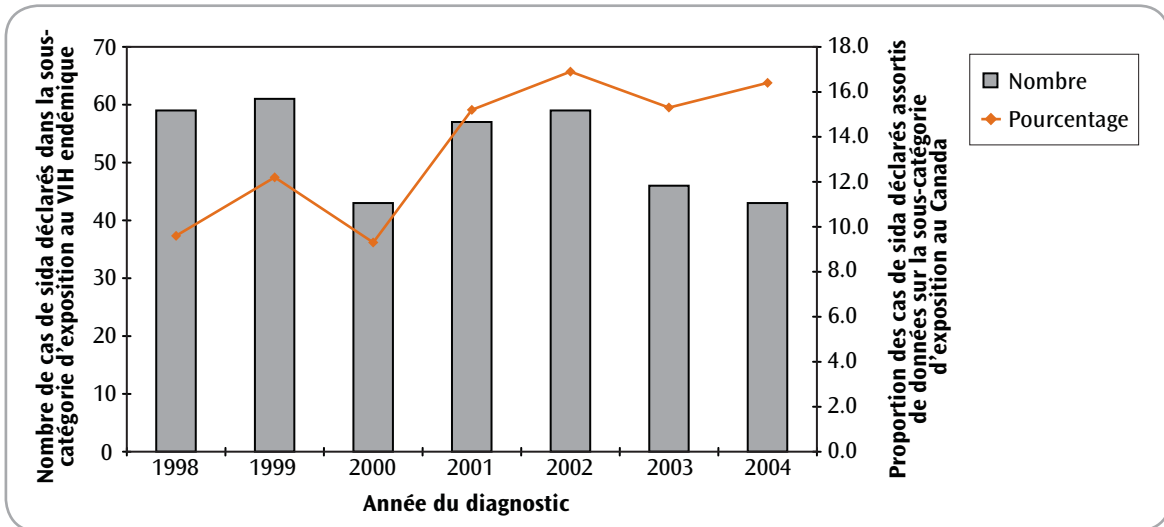


(Source : [2], p. 93, figure 1).

Proportionnellement, ces chiffres sont comparables au nombre de cas de sida déclarés qui ont été attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. Comme le montre la figure 10, bien que le nombre total de cas de sida par année qui sont attribués à cette

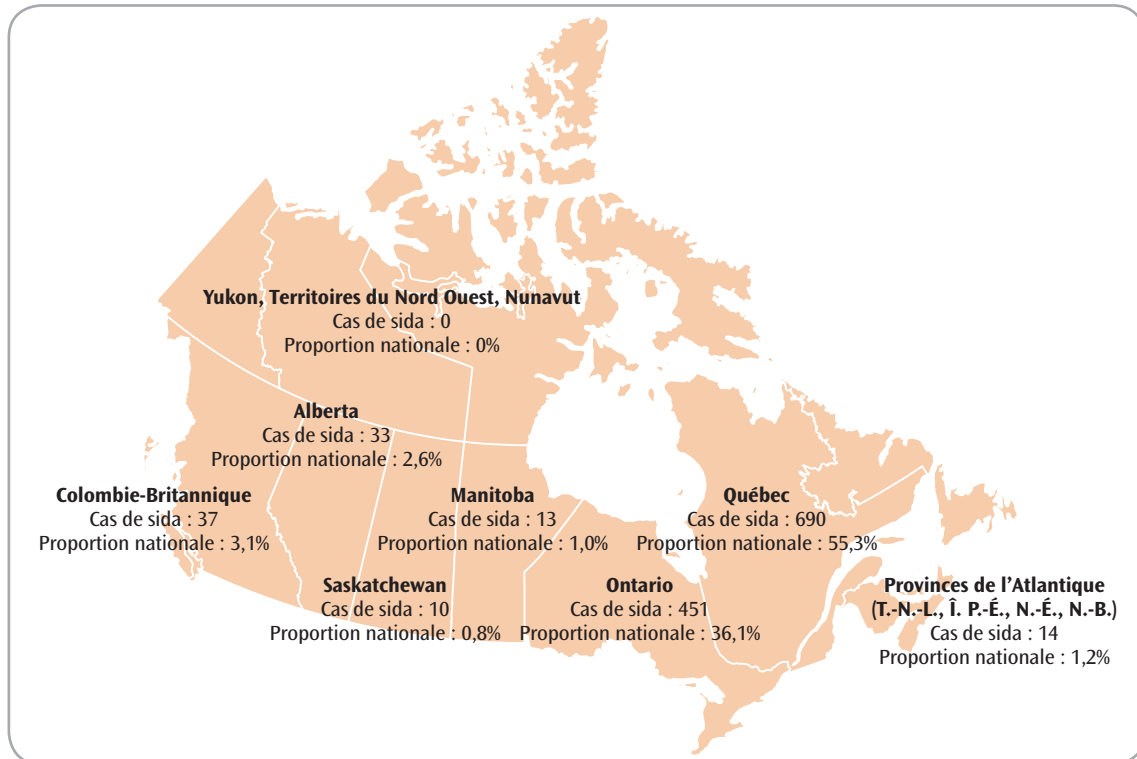
sous-catégorie d'exposition ait diminué (passant de 66 en 2002 à 63 en 2004), la proportion de tous les cas déclarés a augmenté, passant de 9,6% en 1998 à un sommet de 16,9% en 2002 (16,4% en 2004) [2].

Figure 10 : Nombre de cas de sida déclarés qui sont attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, et proportion de tous les cas de sida, par année, 1998-2004



Les données ne comprennent pas la province de Québec (Source : [2], p. 93, figure 2).

Figure 11 : Nombre de cas de sida déclarés par province/territoire et répartition proportionnelle nationale (%) de tous les cas de sida dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, jusqu'au 31 décembre 2006 (n = 1 248)



(Source : [5], p. 54, tableau 19).

La figure 11 indique le nombre de cas de sida déclarés par province/territoire dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, ainsi que la répartition nationale (%) par province/territoire au 31 décembre 2006^{xv}. L'Ontario et le Québec partagent le nombre et la proportion les plus élevés de cas de sida déclarés dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. On s'attendrait à ce que l'Ontario et le Québec aient la plus grande proportion de cas compte tenu de l'emplacement géographique de la population noire au Canada (voir la figure 2), mais le nombre de cas de sida déclarés n'est pas réparti de façon proportionnelle entre les deux provinces. Alors qu'approximativement 62,1% de la population noire

au Canada est installée en Ontario [4], la proportion de cas de sida dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique est d'environ 36,1% [5]. Par contre, le Québec compte approximativement 23,0% de la population noire au Canada [4], mais 55,3% de la proportion nationale de cas de sida [5]. Cela semble laisser entendre que la population noire établie au Québec est surreprésentée dans la proportion de cas de sida de cette province.

Il faudrait réaliser des études suivies d'une analyse pour mieux comprendre ce fait, mais une explication plausible souligne le fait qu'Haïti a été l'un des premiers pays à être gravement touchés par le VIH/sida. Il est probable que la population haïtienne noire vivant avec le VIH/sida au Québec a reçu le diagnostic plus tôt et que l'infection a progressé vers le sida chez un plus grand nombre de personnes.

xv Il a été impossible de présenter une distinction similaire en ce qui concerne les rapports de tests positifs pour le VIH en raison des limites des données.

Lorsqu'on se fonde sur les données de surveillance qui comprennent l'origine ethnique ou le pays de naissance, on constate que les provinces et les territoires présentent une augmentation similaire du nombre de tests positifs pour le VIH qui sont attribuables à des personnes associées sur le plan de l'origine ethnique à la population noire :

- En Colombie-Britannique, 4,4% (16/360) des rapports de tests positifs pour le VIH en 2006 concernaient des personnes associées sur le plan de l'origine ethnique à la population noire. De 2004 à 2006, ces personnes représentaient en moyenne 4,3% (52/1 202) du nombre total de rapports de tests positifs pour le VIH [6].
- Les données de 2007 de l'Alberta indiquent que 20,4% (46/225) des rapports de tests de diagnostic positifs pour le VIH ont été recensés chez les personnes associées sur le plan de l'origine ethnique à la population noire. De 2004 à 2006, lorsque l'origine ethnique était déclarée, ces personnes représentaient 22,9% (131/571) du nombre total de rapports de tests positifs pour le VIH [7].
- Au Manitoba, 15% (12/82) des rapports de tests positifs pour le VIH en 2007 ont été recensés parmi les personnes qui se sont identifiées comme étant d'origine ethnique africaine. De janvier 1999 à décembre 2007, 20% (151/756) des rapports de tests positifs pour le VIH ont été recensés parmi les personnes qui se sont identifiées comme étant d'origine ethnique africaine/Afro-canadienne [9].
- En Ontario de 1985 à 2005, 2 838 diagnostics positifs de VIH ont été attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. Cela représente 10,7% de tous les diagnostics positifs de VIH en Ontario au cours de cette période [10].
- Au Québec, 16,4% (119/724) des rapports de tests positifs pour le VIH en 2006 ont été attribués à des personnes ayant déclaré être d'origine ethnoculturelle caribéenne ou africaine subsaharienne. De 2004 à 2006, les personnes provenant de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes représentaient

17,8% (404/2 267) des rapports de tests positifs pour le VIH dans la province [11].

3.4 Représentation des personnes noires dans diverses catégories d'exposition liées aux rapports de tests positifs pour le VIH et aux cas de sida

Comme on peut le lire dans la section 3.1, les données sur la catégorie d'exposition sont utilisées dans le cadre de la surveillance du VIH/sida pour surveiller les voies de transmission du VIH et les cas de sida. En raison de la hiérarchie de risque, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique qui ne sont pas exposées au VIH dans le cadre de relations hétérosexuelles ne sont pas incluses dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. Par conséquent, l'utilisation combinée des données sur l'origine ethnique et des données relatives aux catégories d'exposition permet de caractériser davantage l'infection à VIH au Canada.

De 1998 à 2006, 396 rapports de tests positifs pour le VIH recensés par le biais du système national de surveillance du VIH et du sida et appartenant à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique comprenaient des données sur l'origine ethnique. Parmi les personnes touchées par ces rapports, 92,7% se sont déclarées Noires, 3,8% Asiatiques, 2,0%, Blanches, et 1,5% comme appartenant à la catégorie « autre ». De même, de 1998 jusqu'à la fin de 2006, en ce qui a trait aux 334 cas de sida déclarés dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique et assortis de données sur l'origine ethnique, 88,0% des personnes touchées se sont déclarées Noires, 6,9% Asiatiques, 3,0% comme appartenant à la catégorie « autre », et 2,1% Blanches [2]. Dans la majorité des cas où des données sur l'origine ethnique sont recueillies dans cette sous-catégorie d'exposition, les personnes concernées se sont déclarées d'origine ethnique « noire ».

Le nombre de rapports de tests positifs pour le VIH recensés de 1998 à 2006 selon l'origine ethnique révèle que l'origine ethnique « noire » représentait 9,7% (608 rapports de tests) des 6 253 rapports dont on connaît l'origine ethnique pour tous les âges. Les données de

surveillance indiquent que sur le nombre total de cas de sida déclarés de 1979 à 2006 au Canada qui comprenaient l'origine ethnique (16 349), les personnes qui s'étaient déclarées d'origine ethnique « noire » représentaient 9,4% (1 537 cas) des cas tous âges confondus [5].

Il convient de souligner que la déclaration de l'origine ethnique à l'échelon national est limitée. Plus particulièrement, deux des plus grandes provinces du Canada, l'Ontario et le Québec, ne fournissent pas de données sur l'origine ethnique dans le cas des rapports de tests positifs pour le VIH à l'échelon national. Cela entrave la surveillance nationale de l'épidémie chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, car les deux provinces représentent plus des deux tiers de tous les rapports de tests positifs pour le VIH et comprennent deux grands centres urbains (à savoir, Toronto et Montréal) qui comptent chacun une vaste population noire [2].

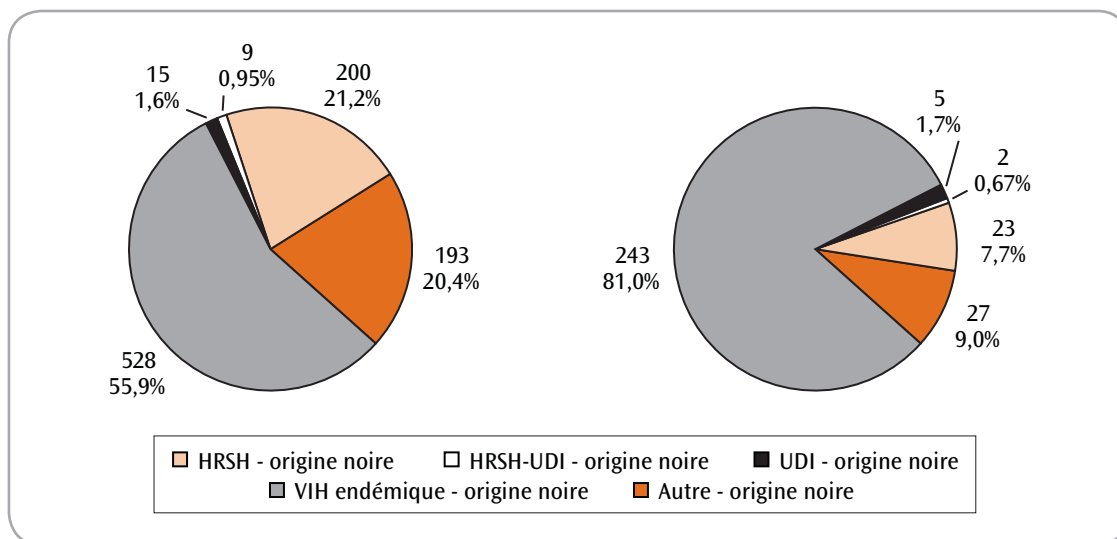
Des données connexes ont cependant été publiées à l'échelon provincial. L'Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit a recueilli des données sur l'origine

ethnique « noire » relativement aux catégories d'exposition au VIH. Ces données ne reflètent peut-être pas nécessairement la situation existant à l'échelle du Canada, mais elles permettent de brosser le portrait du VIH/sida dans les communautés noires en Ontario et pourraient être utiles aux autres administrations lors de l'analyse de données.

3.4.1 Catégories d'exposition des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et des utilisateurs de drogue par injection

Selon Lui et Remis [13], de 1980 à 2004, à Toronto, tandis que plus de la moitié (56,4%) de tous les tests positifs pour le VIH recensés au sein de la population noire ont été attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, 21,2% de ces tests ont été attribués à la catégorie d'exposition HRSH, 0,95% à la catégorie d'exposition HRSH-UDI, 1,6 % à la catégorie d'exposition UDI, et 20,4% à d'autres catégories d'exposition. De 1983 à 2004, plus de 80% des infections recensées au sein de

Figure 12 : Nombre et proportion de cas de VIH signalés selon la catégorie d'exposition et la race/l'origine ethnique Toronto (1980-2004, n = 945) et Ottawa (1983-2004, n = 300)



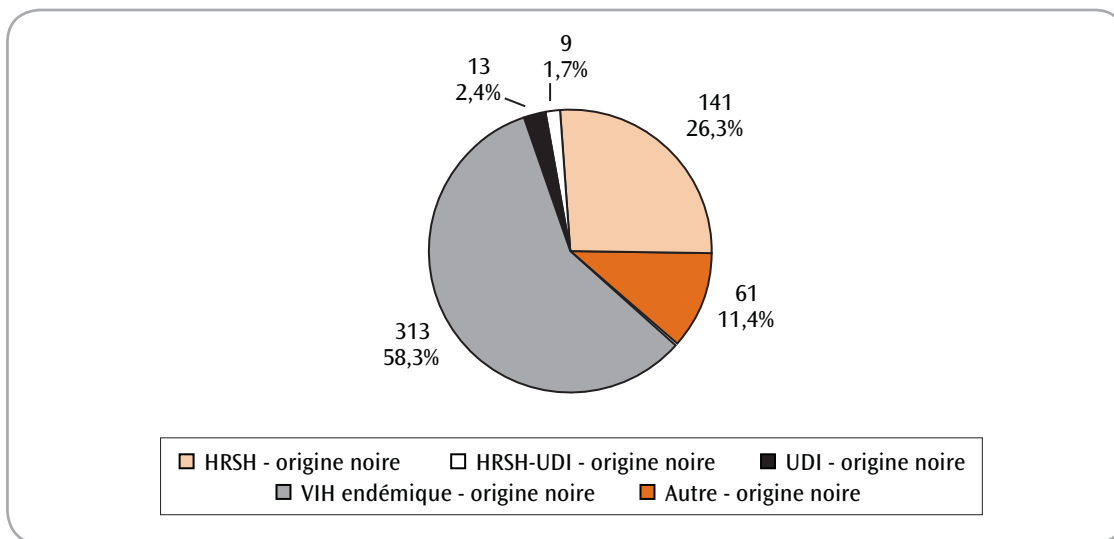
Légende : Catégorie d'exposition *Autre - origine noire* = Contacts hétérosexuels origine noire [Toronto : 146, 15,4 %, Ottawa : 15, 5%], Transfusion origine noire [Toronto : 11, 1,2%, Ottawa : 0,0%], Soins périnataux origine noire [Toronto : 27, 2,9%, Ottawa : 11, 3,7%], ARI (aucun risque identifié)-origine noire [Toronto : 9, 0,96%, Ottawa : 1, 0,33%]. (Source : [13], p. 25, tableau 2.3b).

la communauté noire d'Ottawa ont été attribuées à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, les HRSH représentant 7,7% des infections (se reporter à la figure 12). Les résultats de tests positifs pour le VIH à l'échelle de la province ne sont pas disponibles, mais la présente section traite des données sur le sida chez les personnes d'origine ethnique « noire » en Ontario.

Les données cumulatives provinciales de l'Ontario pour la période de 1981 à 2004 indiquent que 58,3% de tous les cas de sida assortis de données indiquant que les personnes touchées sont d'origine ethnique « noire »

ont été attribués à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, 26,3% ont été attribués à la catégorie d'exposition HRSH, les catégories d'exposition HRSH/UDI et UDI en comptaient chacune 2 %, et 11,4% ont été attribués à d'autres catégories d'exposition (se reporter à la figure 13) [13]. Il n'est peut-être pas possible de savoir avec certitude si les données provinciales de l'Ontario sont faussées par la grande population de Toronto (reflétant ainsi plus étroitement l'épidémie à Toronto), ou si le temps écoulé, les progrès réalisés en matière de traitement, et les profils d'immigration en évolution ont influé sur la présentation des cas de sida dans la province.

Figure 13 : Nombre total de cas de sida toutes catégories d'exposition confondus au sein du groupe de race/d'origine noire en Ontario, 1981 à 2004 (n = 537)



Légende : Catégorie d'exposition Autre - origine noire = Contacts hétérosexuels origine noire [13, 2%], Transfusion origine noire [2, 0,37%], Facteur de coagulation origine noire [4, 0,74%], Soins périnataux origine noire [25, 5%], ARI (aucun risque identifié)-origine noire [7, 1,3%]. (Source : [13], p. 17-19, tableaux 1.6-1-1.6-3).

3.5 Sexe

Les femmes sont de plus en plus touchées par le VIH au Canada. Les données nationales révèlent une augmentation soutenue de la proportion des rapports de résultats de test positifs pour le VIH chez les femmes adultes, qui est passée de 25,1% (540/1 614) en 2001 à 27,8% (698/1 810) en 2006 [5]. Dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique entre

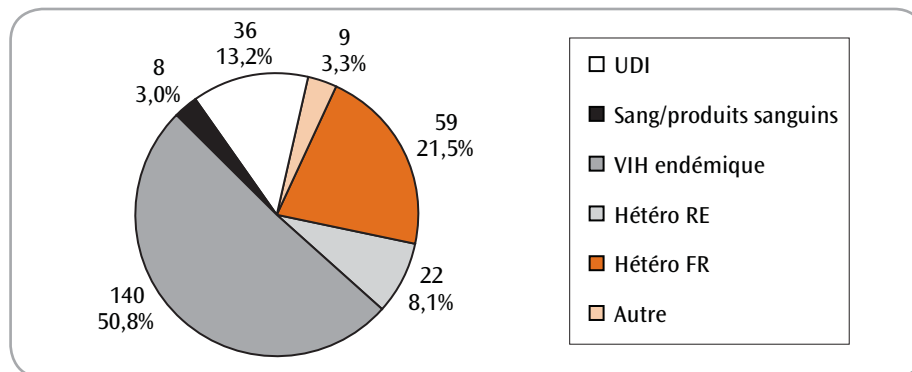
1998 et 2006, les femmes représentaient 54,2% de tous les rapports de tests positifs pour le VIH et 41,8% de tous les cas de sida déclarés [2]. En 2006, parmi les 104 rapports de résultats de tests positifs pour le VIH dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique, seulement 39 cas étaient de sexe masculin tandis que 65 cas étaient de sexe féminin [5].

Les données nationales indiquent que la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique représente une moyenne cumulative de 9,0% des infections à VIH nouvellement diagnostiquées chez les femmes (de 1985 à 2006), mais lorsqu'on les sépare selon l'année, les données de 2006 révèlent que la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique représente 20,4% (65/319) des nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les femmes dont la catégorie d'exposition a été déclarée [5]. En 2005, les femmes représentaient 63,9% (140) des 219 personnes provenant de pays où le VIH est endémique chez lesquelles le VIH avait été récemment diagnostiqué en Ontario, et d'après les données de surveillance du VIH pour la même année, les femmes provenant de pays où le VIH est endémique représentaient 50,8% de

tous les nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les femmes en Ontario (voir la figure 14).

De même, les données de 2006 du Québec révèlent que 41,3% des infections à VIH nouvellement diagnostiquées chez les femmes ont été attribuées à la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. Bien que l'on observe cette tendance depuis quelques années [11], une comparaison de la prévalence estimative des infections à VIH recensées au Québec dans la sous-catégorie d'exposition liée à la provenance d'un pays où le VIH est endémique révèle une augmentation de 11% (1 770) en 1999 à 14% (2 500) en 2002. La même étude a également fait ressortir que les femmes provenant de pays où le VIH est endémique représentent le plus grand nombre de cas de sida chez les femmes [14].

Figure 14 : Nombre et proportion des diagnostics de VIH chez les personnes de sexe féminin selon l'année ou les diagnostics et la catégorie d'exposition, Ontario 2005 (n = 276)



Légende : Sang/produits sanguins = Facteur de coagulation et transfusion; Hétéro-RE = Contacts hétérosexuels à risque élevé; Hétéro FR = Contacts hétérosexuels à faible risque; Autre = Transmission de la mère à l'enfant, piqûre d'aiguille accidentelle, tatouage, etc. (Source [10] p. 60, tableau 1.5b).

3.6 Transmission périnatale

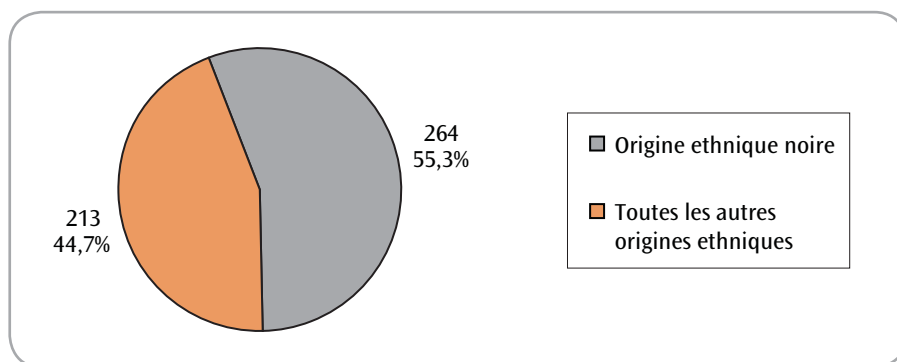
Les femmes faisant partie du groupe d'âge de 20 à 39 ans représentaient plus des deux tiers (66,9%) des rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes adultes au Canada en 2006 [5]. La proportion élevée de femmes dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique joue un rôle dans la transmission périnatale. Bien que les provinces et les territoires offrent des services de dépistage du VIH aux femmes

enceintes, celles-ci ne choisissent pas toutes de subir le test [15]. Les données de surveillance cumulatives disponibles pour la période de 1984 à 2006 indiquent qu'à l'échelle nationale, les bébés d'origine noire constituaient plus de la moitié des 477 cas confirmés d'exposition périnatale au VIH au Canada (se reporter à la figure 15). Cette tendance a cependant diminué au fil du temps. En 2006, 97 bébés sont nés de mères séropositives ayant déclaré être associées sur le plan de l'origine ethnique à la population noire. Parmi

ces 97 bébés, un seul a été déclaré séropositif, 83 n'ont pas été infectés par voie périnatale, et l'état

sérologique de 13 bébés n'était pas connu au moment de la publication des données [5].

Figure 15 : Nombre cumulé de bébés canadiens exposés au VIH par voie périnatale, selon l'origine ethnique, 1984-2006 (n = 477)



Légende : Origine ethnique noire = Par exemple, les enfants somaliens, haïtiens, jamaïcains; Toutes les autres origines ethniques comprennent : Blancs, Latinos Américains = Par exemple : Mexicains, Centraméricains/Sud-américains, Autochtones = Comprend les Inuits, les Métis, les Premières nations et Autochtones non précisés, Asiatiques = Par exemple les Chinois, les Japonais, les Vietnamiens, les Cambodgiens, les Indonésiens, les Laotiens, les Coréens, les Philippines, Autre = 50 enfants dont l'origine ethnique était indéterminée. (Source : [5], p. 35-36, tableau 12).

3.7 Âge

À l'échelon national, de 1998 à 2006, une proportion substantielle des cas de sida et des rapports de test positifs pour le VIH faisant partie de la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique sont survenus parmi les jeunes groupes d'âge. Lorsqu'on ventile la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique selon l'âge, 78,2% des rapports de tests positifs pour le VIH recensés de 1998 à la fin de 2006 sont survenus chez les personnes de moins de 40 ans (34,2% chez les personnes de moins de 30 ans et 44,0% chez celles âgées de 30 à 39 ans). De 2001 à 2006, dans la mesure où l'âge des personnes était connu, 59% de tous les rapports de tests positifs ont été recensés chez des personnes de moins de 40 ans (22% chez les personnes de moins de 30 ans et 37,2% chez les personnes âgées de 30 à 39 ans) [2].

Dans la même catégorie d'exposition, 43,9% des cas de sida survenus de 1998 à la fin de 2006 ont été diagnostiqués chez des personnes âgées de 30 à 39 ans, 15,3% chez des personnes de moins de 30 ans [2],

tandis que le groupe d'âge de 30 à 39 ans représentait 38% du nombre total de cas de sida déclarés au cours de la même période [5].

Le VIH/sida semble toucher les personnes plus jeunes dans cette sous-catégorie. Encore une fois, cela réitère l'importance que les initiatives de prévention et de dépistage tiennent compte des femmes en âge de procréer provenant de pays où le VIH est endémique (âgées de 15 à 44 ans) et des risques potentiels de transmission périnatale du VIH [2].

3.8 Immigration et surveillance du VIH/sida

Le test de dépistage de routine du VIH chez les immigrants a été mis en œuvre en janvier 2002 par CIC. Toutes les personnes qui font une demande de résidence permanente au Canada et certaines des personnes qui demandent un statut temporaire sont tenues de subir un examen médical réglementaire (EMR) et sont soumises

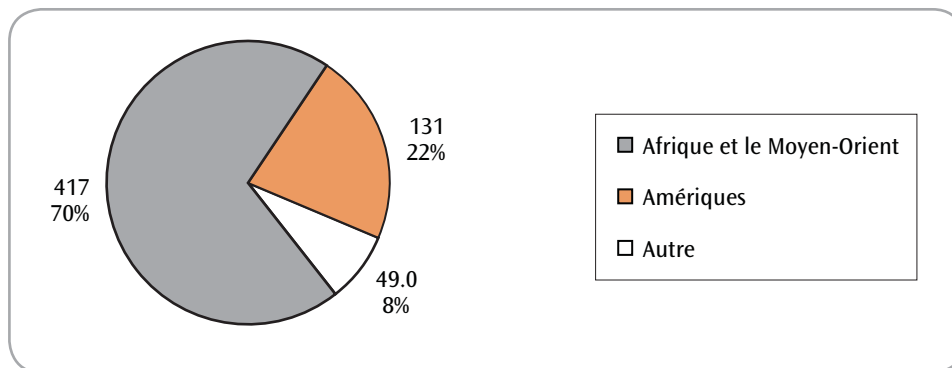
à un test de dépistage du VIH si elles sont âgées de 15 ans et plus (ou à tout âge si elles présentent un facteur de risque connu, notamment si elles ont reçu une transfusion sanguine). Les demandeurs peuvent se voir refuser l'admission au Canada pour des raisons de santé si leur état de santé constitue vraisemblablement un danger pour la santé publique ou la sécurité publique, ou risque d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé canadiens [16].

En général, le VIH n'est pas considéré comme un danger pour la santé et la sécurité publiques. Toutefois, si les besoins médicaux du demandeur séropositif risquent d'entraîner un fardeau excessif pour le système canadien de soins de santé, le demandeur peut-être réputé non admissible au Canada pour des raisons de santé. La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* [17] exempte certains groupes de demandeurs de la détermination du fardeau excessif. Ces groupes comprennent les réfugiés, le conjoint parrainé d'un résident permanent/citoyen canadien et leurs enfants à charge. La vaste majorité des personnes recevant un diagnostic de VIH dans le cadre de l'examen médical réglementaire font partie de ces

groupes. Par conséquent, la majorité des demandeurs séropositifs sont admissibles au Canada.

Du 15 janvier 2002 au 31 décembre 2006, 2 567 demandeurs qui ont subi un EMR ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH. En 2006, 597 demandeurs ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH dans le cadre de ce processus. Comme le montre la figure 16, ils étaient répartis comme suit : 417 (69,8%) sont nés en Afrique et au Moyen-Orient, 131 (21,9%) dans les Amériques, 29 (4,9%) en Asie et 20 (3,4%) en Europe. On peut caractériser davantage ces 597 personnes qui ont eu un test positif, en indiquant le lieu où le test a été exécuté, car 215 (36%) d'entre elles ont subi le test à l'extérieur du Canada et 382 (64,0%) l'ont subi au Canada. Les 382 personnes qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH au Canada en 2006 dans le cadre du processus d'EMR représentent 14,9% du nombre total de tests positifs pour le VIH qui ont été déclarés à l'ASPC par le biais du système national de surveillance du VIH/sida (c.-à.-d., un total de 2 558 tests positifs pour le VIH ont été déclarés à l'ASPC en 2006) [5].

Figure 16 : Proportion (%) de résultats positifs obtenus au test de dépistage du VIH dans le cadre de l'EMR et lieu géographique de naissance du demandeur, 15 janvier 2002 au 31 décembre 2006 (n = 597)



Légende : *Autre* = Asie [29, 4,9 %] et Europe [20, 3,4 %]. (Source : [2], p. 97).

Il est impossible d'établir une distinction entre les infections acquises à l'étranger et celles acquises au Canada en ce qui concerne les personnes qui subissent le test au Canada. Les méthodes et les données que

l'ASPC utilise à l'heure actuelle pour estimer le nombre de nouvelles infections au Canada ne permettent pas d'effectuer ce type d'analyse. Cependant, des recherches ont été réalisées à ce sujet.

Les données recueillies en 1999 par Adrien et coll. [18] révèlent un taux global de prévalence du VIH de 1,3% chez les Montréalais d'origine haïtienne qui sont nés en Haïti ou dont au moins un des parents est né en Haïti. Cette étude révèle également que la prévalence du VIH était inférieure chez les personnes nées au Canada et celles qui résidaient au Canada depuis plus longtemps. Dans le cadre d'une autre étude, visant à établir une distinction entre les sources d'infection à VIH en Ontario, les résultats d'un exercice de modélisation exécuté par Remis et Merid [19] en 2002 ont laissé entendre que 20% à 60% des nouvelles infections observées dans le groupe d'exposition au VIH endémique en Ontario sont survenues après l'arrivée au Canada. L'isolation des souches appuie cette théorie, indiquant que les infections au sein de cette population surviennent en territoire canadien, mais on ne sait pas avec certitude dans quelle mesure cela se produit. Il faut recueillir davantage de données sur la transmission du VIH pour vraiment comprendre ces tendances.

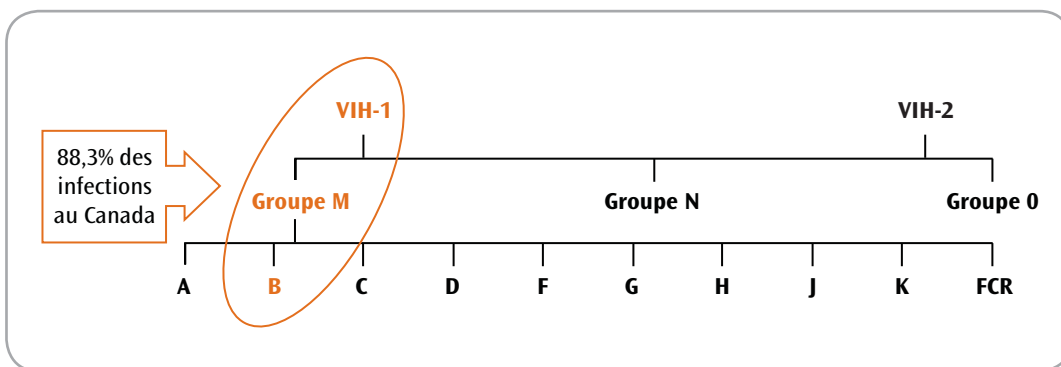
Les résultats de tests positifs pour le VIH des demandeurs qui reçoivent un diagnostic par l'intermédiaire de laboratoires canadiens sont déclarés aux agents de santé publique provinciaux et territoriaux. À l'heure actuelle, les rapports de

tests positifs pour le VIH des demandeurs séropositifs qui ont reçu le diagnostic outremer ne sont pas déclarés aux systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux. Toutefois, depuis 2004, les administrations qui souhaitent recevoir cette information sont avisées par CIC des demandeurs ayant reçu un diagnostic à l'étranger qui sont entrés au Canada [20]. L'objectif de ce processus de notification est de mettre les nouveaux arrivants séropositifs en rapport avec le système de soins de santé canadien à leur arrivée.

3.9 Souche du virus et résistance aux médicaments

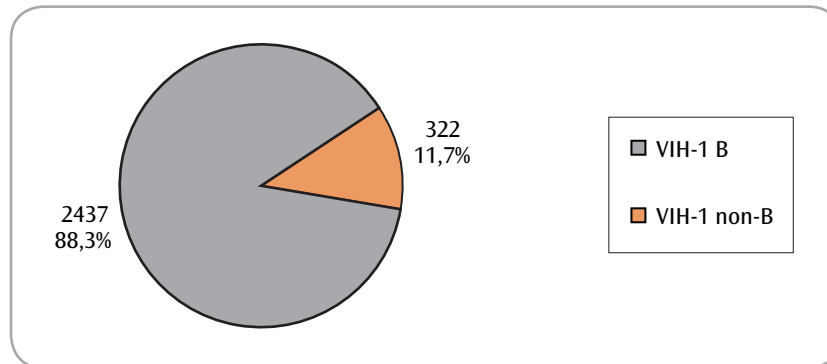
Deux types de virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1 et VIH-2) entraînent la maladie chez les humains. Parmi les deux souches, la VIH-1 est responsable de la majorité des cas de VIH/sida à l'échelle mondiale. La VIH-2 est beaucoup plus rare, beaucoup moins meurtrière et touche actuellement surtout l'Afrique occidentale [21]. Différents sous-types ou « clades » de VIH-1 ont été découverts et on sait qu'ils sont présents dans le monde entier (voir la figure 17). La souche la plus courante au Canada est la VIH-1, groupe M, sous-type B, représentant 88,3% des infections (se reporter à la figure 18) [21].

Figure 17 : Souches de VIH



Légende : Groupe M = principal; Groupe N = nouveau, non-M, non-O; Groupe O = aberrant, FCR = formes circulantes recombinantes c.-à.-d. : sous-type AB, BD, ou AG. (Source [21], p. 3).

Figure 18 : Répartition des souches VIH-1 B et non-B au Canada 1984 – 31 mars 2005 (n = 2 759)



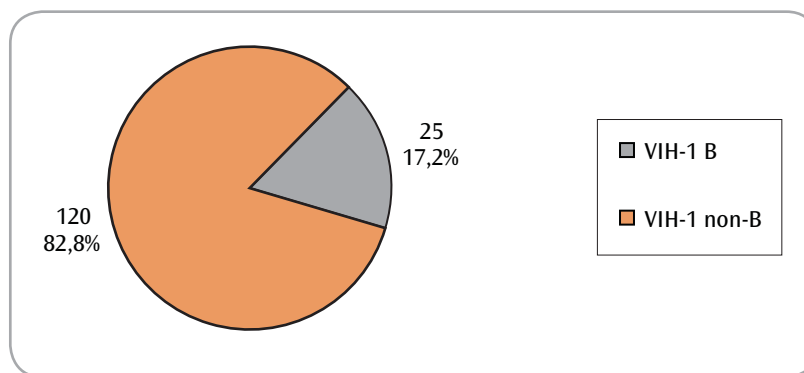
Légende : *VIH-1 non-B* = VIH-1 A, C, D, F, G, H, K, AB, AC, AD, AE, AG, BC, BD, B/AG, K/AE, et K/AG (Source : [21], p. 10, tableau 6).

Les recherches indiquent que 82,8% des cas cumulatifs de VIH qui ont été déclarés dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique ont été causés par des clades non-B de VIH 1 (voir la figure 19). On retrouve des chiffres similaires lors de l'analyse des données sur l'origine ethnique. Par exemple, 74,5% des cas cumulatifs touchant des personnes identifiées comme étant d'origine africaine ou caribéenne résultent d'une infection causée par un sous-type non-B du VIH. Par comparaison, la souche VIH-1 B représente 97,7% et 96,8% des cas des catégories d'exposition HRSH et UDI respectivement, et 96,1% des cas touchant

des personnes identifiées comme étant d'origine caucasienne [21].

Des proportions supérieures d'infection à sous-type non-B ont été dépistées chez les personnes de sexe féminin, comparativement aux personnes de sexe masculin, ce qui reflète la proportion élevée de personnes de sexe féminin dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique. Les sous-types varient à l'échelle du Canada, ce qui reflète probablement les déplacements et la migration en provenance de régions où d'autres sous-types sont dominants [21].

Figure 19 : Répartition des souches VIH-1 B et non-B dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique au Canada 1984 – 31 mars 2005 (n = 145)



Légende: *VIH-1 non-B* = VIH-1 A, C, D, F, G, H, K, AB, AC, AD, AE, AG, BC, BD, B/AG, K/AE, et K/AG (Source : [21], p. 10, tableau 6).

Tous les sous-types de VIH présentent actuellement une résistance aux médicaments dans les pays où les traitements Antirétroviraux (ARV) sont largement utilisés, et les profils de résistance aux médicaments, qui évoluent au Canada, sont similaires à la prévalence des taux de résistance observée dans d'autres pays où les ARV sont utilisés. Des données indiquant une résistance primaire aux médicaments ont été relevées dans les principales catégories d'exposition suivantes : HRSH, UDI, et contacts hétérosexuels [21]. Il faudrait recueillir des données supplémentaires à l'heure actuelle pour suivre les profils et les tendances de la résistance aux médicaments au Canada afin de déterminer si certains sous-types deviennent plus résistants que d'autres. Les sous-types influent grandement sur les efforts de prévention futurs, notamment la mise au point de vaccins, car tout vaccin anti-VIH mis au point sera probablement axé sur une souche particulière [2, 21].

3.10 Bibliographie

(1) Comité consultatif de l'épidémiologie et Division de la surveillance des maladies (Santé Canada). Définitions des cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale : relevé des maladies transmissibles au Canada. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf> [cité mai 2008]; mai 2000.

(2) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada, novembre 2007.

(3) ONUSIDA et OMS. 07 Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du VIH. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) Accessible sur Internet : http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf [cité mai 2008]; décembre 2007.

(4) Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, chiffres de 2001, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20 %). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/highlight/Ethnicity/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&View=1&Table=1&StartRec=1&Sort=2&B1=Counts> [cité septembre 2008]; 2001.

(5) Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2006. Ottawa: Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada; 2007.

(6) BC Centre for Infection and Disease Control. HIV/AIDS Update Year End 2006. Vancouver: British Columbia Centre for Disease Control. Accessible sur Internet : <http://www.bccdc.org/download.php?item=3321&PHPSESSID=df417a136b20e37e35239580f3661a10> [cité décembre 2007]; novembre 2007.

(7) Singh A. HIV/AIDS Year End Report to December 31, 2007. Edmonton: Alberta Health and Wellness; 6 mai 2008.

(8) Saskatchewan Health. HIV/AIDS in Saskatchewan. Regina: Government of Saskatchewan [site Web]. Accessible sur Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/hiv-aids-annual-report-2003> [cité mai 2007]; 2008.

(9) Manitoba Health. Manitoba Health Statistical Update on HIV/AIDS 1985 - December 2003. Winnipeg: Manitoba Health [site Web]. Available from : <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/surveillance/dec2003.pdf> [cité mai 2007]; août 2004.

(10) Remis RS, Swantee C, Schiedel L, Liu J. Report on HIV/AIDS in Ontario 2005. Toronto: Ontario HIV Epidemiological Monitoring Unit, University of Toronto. Accessible sur Internet : http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/PHERO2005_report.pdf [cité mai 2007]; mars 2007.

(11) Bitera R, Alary M, Parent R, Fauvel M. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: Cas cumulatifs 2002-2006. Québec: Institut National de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Accessible sur Internet : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/718-InfektionPSIVirusImmunoHumaine.pdf> [cité avril 2008]; octobre 2007.

(12) Office of the Provincial Medical Officer of Health. HIV/AIDS Surveillance Report 2000. Halifax: Nova Scotia Department of Health. Accessible sur Internet : <http://www.gov.ns.ca/health/downloads/HIVAIDS2000report.pdf> [cité avril 2007]; novembre 2001.

(13) Liu J, Remis RS. Race / Ethnicity among persons with HIV/AIDS in Ontario, 1981-2004. Toronto: Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, University of Toronto. Accessible sur Internet : http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/Ethnicity_report.pdf [cité juillet 2007]; juin 2007.

(14) Santé publique Québec. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2005 (et projections 2006). Québec: Santé et services sociaux Québec, Gouvernement du Québec Accessible sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-329-01.pdf> [cité mai 2007]; 2006.

(15) Santé Canada. Principes de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine chez les femmes enceintes – 2002. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Juillet 2002, vol. 28 (13).

(16) Germaise D, Elliot R. Canada's immigration policy as it affects people living with HIV/AIDS. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network. Accessible sur Internet : <http://www.aidslaw.ca/FR/publications/index.htm> [cité août 2007]; février 2007.

(17) *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (2001, ch. 27). Ottawa, Ministère de la Justice. Accessible sur Internet : <http://laws.justice.gc.ca/fr/frame/cs/l-2.5> [cité mai 2008]; 2008.

(18) Adrien A, Leane V, Remis RS, Boivin J-F, Rud E, Duperval R, et al. Migration and HIV: an epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *International Journal of STD & AIDS* 1999;10(4):p. 237-342.

(19) Remis RS, Merid MF. The HIV/AIDS Epidemic among Persons from HIV-Endemic Countries in Ontario: Update to December 2002. Toronto: Ontario HIV Epidemiological Monitoring Unit, University of Toronto; juin 2004.

(20) Agence de la santé publique du Canada. Réunion nationale de la surveillance du VIH/sida : 1er et 2 mars 2007; Québec. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (DSER), Agence de la santé publique du Canada (ASPC); juin 2007.

(21) Agence de la santé publique du Canada. Les souches VIH-1 et la pharmaco résistance primaire au Canada - Rapport de surveillance en date du 31 mars 2005. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hiv1-vih1-05/pdf/hiv1-vih1_05_f.pdf [cité mai 2008]; août 2006.

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



CHAPITRE 4 - Vulnérabilité au VIH/sida

« Les communautés de personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont diverses; elles se distinguent par leurs antécédents historiques, leurs langues et leurs traditions culturelles. Malheureusement, ces collectivités sont touchées de façon disproportionnée par de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux qui, en plus d'accroître leur vulnérabilité au VIH, réduisent leur accès aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement. » [1].

4.1 Déterminants de la santé

Les liens entre les déterminants de la santé et le bien-être des personnes et des communautés sont bien documentés. « Il y a peu de documentation sur le VIH/sida dans ce vaste contexte de la santé de la population. On examine plus souvent le lien entre un certain déterminant social et un type de comportement qui met une personne à risque d'infection à VIH » [2].

La présente section du rapport examine la vulnérabilité au VIH/sida des communautés noires au Canada, selon une perspective axée sur les déterminants de la santé [3]. On y examine d'autres facteurs de risque, tels que la violence sexuelle et le racisme, à titre de conditions qui contribuent à accroître la vulnérabilité au VIH/sida au sein de cette communauté.

4.1.1 Revenu, niveau d'instruction et emploi

« L'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable. Le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d'influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau d'instruction accroît également les possibilités d'emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l'information pour soigner leur santé. On associe le chômage, le sous-emploi, un travail stressant ou dangereux avec une piètre santé. Les

gens qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail » [4].

Les gens qui ont un faible revenu ou vivent dans la pauvreté sont plus susceptibles que les personnes ayant un revenu supérieur de courir un risque d'infection à VIH, d'être atteintes du VIH, d'évoluer du VIH au sida et de succomber au sida plus rapidement [2]. L'examen de la relation entre la pauvreté et le VIH/sida effectué dans le rapport intitulé *Deserving Dignity* donne lieu à l'observation suivante : « Il n'est donc pas étonnant que les répercussions de la pauvreté sur la santé des gens vivant avec le VIH soient également graves. Une nutrition inadéquate, un logement médiocre, le stress, un accès inadéquat aux médicaments et à des thérapies complémentaires, les réseaux de soutien social limités peuvent tous avoir des conséquences néfastes sur la santé d'une personne dont le système immunitaire est compromis [...] Un autre contexte important de la relation entre la pauvreté et le VIH est que l'infection à VIH peut souvent mener à la pauvreté. Les effets invalidants de la maladie – ou les effets secondaires des médicaments anti-VIH – peuvent avoir des répercussions sur les possibilités d'emploi; le coût des traitements et des thérapies connexes peut aussi mener à la pauvreté » [5].

Le recensement de 2001 [6] a révélé que la population noire au Canada avait des niveaux de revenu plus faibles et des taux de chômage plus élevés que l'ensemble de la population canadienne et ce, même si les niveaux d'instruction étaient comparables. L'expérience de la population noire à cet égard a aussi été documentée ailleurs [7-10]. En 2000, l'incidence du faible revenu était beaucoup plus élevée chez les familles noires (33%) que chez les familles de l'ensemble du pays (13%). En outre, un nombre supérieur de Noirs seuls avaient un revenu faible

en 2000, comparativement à l'ensemble des personnes seules (51% par opposition à 38%) [6]. L'examen des taux de faible revenu et de pauvreté chez les groupes ethnoraciaux à Montréal, Toronto et Vancouver a permis de constater que ceux-ci étaient plus élevés chez la population noire (groupes africains et caribéens), comparativement à un certain nombre d'autres populations (p. ex., groupes ethnoraciaux européens) [8-9].

Selon la documentation, beaucoup de Noirs travaillent de longues heures dans plus d'un emploi, occupent les quarts de travail les moins populaires et sont victimes de fréquentes mises à pied. Des études portant sur les répercussions du travail par postes indiquent qu'il accroît les risques de blessures et peut entraîner une mauvaise santé [10].

La majorité d'entre nous sommes pauvres et même si nous travaillons... nous travaillons seulement pour assurer notre survie... la majorité des femmes noires... que je connais occupent un emploi et demi, en plus de prendre soin de leur foyer, de leurs parents, leur famille, leur mari et d'autres personnes. Le VIH/sida est très bas sur leur liste de priorités dans l'ensemble car elles travaillent de 50 à 60 heures par semaine. Elles sont incapables de superviser les devoirs de leurs enfants et vous savez qu'elles voient à tout, vous savez qu'elles laissent de côté la question du VIH/sida. C'est la chose la plus facile à laisser de côté. - Femme jamaïcaine [11].

4.1.2 Réseaux de soutien social

« On associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses conditions de vie. L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé » [4].

La documentation sur le VIH/sida et les déterminants de la santé indique que les réseaux de soutien social sont particulièrement importants pour les groupes marginalisés qui sont à risque élevé de contracter le VIH et pour les personnes vivant avec le VIH/sida. On a constaté qu'un tel soutien peut améliorer la qualité de vie et la longévité des personnes vivant avec le VIH/sida [2].

Comme pour de nombreuses communautés immigrantes et réfugiées, les personnes immigrantes Noires perdent souvent leur soutien, plus particulièrement le soutien de la famille élargie, lorsqu'elles arrivent dans un nouveau pays comme le Canada. Le processus d'immigration et d'établissement sépare parfois les partenaires ainsi que les parents de leurs enfants pendant de longues périodes. Cela peut fragmenter les familles et les rendre vulnérables [10].

Pour les personnes noires vivant avec le VIH/sida, la nécessité de faire appel à des services de soutien peut susciter un certain nombre de préoccupations, en particulier en ce qui concerne les questions de confidentialité, d'anonymat, de respect de la vie privée, de stigmatisation et de discrimination. La peur et l'anxiété liées à ces questions peuvent amener les gens à hésiter à divulguer leur séropositivité en raison des répercussions négatives que cela pourrait avoir sur leurs relations et leurs moyens de subsistance. Lorsqu'ils négligent de demander un soutien afin de mieux vivre avec le VIH/sida, les gens finissent par s'isoler socialement, ce qui, en retour, compromet leur santé [12].

J'ai constamment peur, vous savez? Je ne veux pas être jugé, je ne veux pas être ostracisé. Vous savez? C'est vraiment difficile.

- Homme éthiopien séropositif [12].

4.1.3 Environnements sociaux et culture

« L'éventail des valeurs et des normes d'une société influence à divers degrés la santé et le bien-être des personnes et des populations. De plus, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, les bonnes relations de travail et des collectivités qui se tiennent

résultent en une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques potentiels menaçant la santé. Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient » [4].

Dans la documentation, l'environnement social propice au VIH/sida est caractérisé par les comportements discriminatoires des personnes et des gouvernements. Selon Spigelman [2], « Les préjugés, la discrimination et les stigmates sont un facteur important de l'épidémie au Canada et le VIH/sida est plus présent dans les milieux marqués par la discrimination. La discrimination a lieu lorsque des caractéristiques particulières manifestées par des personnes atteintes du VIH/sida, comme la toxicomanie ou l'orientation sexuelle, sont amplifiées au point où on ne reconnaît plus leur humanité individuelle ni leur diversité collective ».

Il existe un important problème dans l'environnement social des communautés noires, à savoir les attitudes stigmatisantes manifestées envers les personnes séropositives au sein de la communauté même, qui sont fondées sur des hypothèses concernant l'infection (p. ex. le VIH/sida est une « maladie gaie », la promiscuité mène à l'infection, le VIH est associé à la mort). Ces attitudes entraînent le déni, amenant les gens à considérer le VIH comme quelque chose qui arrive aux « autres ». Le commérage, le harcèlement verbal ou la ridiculisation, et l'ostracisme sont souvent les façons dont la communauté réagit au VIH. La stigmatisation provient aussi de l'extérieur de la communauté, où l'on a souvent le sentiment que le VIH est une maladie touchant les Noirs ou les Africains. Ce sentiment contribue aussi au déni du VIH dans la communauté et accroît la vulnérabilité de la communauté [12].

Tous les gens de la communauté le savent, ils savent que je suis séropositive et ils disent du mal de moi. Vous savez, ils me traitent même de tous les noms. Ils ne me connaissent pas, ils ne savent rien de moi, mais, parce qu'ils ont appris que je suis séropositive, ils croient que je suis une salope.
- Femme kényane séropositive [12].

Je crois que le déni du VIH, la raison pour laquelle la communauté noire en général ne veut pas y faire face, tient en partie au fait que le sida est présenté comme quelque chose qui vient de l'Afrique. Et les gens touchés ne veulent pas que la communauté, le monde en général, le monde européen blanc, mettent ça sur le dos des Noirs. Alors [on considère] en quelque sorte que cela est causé par l'homosexualité, le péché. Cela ne vient pas de l'Afrique.
- Femme trinitadienne [12].

L'infirmière à la clinique [du VIH], elle a fait un commentaire très sarcastique. Elle a mentionné qu'elle dit toujours à ses filles que toutes les personnes originaires de l'Afrique sont séropositives... Vous savez, cela ne nous aide pas. Nous n'avons pas besoin d'être rejetés de la sorte.
- Femme kényane séropositive [12].

Un autre problème important qui caractérise l'environnement social entourant le VIH/sida dans les communautés noires est l'homophobie ou le déni de l'existence de l'homosexualité au sein de la communauté. Le VIH est souvent considéré, à tort, comme une maladie gaie, et les personnes séropositives sont donc perçues comme ayant mérité leur situation. Par conséquent, il arrive souvent que les personnes qui s'identifient comme étant lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres ou homosexuelles ne « sortent pas du placard » parce qu'elles ont peur d'être stigmatisées ou ostracisées dans la communauté. Elles gardent plutôt le secret quant à leur orientation sexuelle ou leur identité sexuelle, et peuvent aussi entretenir des relations avec des personnes du sexe opposé [11].

Parce que vous êtes homosexuel, vous touchez le fond du baril. Ajoutez le sida à cela, vous vous retrouvez sous le sacré baril. Vous pouvez toucher le fond du baril, et il y a le dessous du baril. Et ensuite, on finit simplement par vous éviter complètement. - Homme trinidadien séropositif [12].

Un homme homosexuel ne sera pas accepté par sa famille, il est maudit. Étant donné que la plupart des Éthiopiens sont très religieux et pratiquent la religion orthodoxe... les choses de ce genre sont inacceptables. - Femme éthiopienne [11].

4.1.4 Environnements physiques

« L'environnement physique est un déterminant important de la santé. À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent provoquer divers effets néfastes sur la santé parmi lesquels on peut citer les cancers, les malformations à la naissance, les maladies respiratoires et les malaises gastro-intestinaux » [4].

L'environnement physique dans lequel vivent les personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter est étroitement lié à leur revenu, à leur emploi et à leurs conditions de travail. Les gens qui ont un faible revenu vivent et travaillent habituellement dans des endroits où ils risquent davantage d'être exposés à des contaminants qui sont nocifs à leur santé, ainsi qu'à la violence. Cela comprend le fait de vivre dans la rue et d'être sans-abri.

En raison d'un faible revenu et de la pauvreté, un grand nombre de communautés noires du Canada ont un accès limité à des logements sécuritaires et abordables et vivent plutôt dans des quartiers ségrégués qui ont un accès limité aux services et connaissent une incidence de violence supérieure. Selon Galabuzi [13], « Dans les zones urbaines du Canada, la concentration spatiale de la pauvreté ou de la ségrégation résidentielle s'intensifient le long des lignes raciales ». La dimension de l'exclusion sociale accroît la vulnérabilité au VIH et compromet la santé des personnes noires vivant avec le VIH/sida.

L'environnement physique associé à l'incarcération expose aussi les communautés noires à un risque particulier de VIH. Un nombre disproportionné de Noirs sont incarcérés au Canada et les détenus sont 7 à 10 fois plus susceptibles d'être infectés par le VIH que les personnes qui ne sont pas incarcérées [14].

Afin d'établir un profil des délinquants membres de minorités visibles au Canada, on a pris, en novembre 2002, un instantané d'une journée de tous les délinquants sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada (y compris les délinquants incarcérés dans les établissements correctionnels fédéraux et ceux qui sont sous surveillance dans la collectivité). Pour les besoins de cette étude, les délinquants ont été répartis en quatre groupes : les Blancs, les Noirs, les Asiatiques et les « autres minorités visibles »^{xvi}. L'étude [15] a révélé que :

- Comparativement à la population canadienne, les Noirs sont représentés de façon disproportionnée dans la communauté des délinquants. Bien qu'ils représentent 2,2% de la population canadienne à l'heure actuelle, les Noirs représentent 6% des délinquants incarcérés dans des établissements correctionnels fédéraux et 7% des délinquants sous surveillance dans la collectivité.
- En ce qui concerne les groupes en particulier, les délinquants noirs étaient plus susceptibles d'être incarcérés en Ontario (56%), venaient ensuite les régions du Québec (19%), de l'Atlantique (12%), des Prairies (10%) et du Pacifique (3%).
- Les délinquants membres de minorités visibles étaient plus jeunes que les délinquants d'origine caucasienne au moment de leur admission dans un

^{xvi} Les deux premiers groupes, les Blancs et les Noirs, n'ont pas été modifiés en raison de leur taille considérable au sein de la population de délinquants sous responsabilité fédérale comparativement aux autres populations de délinquants membres de minorités visibles. Les délinquants asiatiques, chinois, japonais, coréens, asiatiques du Sud et asiatiques du Sud Est ont été regroupés dans la catégorie des « Asiatiques ». Les délinquants arabes/asiatiques occidentaux, hispaniques, philippins, latino américains, indiens d'Asie et « autres » ont été regroupés dans la catégorie des « autres minorités visibles ».

établissement correctionnel fédéral. Les délinquants d'origine caucasienne avaient la moyenne d'âge la plus élevée au moment de l'admission (35 ans), suivis par les délinquants « membres d'autres minorités visibles » (33 ans), les délinquants asiatiques (31 ans) et les délinquants noirs (30 ans). Des résultats semblables étaient évidents chez les délinquants sous surveillance dans la collectivité.

- Même si aucune différence importante n'a été constatée quant au sexe chez les délinquants incarcérés (98% des délinquants d'origine caucasienne et 97% des délinquants membres de minorités visibles étaient des hommes), une plus grande proportion des femmes sous surveillance dans la collectivité étaient noires (11%) comparativement aux groupes d'origine caucasienne (4%), d'origine asiatique (7%) et aux « autres minorités visibles » (6%).

4.1.5 Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

« Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé » [4].

Les communautés noires sont diverses, et différentes habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles contribuent à rendre les personnes noires vulnérables au VIH/sida. La difficulté à discuter de la santé, des relations sexuelles et de la sexualité, et le silence entourant ces questions, entravent la capacité des communautés noires touchées à obtenir de l'information sur le VIH/sida, que ce soit à des fins de prévention ou que celle-ci cible les personnes vivant avec le VIH/sida [16].

On associe le VIH aux relations sexuelles. Par conséquent dans ma culture, les relations sexuelles sont un sujet tabou, les gens ne parlent pas vraiment de leur vie sexuelle, cela n'est pas normal.
- Femme somalienne [11].

En raison de facteurs comme le contexte de vie, la situation sur le plan des relations, le logement, le statut d'immigrant, entre autres, certains comportements à risque individuels adoptés au sein des communautés noires contribuent à la vulnérabilité au VIH/sida, notamment :

- avoir des relations sexuelles sans condom;
- avoir des relations sexuelles à la hâte et en secret, ce qui pourrait éliminer la possibilité de négocier l'usage du condom ;
- décider de ne pas subir le test de dépistage du VIH;
- nier la séropositivité et choisir de ne pas la divulguer aux partenaires sexuels;
- faire usage de drogues, comme la marijuana, ce qui peut réduire la capacité de prendre des décisions en matière de relations sexuelles protégées;
- travailler dans l'industrie du sexe pour gagner sa vie [12].

Cela va à l'encontre de leur éthique, cela va à l'encontre de tout ce en quoi ils croient, c'est comme recouvrir le corps de plastique et avoir des relations sexuelles, ils ne veulent pas le faire. Et certaines personnes ne vous donneront même pas la chance de le leur expliquer la situation. Alors c'est un gros problème.
- Homme éthiopien [12].

Je ne subirais pas le test, je sais beaucoup de choses mais je ne subirais pas le test. Parce qu'il y a... Je crois que si j'obtenais un résultat positif au test maintenant, je ne pourrais pas faire face à la situation, j'ai tellement d'autres problèmes à régler. C'est comme, bien, je vais peut-être attendre. Peut-être que je changerai d'idée bientôt, mais pour le moment, je ne subirais pas le test. J'ai trop de problèmes à régler en ce moment. - Femme africaine [11].

Il existe très peu d'information sur l'usage de substances et la toxicomanie, y compris l'usage de drogue par injection, au sein de la population noire du Canada [10]. D'après un rapport de 2001 de Santé Canada [17], les représentants clés de la communauté noire et caribéenne ont relevé les tendances suivantes concernant l'usage de substances et la toxicomanie chez la population noire du Canada :

- La consommation d'alcool est perçue comme un moyen de socialiser avec les amis et l'abus d'alcool n'est pas considéré comme un problème de santé. On retrouve des « buveurs solitaires », surtout chez les hommes de 50 ans et plus, un problème que l'on attribue à la frustration liée au fait « d'être très scolarisé et de se retrouver au chômage ou sous-employé ». L'alcool est utilisé comme mécanisme d'adaptation. L'alcoolisme est perçu comme une « maladie cachée » chez les femmes noires, et ses répercussions sur la vie familiale ne sont pas reconnues.
- La toxicomanie – la consommation de marijuana, de hachisch, de crack, de cocaïne et de médicaments d'ordonnance, et la mastication de khat/miraa^{xvii} – est souvent cachée. La marijuana est considérée comme une herbe qui est bonne pour la santé [10].
- Le tabagisme est accepté socialement et n'est pas perçu comme un grave problème de santé qui peut provoquer des maladies pulmonaires ou le cancer. On l'utilise pour soulager le stress [10].

Le recours à des rites, des thérapies et des traitements traditionnels peut aussi influencer sur la vulnérabilité au VIH. Dans le cas des communautés noires, ceux-ci comprennent le nettoyage vaginal (assèchement des sécrétions vaginales) et la douche vaginale, la circoncision masculine et la mutilation génitale des femmes exécutées dans des conditions dangereuses [16].

xvii Khat/miraa : arbuste vert feuillu dont les feuilles produisent, lorsqu'on les mâche, des effets psychotropes, euphoriques, métaboliques et cardiovasculaires semblables à ceux que provoque l'amphétamine.

On a déterminé que le manque de temps et les limites financières sont souvent les raisons pour lesquelles les personnes noires ne consultent pas de médecin tant qu'elles ne sont pas gravement malades. Elles s'en remettent plutôt à des remèdes maison pour traiter les symptômes à mesure qu'ils apparaissent [10]. Ce comportement survient chez des personnes noires vivant avec le VIH/sida. Le fait de nier leur séropositivité a aussi pour effet d'amener les gens à retarder la consultation d'un médecin jusqu'à ce qu'ils soient très malades, ce qui favorise une progression plus importante de la maladie et la possibilité de développer le sida.

La majorité des personnes noires au Canada ont une appartenance religieuse. Le manque fondamental de connaissances sur le VIH, associé au fait de s'identifier fortement comme étant une personne religieuse, semble influencer sur les opinions au sujet du VIH/sida et sur les stratégies d'adaptation. Cette situation donne lieu à des croyances particulières – et par conséquent, à des comportements – qui sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité au VIH/sida des communautés noires. Les croyances relatives aux relations sexuelles, à la sexualité et à la mort sont particulièrement importantes. Les relations sexuelles constituent souvent un sujet tabou qui mérite peu ou pas de discussions avec les chefs religieux ou entre eux, et qui limite aussi la discussion de la prévention du VIH et la prestation de soutien aux personnes séropositives. Les personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées par ce dernier, sont souvent isolées car elles ont peur que la divulgation de leur situation ait des répercussions sur leur engagement et leur participation au sein de leur communauté religieuse. Dans certains contextes religieux, on considère que les personnes séropositives n'ont pas tenu compte des limites relatives aux relations sexuelles ou ont enfreint un « code moral », se couvrant de honte et apportant la honte à leurs parents et à leurs familles : le VIH est perçu comme une punition. Par contre, la religion peut jouer un rôle positif pour ce qui est d'aider les gens à faire face au VIH/sida [12].

Nous avons constaté que... les femmes semblent être plus religieuses. C'est ce que nous avons observé : les femmes assistent aux offices religieux en plus grand nombre que les hommes. La femme

peut avoir une foi ardente contrairement à son mari. Il se peut donc que les femmes estiment qu'il convient de demeurer fidèle dans le mariage, et sont par conséquent moins enclines à avoir des relations sexuelles extra-conjugales, tandis que le mari qui n'est pas très religieux juge qu'il est acceptable d'avoir des relations extra-conjugales avec d'autres femmes. Nous avons donc constaté que... les femmes, pour autant qu'elles respectent ardemment leur système de croyances continuent de contracter le VIH.

- Fournisseur de services liés au sida, rattaché à un groupe confessionnel [11].

4.1.6 Développement sain durant l'enfance

« De nouveaux éléments probants sur les effets des premières expériences sur le développement du cerveau, sur la maturité scolaire et sur la santé dans la vie ultérieure suscitent un consensus sur le fait que les premières phases du développement de l'enfant sont un déterminant puissant de sa santé pour l'avenir. » [4].

La documentation sur le VIH/sida et les déterminants de la santé mentionne peu de manière particulière le développement sain durant l'enfance, mais elle traite des expériences vécues pendant la petite enfance. Les antécédents d'abus sexuel sont clairement associés à l'adoption de comportements à risque; à savoir, les enfants qui sont victimes d'abus sexuel et même d'autres formes d'abus, sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui les exposent à un risque accru de contracter le VIH [2].

Les abus sexuels subis durant l'enfance font l'objet de peu de discussions dans les communautés noires (en général, la question de la violence sexuelle est rarement discutée). Dans les cas où il existe de la documentation, celle-ci indique que les abus sexuels subis durant l'enfance peuvent mener directement à une infection à VIH, ou leurs répercussions peuvent compromettre la capacité de la personne à prendre des mesures de prévention du VIH [16].

Deux groupes faisant partie des communautés noires ont reçu peu d'attention mais sont particulièrement vulnérables, à savoir les enfants et les jeunes qui sont nés et vivent avec le VIH/sida et les enfants et les jeunes rendus orphelins par le sida. Dans ce contexte, les parents font face à des problèmes particuliers qui influent sur le développement de leurs enfants. Par exemple, les parents séropositifs craignent de divulguer leur état et s'inquiètent de savoir, s'ils tombent malades ou meurent, qui s'occupera de leurs enfants. Ce stress supplémentaire peut avoir une incidence sur leur façon d'élever leurs enfants. Les parents séropositifs peuvent être séparés de leurs enfants, peuvent s'occuper d'enfants qui sont également séropositifs, et peuvent éprouver un sentiment de culpabilité associé au fait d'avoir un enfant séropositif [12].

C'est difficile de vivre sans sa famille. Je n'ai personne. Je me demande parfois maintenant qu'arrivera-t-il à mon enfant s'il m'arrive quelque chose? Je n'aime pas trop en parler parce que cela me donne envie de pleurer parce que j'aime vraiment beaucoup ma famille. Et je me dis, j'espère que Dieu m'aidera à les faire venir ici auprès de moi. - Femme kenyane séropositive [12].

4.1.7 Patrimoine biologique et génétique

« La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé. Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant la santé. Même si les éléments socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé globale, dans certains cas, le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à des maladies précises ou à des problèmes de santé particuliers » [4].

Bien qu'il n'existe aucun élément probant qui démontre que les personnes noires ont une prédisposition génétique au VIH, il semble être biologiquement plausible que la susceptibilité au VIH puisse différer d'une population à l'autre. D'après Pépin [18], dans une

certaine mesure, la prévalence élevée de VIH parmi les personnes Afro-américaines résulte certainement de la pauvreté, du comportement et des taux supérieurs d'infections transmissibles sexuellement (ITS). Toutefois, une étude menée en 2004 sur des hommes homosexuels dans sept villes américaines a révélé que les différences sur le plan des comportements à risque ne permettaient pas d'expliquer les disparités raciales/ethniques dans la prévalence du VIH chez ces hommes, ce qui renforce la plausibilité de l'hypothèse selon laquelle la susceptibilité génétique de la population pourrait être l'un des nombreux déterminants.

En outre, il semble exister des différences dans la réaction à divers traitements et thérapies contre le VIH/sida entre la population noire et les autres populations. Des études réalisées aux États-Unis ont révélé ce qui suit :

- Les personnes de descendance africaine sont sept fois plus susceptibles que les Blancs d'être porteuses d'une variante spécifique du gène qui contrôle l'expression de l'isoenzyme CYP2B6. Par conséquent, les personnes noires, en tant que groupe, éliminent l'efavirenz plus lentement, ce qui peut entraîner des effets secondaires plus intenses mais aussi favoriser une efficacité supérieure. L'expression de P-glycoprotéine varie aussi selon le groupe racial/ethnique [19].
- Les personnes de descendance africaine noire (qui souvent, ne portent pas le marqueur génétique HLA B7501) présentent des taux inférieurs de réaction d'hypersensibilité à l'abacavir. Il se peut donc que l'utilisation de l'association zidovudine/lamivudine/abacavir puisse constituer le régime approprié pour une personne Afro-américaine naïve de tout traitement présentant une résistance initiale aux médicaments et une charge virale de base faible [20].

Il faut étudier plus à fond les questions liées à l'incidence de la biologie et de la génétique dans le cadre de recherches pour évaluer pleinement leur incidence sur les services de prévention, de soins, de traitement, de soutien et de diagnostic liés au VIH/sida.

4.1.8 Services de santé

« Les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions de l'Homme contribuent à la santé de la population » [4].

La documentation sur le VIH/sida et les déterminants de la santé souligne que l'hypothèse selon laquelle la plupart des gens éprouvent une grande confiance à l'égard du système de santé et font appel à ses services peut ne pas tenir en ce qui concerne un grand nombre des personnes qui sont à risque d'infection à VIH ou qui vivent avec le VIH/sida. En outre, la documentation indique que le système de santé en soi est en partie responsable des résultats médiocres en matière de santé qui sont évidents au sein de ces populations, car les gens font souvent face à des obstacles lorsqu'ils tentent d'obtenir les soins et les traitements dont ils ont besoin [2, 21]. La perception de nombreux nouveaux arrivants au Canada quant à ce qui est adéquat dans le système de santé canadien varie selon l'expérience qu'ils ont vécue en matière d'accès aux services dans leur pays d'origine.

En ce qui concerne les communautés noires, de nombreux obstacles entravant l'accès aux services de santé pertinents et adaptés ont été documentés, dont les suivants :

- la discrimination institutionnelle et la faible représentation des Noirs parmi le personnel des soins de santé, en particulier aux échelons décisionnels;
- le manque d'information adaptée et appropriée à la culture;
- le traitement dégradant et le manque de compréhension culturelle de la part du personnel des soins de santé;
- la piètre qualité ou l'absence des services de santé dans les régions comptant une forte population noire (p. ex., dans certaines parties d'Halifax et de Windsor);

- le manque de sensibilisation des membres de la communauté à l'égard des services qui sont à leur disposition;
- le manque de counselling lié au VIH;
- une pénurie de traducteurs et le manque d'information dans des langues appropriées autres que l'anglais ou le français;
- la difficulté de communiquer avec le personnel des soins de santé en raison des différences sur le plan linguistique, de l'accent, et de la terminologie utilisée pour décrire les parties du corps et les maladies, et des façons de communiquer [10].

Souvent, les organismes d'envergure supérieure qui fournissent des services liés au VIH/sida n'offrent pas de services adaptés à la culture... les quelques organismes qui offrent des services adaptés à la culture et qui tiennent compte du contexte de celle-ci ne disposent souvent pas du personnel et des installations nécessaires pour fournir des services adéquats aux gens... Les gens se retrouvent devant un dilemme, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas se prévaloir efficacement des services disponibles parce qu'ils ne sont pas adaptés à leur contexte, et que ceux qui le sont ne disposent pas des ressources ou des installations requises pour fournir les services.
- Fournisseur de services liés au sida, rattaché à un groupe confessionnel [11].

Des recherches effectuées sur la localisation et la répartition des fournisseurs de services liés au VIH à Toronto ont révélé que les communautés qui ont moins accès à des services liés au VIH étaient caractérisées par des niveaux de concentration supérieurs de désavantage économique, d'immigration et de pourcentage de population noire au Canada [22]. D'autres recherches ont permis de constater que les personnes noires vivant avec le VIH/sida ont reçu des soins de santé de très haute qualité à Toronto, et que les expériences qu'elles avaient vécues dans leurs rapports avec les organismes de services liés au sida avaient généralement été positives, car ceux-ci étaient perçus comme une source de soutien,

de sentiment d'appartenance à la communauté, et de possibilités de bénévolat et d'emploi [12].

4.1.9 Sexe

« Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes » [4].

La documentation sur le VIH/sida et les déterminants de la santé souligne que la susceptibilité biologique au VIH/sida liée au sexe chez les femmes est aggravée par leur situation sociale et économique [2].

Les normes associées aux sexes dans les communautés noires rendent les hommes et les femmes vulnérables au VIH. Elles prescrivent des rôles fondés sur la domination exercée par les hommes sur les femmes (patriarcat) et caractérisent les comportements connexes comme étant des normes « culturelles » ou « religieuses ». On a tendance à adopter deux poids deux mesures à l'égard de la pratique consistant à avoir plusieurs partenaires sexuels, en ce sens que ce comportement est admissible, et parfois attendu, en ce qui concerne les hommes, alors que ce n'est pas le cas en ce qui concerne les femmes. Même si les partenaires de sexe féminin peuvent être au courant de ce comportement et du risque potentiel d'infection à VIH qu'il comporte (en raison de l'omission d'utiliser un condom), il se peut qu'elles acceptent de poursuivre une relation pour des raisons d'ordre financier, affectif ou social. Ce comportement peut aussi être accepté si la partenaire de sexe féminin dépend du partenaire de sexe masculin au cours du processus d'immigration ou n'est pas en mesure de communiquer en anglais ou en français [11].

Dans la documentation portant expressément sur le VIH/sida dans les communautés noires, les différences

relevées entre les sexes comprennent la tendance des hommes hétérosexuels noirs à être plus susceptibles de nier leur séropositivité, une incidence négative sur les relations intimes à la suite de l'établissement du diagnostic chez de nombreuses femmes, ainsi que la menace et l'expérience de la violence physique et sexuelle dirigée contre les femmes [12].

Vous ne voulez pas en parler. Parce que si vous rencontrez quelqu'un, que lui direz-vous, « je suis séropositive »? Personne ne voudra vous fréquenter, sauf une autre personne séropositive. N'est-ce pas?
- Femme jamaïcaine séropositive [12].

4.2 Autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH/sida des personnes noires

4.2.1 Violence sexuelle

La violence sexuelle est liée à d'autres déterminants de la santé mais elle nécessite une attention spéciale parce qu'elle est fondée sur le sexe et en raison de sa manifestation particulière au sein des communautés noires.

D'après l'ouvrage intitulé *Guide et manuel de prévention du VIH : Outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada* (2006) [16]:

- La violence sexuelle et physique envers les femmes et les enfants a un impact direct sur l'aptitude de pratiquer la prévention du VIH chez les femmes et chez les enfants. Dans plusieurs cultures africaines et africaines caribéennes, les problèmes de violence ne sont jamais discutés au sein de la famille, de la communauté ou au sein des deux. Le peu de filles ou de femmes qui dénoncent cette violence font face aux stigmates et à la répression de la part de leur famille pour en avoir parlé ou pour avoir cherché de l'aide et particulièrement si l'offenseur est un membre immédiat ou éloigné de la famille ou s'il fait

partie de la communauté africaine et africaine caribéenne.

- Des rapports sexuels forcés, le viol ou l'inceste peuvent mener à une infection à VIH, alors que la peur des violences sexuelles et physiques limite l'aptitude des femmes à négocier l'usage du préservatif. Plusieurs femmes africaines ont fui les persécutions des pays de l'Afrique subsaharienne déchirés par la guerre et peuvent avoir été violées ou torturées, ce qui résulte à des blessures physiques, des grossesses et une exposition au VIH.
- Les petites filles, les jeunes femmes, les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres et les handicapés sont souvent la cible de victimisation sexuelle et physique. Même si les garçons et les hommes subissent également une violence sexuelle, il est important de reconnaître que les petites filles et les femmes sont disproportionnellement affectées par les violences sexuelles et physiques, quel que soit le pays d'origine, la culture, la classe sociale, la religion ou le groupe ethnique. Leur habileté de pratiquer la prévention du VIH peut-être affectée par l'après coup de la violence sexuelle (ex. : dépression, perte de valeur et perte d'un sens de bien-être). Les recherches indiquent également qu'un abus sexuel à un bas âge peut prédisposer les survivants à des risques d'épisodes répétitifs d'abus et de violence sexuelle durant l'âge adulte, ce qui peut réduire leur habileté de négocier le sexe sans risque et réduire leur habileté d'identifier leur droit de protéger leur corps. L'impact de la violence sexuelle doit être reconnu en concevant des activités de prévention du VIH primaire et secondaire telles que des programmes de liaison et des campagnes de dépistage du VIH.

4.2.2 Racisme

Le racisme, tout comme la violence sexuelle, est lié à d'autres déterminants de la santé. Cependant, pour comprendre en profondeur les autres déterminants de la santé et la vulnérabilité particulière des

communautés noires au VIH/sida, il faut comprendre ce que signifie être Noir au Canada.

Les communautés noires du Canada, dont l'histoire remonte aux années 1600, font depuis longtemps l'objet d'exclusion, de marginalisation et de discrimination systémiques fondées sur la race. Cette situation a restreint les possibilités qui leur sont offertes dans de nombreux domaines, notamment sur les plans de l'éducation, de l'emploi, du logement et de la participation communautaire ce qui, en retour, a nui à la bonne santé des membres des communautés noires. Le gouvernement du Canada a reconnu l'existence et l'impact dévastateur du racisme au Canada, et en tient compte dans son document intitulé *Un Canada pour tous : le Plan d'action du Canada contre la discrimination raciale* [23].

L'expérience du racisme se recoupe et interagit activement avec d'autres problèmes systémiques, tels que ceux qui sont fondés sur le sexe, l'orientation sexuelle et le statut socio-économique, et engendre des risques particuliers d'infection à VIH ainsi qu'une expérience particulière de la vie avec le VIH chez les membres des communautés noires. Il ressort de cette situation que le risque d'infection à VIH des personnes noires n'est pas simplement une question de comportement individuel, mais fait plutôt partie d'un vaste système qui influe sur ce comportement. Ce message trouve un écho dans deux publications récentes portant expressément sur le VIH/sida dans les communautés noires :

Des participants africains et caribéens nous ont dit que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont engendrées et répétées dans le cadre de structures et processus sociaux de portée plus générale, de croyances culturelles et religieuses, et d'interactions quotidiennes. Les points d'intersection des attitudes et des pratiques discriminatoires ont de profonds effets sur les personnes qui vivent avec le VIH, et qui sont forcées de négocier une foule de relations et de services afin de maintenir la sécurité et la confidentialité... L'étude sur la stigmatisation fournit en outre des renseignements sur la façon dont le sexe, la race et la pauvreté se

recourent avec la stigmatisation, le déni, la peur et la discrimination liés au VIH/sida. La compréhension de ces questions multiples ne se limite pas aux expériences locales, mais se situe dans les processus mondiaux comme traverser les frontières à la recherche de meilleures possibilités et d'une plus grande sécurité; l'isolement lié au fait de vivre dans un pays étranger; la solitude ressentie lorsqu'on s'ennuie des êtres chers; la difficulté d'établir de nouvelles relations et de nouveaux réseaux, et la décision de cacher à la famille demeurée au pays d'origine un diagnostic de séropositivité reçu à Toronto [12].

[...] les comportements sexuels individuels sont directement influencés par de multiples facteurs de portée plus générale qui se recourent, notamment le sexe, la race, les aspects économiques, socio-culturels, et religieux, et l'orientation sexuelle. L'intersectionnalité de ces facteurs augmente le risque des femmes africaines et caribéennes de contracter le VIH et fait en sorte que les femmes séropositives ont plus de difficulté à faire face aux répercussions de la maladie [11].

Le racisme et la discrimination rendent certains groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection à VIH en les excluant de la vie sociale et économique normale et en les privant des soutiens sociaux nécessaires pour améliorer et prolonger la vie [2].

Une étude intitulée *Promotion de la santé et diffusion d'information au sein de la communauté canadienne noire et des Caraïbes* (2001) [17] indique que tous les informateurs clés mentionnent l'effet négatif du racisme sur certains déterminants de la santé comme l'estime de soi, la scolarité, l'emploi, le revenu, le logement et le niveau de vie. Ce facteur contribue aux taux élevés de décrochage scolaire, au sous-emploi des professionnels immigrants, au chômage, à la stagnation professionnelle et aux faibles niveaux de revenu. Le faible revenu empêche par ailleurs beaucoup de membres de la communauté de se payer un logement adéquat et de manger des aliments sains et nutritifs.

Selon les informateurs clés, vivre avec le racisme est également source de stress.

D'après Statistique Canada [24], les Noirs sont plus susceptibles d'avoir le sentiment d'avoir fait l'objet de discrimination ou d'un traitement injuste en raison de leur appartenance ethnique, de leur culture, de leur race, de la couleur de leur peau, de leur langue, de leur accent ou de leur religion. Près du tiers (32 %) des Noirs âgés de 15 ans et plus ont dit avoir vécu ces expériences à l'occasion ou souvent au cours des cinq années précédentes, comparativement à 20 % des membres de toutes les minorités visibles et à 5 % des personnes ne faisant pas partie d'une minorité visible. Dix-sept pour cent (17 %) des Noirs ont rarement fait état de ces expériences, comparativement à 15 % des membres de toutes les minorités visibles et à 5 % des personnes ne faisant pas partie d'une minorité visible.

On procède actuellement à une étude de cinq ans auprès de membres de la communauté Afro-canadienne à Halifax, Toronto et Calgary afin d'examiner les répercussions de la violence – y compris la violence imposée par le racisme – sur leur santé et leur bien-être. Voici certains des thèmes clés qui sont ressortis de divers forums communautaires :

- le racisme entraîne la maladie chez les personnes noires – il s'agit d'une maladie qui mine le bien-être physique, mental, affectif et spirituel des membres de la communauté. Le racisme est destructeur, dégradant, déshumanisant, effrayant et douloureux;
- bien qu'il se manifeste différemment par rapport au passé, le racisme survient tous les jours dans le milieu de travail, dans le système d'éducation, dans la rue, et dans la culture populaire. Ces commentaires ont trouvé écho à Toronto et Calgary;
- le racisme est subtil et est par conséquent difficile à détecter, en particulier lorsqu'il est institutionnalisé [25].

Le racisme exercé au sein des différents systèmes, particulièrement le système de soins de santé, détermine la santé des femmes. Le racisme influe

sur l'accès à... des choses comme l'éducation, des emplois... tout ce que la société canadienne a à offrir. Les problèmes de pauvreté qui sont liés à l'accès, les problèmes de santé qui sont liés à l'accès, les problèmes qui sont souvent négligés et ces liens ne sont généralement pas établis. Je crois que le racisme est un grand déterminant de la santé. On se préoccupe des problèmes mentionnés précédemment avant de penser au VIH/sida et ces problèmes auraient certainement une grande priorité et le VIH/sida viendrait loin derrière. - Femme jamaïcaine [11].

4.2.3 Immigration

L'entrée en vigueur, en janvier 2002, de l'examen médical obligatoire des immigrants arrivant au Canada effectué à des fins de dépistage de l'infection à VIH a eu un impact sur la communauté noire. Certaines personnes noires ont appris leur séropositivité dans le cadre de ce processus. Les répercussions possibles sont nombreuses, en particulier si les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage du VIH ne connaissent pas leurs droits, craignent que le diagnostic positif compromette leur possibilité de rester au Canada, ou sont incapables d'obtenir des soins et des services. Un diagnostic positif obtenu au Canada peut aussi poser des défis en ce qui concerne la divulgation et la réunification avec les enfants et la famille, et peut influencer sur la capacité de la personne de travailler et d'envoyer de l'argent aux membres de sa famille vivant à l'extérieur du Canada [12]. Les problèmes de ce genre font ressortir les réalités transnationales du VIH/sida de nombreuses personnes noires au Canada, car ces dernières sont souvent liées, par descendance ou par leur parenté actuelle, à d'autres pays.

Le droit de l'immigration ici au Canada semble changer tous les six mois. Alors, même si vous faites une demande pour quelque chose, ils peuvent apporter un changement dans les six mois. Alors c'est fini. Vous jouez de malchance. Je ne vais même pas [demander le statut de résidence légale] parce que même si vous dites « vous savez, si je vais en Jamaïque, je vais mourir parce que le pays n'a pas de ressources ». C'est un bon point à leur

présenter mais ils s'en moquent vraiment.

- Femme jamaïcaine séropositive [12].

Les gens étaient dépassés par les questions liées à leurs besoins fondamentaux et ils avaient donc de la difficulté à entretenir un logement, à trouver un logement, à nourrir leurs enfants, à avoir un emploi et à payer les avocats spécialistes de l'immigration alors après [leur rendez-vous], la famille éprouve une profonde dépression en raison de leur séropositivité.

- Fournisseur de services de santé publique [11].

La décision du Canada de faire passer un test de dépistage du VIH/sida aux immigrants potentiels peut aussi avoir eu des effets inattendus sur les attitudes de jeunes Noirs, comme le démontre une étude sur la vulnérabilité et le risque sexuel chez les jeunes Africains menée à Windsor (Ontario). L'étude a révélé que les participants de sexe masculin et de sexe féminin estiment qu'ils sont moins vulnérables au VIH au Canada... les participants s'entendaient généralement pour dire que le service canadien de l'immigration accorde des visas uniquement aux immigrants qui ont un bilan de santé sans tache [26].

Le Committee for Accessible AIDS Treatment a identifié les défis que les personnes vivant avec le VIH/sida doivent relever en matière d'accès aux services de santé et aux traitements, notamment le fait de ne pas avoir d'assurance-maladie, y compris l'inadmissibilité à l'aide provinciale à l'égard du coût des médicaments; et les services sociaux et juridiques communautaires, p. ex., la crainte d'être « découvertes » et peut-être déportées à la suite du partage de l'information entre les organismes. Ce comité a mentionné la nécessité de créer un environnement favorable pour les immigrants, les réfugiés et les personnes sans statut vivant avec le VIH/sida [27]. Cette nécessité a également été mise en évidence par une équipe de recherche de Montréal qui a souligné l'importance d'assurer l'accès à des services de soins de santé appropriés pour les réfugiés et les personnes demandant asile, afin d'éliminer le stress à niveaux multiples et les fardeaux de cette population [28].

La CISD a indiqué que la relation entre la migration internationale et les effets sur le VIH/sida est une

question préoccupante. Les effets des conflits régionaux, de la mondialisation, des désastres environnementaux et de la réduction à l'échelle mondiale des dépenses publiques consacrées aux soins de santé ont eu une incidence majeure sur le VIH/sida ainsi que sur la migration. Par exemple, la recherche de travail et la possibilité d'une vie meilleure dans un pays comme le Canada ont façonné la migration de travail. Comme dans le cas de nombreuses populations mobiles, les travailleurs migrants sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé, y compris une infection à VIH [29].

4.3 Bibliographie

- (1) Agence de la santé publique du Canada. VIH/sida Actualités en épidémiologie : le VIH au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada; décembre 2005.
- (2) Martin Spigelman Research Associates. Le VIH/sida et la santé de la population : leçons pour la coordination de l'action et des politiques. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, janvier 2002.
- (3) Agence de la santé publique du Canada. Santé de la population - Qu'est-ce qui détermine la santé? Ottawa Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php> [cité mai 2008]; juin 2003.
- (4) Comité consultatif fédéral provincial territorial sur la santé de la population. Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Ottawa, Santé Canada; septembre 1999.
- (5) Anderson J, Brown G. Deserving Dignity: People with HIV/AIDS Issues Relating to Ontario Disability Support Program. Toronto: Ontario HIV Treatment Network (OHTN). Accessible sur Internet : <http://www.ohtn.on.ca/Pg.s/Publications/Default.aspx> [cité novembre 2007]; août 2003.

(6) Milan A, Tran K. Blacks in Canada: A long history. Canadian Social Trends 2004; 1-7.

(7) Galabuzi G-E. Canada's Creeping Economic Apartheid: The economic segregation and social marginalisation of racialised groups. Toronto: CJS Foundation for Education and Research. Accessible sur Internet :

<http://action.web.ca/home/narcc/attach/Canada%5C's%20Creeping%20Economic%20Apartheid.pdf>

[cité septembre 2007]; mai 2001.

(8) Ornstein M. Ethno-Racial Groups in Toronto, 1971-2001: A Demographic and Socio-Economic Profile. Toronto: Institute for Social Research, York University. Accessible sur Internet :

http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein--Ethno-Racial_Groups_in_Toronto_1971-2001.pdf [cité août 2007]; janvier 2006.

(9) Ornstein M. Ethno-Racial Groups in Montreal and Vancouver, 1971-2001: A Demographic and Socio-Economic Profile. Toronto: Institute for Social Research, York University. Accessible sur Internet :

http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein--Ethno-Racial_Groups_in_Montreal_and_Vancouver_1971-2001.pdf [cité août 2007]; janvier 2007.

(10) Patten S. Utilisation de drogues injectables, maladies infectieuses connexes, comportements à risque élevé et programmes pertinents : analyse de l'environnement au Canada atlantique. Halifax, Bureau régional de l'Atlantique, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet :

http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Drogues_injectables/drogues_injectables_f.pdf [cité novembre 2007]; mars 2006.

(11) Tharao E, Massaquoi N, Teclom S. Silent Voices of the HIV/AIDS Epidemic: African and Caribbean Women in Toronto 2002-2004. Toronto: Women's Health in Women's Hands Community Health Centre. Accessible sur Internet :

<http://www.whiwh.com/Silent%20Voices%20of%20HIV%20Final%20Report.pdf>

[cité juillet 2007]; avril 2006.

(12) Lawson E, Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Myers T, Tharao WE. HIV/AIDS Stigma, Denial, Fear and Discrimination: Experiences and Responses of People from African and Caribbean Communities in Toronto. Toronto: The African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario (ACCHO) [site Web], and the HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto. Accessible sur Internet :

http://www.accho.ca/pdf/hiv_stigma_report.pdf

[cité juillet 2007]; 2006.

(13) Galabuzi G-E. Social Exclusion. Toronto: National Anti-Racism Council of Canada. Accessible sur Internet :

<http://action.web.ca/home/> [cité juillet 2007]; 2004.

(14) Mar L. News Release: Prison Tattoo Closure Irresponsible, Says Legal Network. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network. Accessible sur Internet :

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/download/DocumentFile.php?ref=638> [cité août 2007]; décembre 2006.

(15) Trevethan S, Rastin C. Profil de délinquants sous responsabilité fédérale, membres de minorités visibles, incarcérés et sous surveillance dans la collectivité. Ottawa, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, juin 2004.

(16) James L. Guide et manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada. Toronto, Conseil africain et caribéens sur le VIH/SIDA en Ontario [site Web] et Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH). Accessible sur Internet :

http://www.accho.ca/pdf/hiv_manual-part_1_french.pdf

[cité juillet 2007]; juillet 2006.

(17) Rapport sur la promotion de la santé et la diffusion d'information au sein de la communauté canadienne noire et des Caraïbes. « Certaines circonstances » : équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées, Collection de documents et de rapports à l'intention de Santé Canada; 2001;179-216.

(18) Pepin J. From the Old World to the New World: an ecologic study of population susceptibility to HIV infection. *Tropical Medicine and International Health*; juillet 2005; 10(7):627-39.

(19) Highleyman L. Drug Interactions and Anti-HIV Therapy. San Francisco AIDS Foundation. Accessible sur Internet : http://www.sfaf.org/beta/2005_sum/interactions.html [cité août 2008]; janvier 2005.

(20) Young B. Zidovudine/Lamivudine/Abacavir May Be Appropriate for Some Treatment-Naive Patients With Low-Baseline Viral Loads. *The Body: The Complete HIV/AIDS Resource*. Accessible sur Internet : <http://www.thebody.com/content/art38293.html> [cité août 2007]; septembre 2006.

(21) DA Falconer & Associates. Passer à l'action face au VIH et au sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant . Ottawa, Coalition interagence sida et développement. Accessible sur Internet : http://www.icad-cisd.com/content/pub_details.cfm?ID=243&CAT=15&lang=f [cité mai 2008]; mars 2008.

(22) Kaukinen C, Faulkner C. Mapping the Social Demography and Location of HIV Services Across Toronto Neighbourhoods. *Health and Social Care in the Community* 2008;14(1):37-48.

(23) Patrimoine canadien. Un Canada pour tous : plan d'action canadien contre le racisme. Gatineau, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005.

(24) Statistique Canada. Enquête sur la diversité ethnique : portrait d'une société multiculturelle. Ottawa, ministre d'Industrie Canada; 2003.

(25) Racism, Violence and Health Project. Community Forums. Racism, Violence and Health Project]. Accessible sur Internet : <http://rvh.socialwork.dal.ca/05%20Community%20Forums/forums.html> [cité juillet 2007]; 2005.

(26) Committee for Accessible AIDS Treatment (CAAT). Action Research Report: Improving Access to Legal Services & Health-Care For People Living With HIV/AIDS Who are Immigrants, Refugees or Without Status. Toronto: Regent Park Community Health Centre; juillet 2001.

(27) Omorodion F, Gbadebo K, Ishak P. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. *Culture, Health & Sexuality* 2007;9(4):429-37.

(28) Gilmour N, Cyr J, Ankouad A, Thompson D, Lalonde R, Klein M, et al. L'optimisation de l'état de santé des personnes réfugiées de l'Afrique sub-saharienne infectées par le VIH. Montréal, Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill. Accessible sur Internet : http://www.cusm.ca/files/research/Optimisation_fr.pdf [cité juillet 2008]; mars 2007.

(29) Coalition interagence sida et développement. Migration internationale et VIH/sida. Ottawa, Coalition interagence sida et développement (CISD). Accessible sur Internet : http://www.icad-cisd.com/pdf/publications/f_Migration_Final.pdf [cité août 2008]; novembre 2004.

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



CHAPITRE 5 - Recherche actuelle sur le VIH/sida

5.1 Recherche financée

La recherche sur le VIH/sida au Canada s'étend aux domaines d'études comportementales, biomédicales, cliniques, économiques, épidémiologiques, juridiques et psychosociales.

L'examen des priorités des organismes de financement de la recherche sur le VIH/sida a révélé que les IRSC et le ROTV accordent la priorité aux personnes provenant de pays où le VIH est endémique et aux communautés noires.

L'examen de la recherche financée portant expressément sur le VIH/sida et les communautés noires au Canada a permis de recenser 19 projets de recherche. La plupart des 19 projets recensés sont exécutés à l'échelon municipal en Alberta, en Ontario et au Québec. La recherche effectuée en Alberta met l'accent sur les nouveaux arrivants/immigrants provenant de pays où le VIH est endémique, plus particulièrement ceux de l'Afrique. Seulement deux projets de recherche portent explicitement sur les personnes vivant avec le VIH/sida – l'un vise les femmes vivant avec le VIH/sida au Québec, et l'autre vise les nouveaux immigrants vivant en milieu rural en Alberta. Trois projets de recherche visent les femmes et deux sont consacrés aux hommes noirs gais, bisexuels et aux autres HRSB noirs. Dans la majorité des cas, on a constaté l'existence d'une collaboration entre les universitaires et les fournisseurs de services communautaires. En général, les projets de recherche recensés sont axés sur la recherche psychosociale et comportementale, ce qui permettra aux membres de la communauté et, dans certaines situations aux fournisseurs de services, de décrire les expériences et de cerner les besoins, les enjeux, les défis et les solutions. Les domaines d'études généraux sont les suivants :

- Connaissance du VIH/sida et attitude à l'égard de celui-ci;
- Comportement à risque – facteurs contributifs et stratégies d'atténuation;
- Besoins et priorités de la communauté en matière de programmes et de services liés au VIH/sida;

- Stratégies visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services;
- Stratégies visant à améliorer la conception et la prestation des programmes et des services.

Suit une liste annotée des projets de recherche mentionnés ci-dessus qui sont financés à l'heure actuelle ou l'ont été récemment.

1. **Titre :** *A prospective study to explore the impact of housing support and homelessness on the health outcomes of people living with HIV/AIDS in Ontario*

Chercheurs : Ruthann Tucker (Université de Toronto), Saara Green (Université York, Toronto), Steve Byers (AIDS Niagara), James R. Dunn (Centre for Research on Inner City Health [CRICH], Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Dale C. Guenter (Université McMaster), Stephen W. Hwang (CRICH, Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Jay Koornstra (Bruce House, Ottawa), Laverne E. Monette (Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, Toronto), Lea A. Narciso (Ontario AIDS Network, Toronto), Sean B. Rourke (CRICH, Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Michael Sabota (AIDS Thunder Bay).

Description : La sécurité et la qualité du logement est un important déterminant de la santé, bien que leur impact reste mal élucidé. Il existe peu d'information sur la situation du logement des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) en Ontario; sur le soutien au logement dont ont besoin les PVVIH/sida pour assurer leur sécurité, leur santé et leur dignité; et sur l'effet de la situation du logement sur la santé et sur l'utilisation des services sociaux et de santé. Nous proposons d'élargir et de parfaire les travaux d'une étude de deux ans (début en avril 2005) qui vise à examiner la situation du logement des PVVIH/sida et les enjeux s'y rattachant, afin d'atteindre les principaux objectifs suivants : 1) comprendre les facteurs qui influent sur la situation du logement des PVVIH/sida; 2) comprendre l'impact de la qualité du logement, du niveau de

sécurité du logement, et du soutien connexe sur la santé mentale et physique des PVVIH/sida; 3) comprendre l'impact de ces facteurs sur l'accès aux services sociaux et de santé et sur l'utilisation de ceux-ci; 4) faire ressortir les similarités et les différences entre des groupes particuliers de PVVIH/sida, y compris les Autochtones, les minorités ethniques, les femmes, les minorités sexuelles, les jeunes, et les ex-détenus en ce qui concerne leurs expériences en matière de logement et de sans-abrisme. Notre hypothèse centrale est qu'un logement comportant un bon niveau de qualité et de sécurité est un facteur important qui contribue à la santé mentale et physique des PVVIH/sida, et à leur accès aux services sociaux et de santé. Nous émettons aussi l'hypothèse qu'un logement comportant un bon niveau de qualité et de sécurité réduit l'utilisation inutile des services sociaux et de santé, et entraîne des économies de coûts. En dernier lieu, nous avançons l'hypothèse qu'il existe des facteurs de risque, comprenant les caractéristiques démographiques et l'état de santé, qui jouent un rôle en ce qui a trait au logement et au sans-abrisme des PVVIH/sida. Nous recueillerons des données qualitatives et quantitatives dans le cadre d'une étude longitudinale provinciale au cours de laquelle nous suivrons des PVVIH/sida pendant jusqu'à trois ans. Nous observerons les changements survenant en matière de logement ainsi que les facteurs qui jouent un rôle dans ces changements, et les résultats découlant de ces changements.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2005 – 2008

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1203>

2. **Titre :** *Advancing HIV services research: Expanding Andersen's health services utilization framework*

Chercheuse : Catherine A. Worthington (Université de Calgary)

Description : Ce programme de recherche de

trois ans a pour objectif de mener une série de projets de recherche concertée et interdisciplinaire afin d'améliorer les services de santé liés au VIH à l'intention de groupes particuliers, y compris en ce qui concerne les besoins en matière de prévention et de soins liés au VIH des nouveaux arrivants à Calgary provenant de pays de l'Afrique subsaharienne où le VIH est endémique. Cette étude concertée bénéficiera de la participation directe des fournisseurs de services et des membres des populations à l'étude afin d'assurer l'échange de connaissances et l'application en temps opportun des résultats de recherche.

Bailleur de fonds : Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2005 – 2008

Référence : <http://www.ahfmr.ab.ca/experts/search.php?researcherid=382>

3. **Titre :** *An integrated training program in health and social science research to improve the health of marginalized populations*

Chercheurs : Patricia O'Campo (Centre for Research on Inner City Health [CRICH], Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Richard H. Glazier (CRICH, Hôpital St. Michael's, Institut de recherché en services de santé [IRSS], Toronto), Ahmed Bayoumi et Kamran Khan (CRICH, Hôpital St. Michael's, Toronto), Donald Wasylenki (Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Blake Poland (Université de Toronto), James Lavery (CRICH et Centre for Global Health Research [CGHR], Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Rosane Nisenbaum, (CRICH, Applied Health Research Centre [AHRC], Hôpital St. Michael's, Toronto), Stephen W. Hwang, James Dunn et Janet Smylie (CRICH, Hôpital St. Michael's, Université de Toronto), Kelly Murphy (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto)

Description : À l'aube du XXIe siècle, nous devons relever d'importants défis pour améliorer la santé des Canadiens qui sont désavantagés et

démunis : notamment ceux qui vivent avec le VIH/sida, les Autochtones, les nouveaux immigrants, ceux qui sont atteints d'une maladie mentale, de toxicomanie ou dont le statut socio-économique est faible. Ce programme des IRSC vise à former une nouvelle génération de chercheurs en santé qui adopteront une véritable approche transdisciplinaire en utilisant diverses méthodes pour comprendre les questions de santé des populations marginalisées, et influencer sur ces questions. Nous souhaitons inculquer aux jeunes chercheurs les valeurs et les compétences requises pour créer leur propres programmes de recherche afin d'améliorer, en fin de compte, la santé des Canadiens marginalisés.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2003 – 2009

Référence : <http://www.stmichaelshospital.com/crich/training.php>

4. **Titre :** *Building capacity to reinforce adherence to antiretroviral therapy and sexual prevention for patients in or from resource-limited settings*

Chercheur : Vinh-Kim Nguyen (Institut Lady Davis, Hôpital général juif de Montréal)

Description : Ce projet vise à relever les défis que présentent l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral (TAR) en Afrique et l'épidémie croissante chez les femmes provenant de pays où la maladie est endémique qui vivent au Canada. Plus précisément, nous souhaitons transmettre des connaissances qui permettront de mieux soutenir l'efficacité du traitement et d'améliorer les mesures de prévention chez les patients recevant le traitement, particulièrement les femmes vivant dans des pays où la maladie est endémique ou provenant de ceux-ci. Notre étude sera une étude prospective multicentrique de cohorte menée dans six établissements prescrivant le TAR situés au Burkina Faso et au Mali. Nous recruterons 800 patients qui commencent le TAR. En ce qui concerne cette cohorte, nous entendons (1) Décrire

l'efficacité du traitement au moyen de mesures des résultats immunologiques et cliniques (réponse des CD4, maladie donnant lieu à la définition de sida et décès); (2) Décrire l'adhésion au Traitement antirétroviral hautement actif, à l'aide de questionnaires que nous avons validés au préalable au sein de cette population, en calculant le temps écoulé avant la non-adhésion; (3) Décrire l'adhésion aux comportements sexuels qui réduisent le risque de transmission du VIH, en calculant le temps écoulé avant l'usage constant du condom chez les personnes ayant des partenaires sexuels réguliers et le temps écoulé avant la notification des partenaires sexuels chez les patients qui n'ont pas encore divulgué leur séropositivité à leurs partenaires. Nous élaborerons des modèles sexospécifiques pour cerner les facteurs qui influent sur l'adhésion et sur l'adoption de comportements préventifs chez les femmes et les hommes séparément.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2006 – 2009

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1838>

5. **Titre :** *Contextual factors affecting HIV/AIDS treatment and prevention amongst recent immigrants from endemic countries*

Chercheurs : Tam Donnelly, Daniel W.T. Lai, Paul Schnee and Catherine A. Worthington (University of Calgary)

Description : Au cours des dernières années, l'Alberta a vu s'accroître le nombre d'immigrants atteints du VIH ou du sida, qui provenaient de pays comptant un grand nombre de personnes vivant avec le VIH/sida. Cette étude vise à (a) déterminer la façon dont les nouveaux immigrants atteints de VIH/sida vivant dans de petites villes en Alberta s'y prennent pour traiter leur maladie, prévenir la propagation du VIH, et faire face à la stigmatisation sociale; et (b) déterminer les mesures efficaces à prendre pour combler les besoins des nouveaux

immigrants vivant avec le VIH/sida et promouvoir les activités de prévention du VIH. Cette étude pose cinq questions liées à l'objectif visé, et concernant les facteurs qui influent sur la façon dont les nouveaux immigrants atteints de VIH/sida obtiennent des services de santé et de soutien social, ainsi que les éléments ou les personnes qui les incitent à demander l'aide pertinente requise pour traiter leur maladie et en prévenir la propagation. Les questions de recherche seront abordées du point de vue des immigrants et du point de vue des fournisseurs de soins de santé dans le cadre d'entrevues. Nous souhaitons recommander des moyens de renforcer le système de soins de santé de l'Alberta et de créer des milieux favorables à l'intention des nouveaux immigrants afin qu'ils demandent des soins et préviennent le VIH/sida.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2007 – 2009

Référence : http://www.irsc.gc.ca/f/decision_media/2007/200609mopc_f.pdf

6. **Titre :** *Development of migration and reproductive health studies*

Chercheurs : Anita J. Gagnon (Université McGill), Geoffrey Dougherty (Université McGill, Hôpital de Montréal pour enfants), Anne M. George (Centre for Community Child Health Research, Vancouver), Jacqueline Oxman-Martinez (Université de Montréal), Jean-François Saucier (Hôpital Ste-Justine, Université de Montréal), Elizabeth A. Stanger (Vancouver Coastal Health), Donna E. Stewart (University Health Network, Toronto General Hospital), Olive Wahoush (Université McMaster, Hamilton)

Description : Au Canada, comme dans d'autres pays, la réussite de la réinstallation des nouveaux arrivants varie en fonction de facteurs bio-psycho-sociaux, et de facteurs liés à la migration et à la réinstallation. Les personnes les plus vulnérables sont les suivantes : les femmes qui ont été forcées de quitter leur pays (p. ex., à cause de la guerre ou

parce qu'elles ont été victimes de viol ou d'abus), qui sont séparées de leur famille, connaissent peu les langues officielles, sont membres de minorités visibles, et font partie de catégories précaires en matière d'immigration (p. ex., demandeuses d'asile, participantes au Programme des aides familiaux résidants, ou au mariage par correspondance). Le lien entre la migration et la santé génésique a été relativement négligé. Des mesures efficaces et acceptables en matière de planification familiale, et de soins après avortement, la prévention des ITS et du VIH, ainsi qu'une grossesse et un accouchement survenant dans des conditions optimales, et les issues postnatales optimales sont cruciaux pour la santé de ces femmes et celle de la société en général. On a entrepris des études visant à examiner la mesure dans laquelle les caractéristiques de la vulnérabilité liée à la migration influent sur la santé génésique et les soins de santé, ainsi que l'effet relatif de ces caractéristiques par comparaison aux femmes nées au Canada. Deux études pancanadiennes (Montréal, Toronto, et Vancouver) sont en cours. Dans le cadre de l'une de celles-ci, on a cerné un vaste éventail de déterminants et de résultats en matière de santé génésique, on a relevé ou élaboré des questionnaires permettant de mesurer ceux-ci, et on a entrepris des travaux étendus de traduction en 12 langues. Dans le cadre de l'autre étude, on évalue les besoins des mères et des bébés en matière de services sociaux et de santé une semaine après l'accouchement, et on vérifie si ces besoins sont comblés dans le contexte de courts séjours suivant l'accouchement. Les deux études sont éclairées par des groupes consultatifs nationaux et communautaires (installés dans chacune des villes) qui sont composés de décideurs, de fournisseurs de services (professionnels autorisés et organismes non gouvernementaux), et de chercheurs afin d'assurer la pertinence des études pour l'élaboration de politiques et le transfert de connaissances. Les études de suivi qui s'imposent comprennent les suivantes : « grossesse et accouchement chez les nouvelles arrivantes » et « les besoins des familles nouvelles arrivantes un an après la naissance ».

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2003 – 2004

Référence : <http://www.mcgill.ca/nursing/research/projects>

7. **Titre :** *Soutien à la prévention des ITSS chez les Québécois d'origine haïtienne et au soin aux personnes atteintes (phase 2)*

Chercheurs : Alix Adrien (Direction de la santé publique Montréal Centre), Valérie Lépine (Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal), Joseph Jean-Gilles (GAP-VIES, Montréal), Riyas Fadel (COCQ-sida, Montréal), Carole Morissette (Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal)

Description : Un projet de transfert des connaissances sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne est en cours d'exécution. La première phase consistait à déterminer les principaux besoins et problèmes auxquels les travailleurs font face dans ces domaines. Nous avons utilisé des données issues d'études scientifiques, nous avons effectué des entrevues semi structurées auprès d'intervenants clés et nous avons tenu des ateliers avec nos partenaires. Les phases suivantes avaient pour objet de documenter l'état des connaissances et de dégager des outils qui permettront d'intervenir plus efficacement. Le projet vise à élaborer et à diffuser des outils pertinents et adaptés à la culture afin de prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez cette population et de soigner les personnes ayant ces infections.

Bailleur de fonds : Ministère de la santé et des services sociaux, 2007 – 2008

8. **Titre :** *Engaging people from HIV endemic countries (Nigeria, Sudan, and South Africa) in Calgary*

Chercheurs : Nedra Huffey (AIDS Calgary), Catherine A. Worthington et David C. Este (Université de Calgary)

Description : Ce projet de recherche communautaire est exécuté par AIDS Calgary et les partenaires de recherche à l'Université de Calgary pour étudier 1) les besoins et les priorités des nouveaux arrivants africains en matière de services liés au VIH/sida, 2) la façon dont on peut combler à la fois ces besoins et les priorités des autres nouveaux arrivants africains en matière de services, et 3) les meilleurs moyens que les organismes de services liés au sida à Calgary peuvent prendre afin de faire participer les communautés de nouveaux arrivants africains à la conception et à la prestation des services liés au VIH/sida. Cette étude mettra l'accent sur l'établissement de relations et l'apprentissage mutuel entre les fournisseurs de services liés au VIH, les membres des communautés de nouveaux arrivants africains, et les partenaires du milieu universitaire.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2006 – 2008

Référence : <http://www.irsc.gc.ca/f/30705.html>

9. **Titre :** *Expériences de maternité et traitements antirétroviraux parmi des femmes vivant avec le VIH/sida d'origine autochtone, Haïtienne, Africaine et québécoise*

Chercheurs : Isabelle Toupin, Joanne Otis et Mylène Fernet (Université du Québec à Montréal)

Description : Dans le contexte canadien, et au Québec particulièrement, encore peu d'études ont porté sur les représentations des thérapies antirétroviral contre le VIH et leur impact sur le quotidien des femmes infectées, encore moins chez celles d'origine africaine, haïtienne et autochtone en contexte migratoire (Gallant, 2000; Lévy et coll., 2000; Rogers et coll., 2000; Sendi et coll. 1999). L'expérience de la maternité, qui a été peu considérée, semble centrale dans la

construction du rapport à l'infection au VIH, de l'adhésion aux traitements et de la prévention secondaire. Compte tenu de la rareté des études portant sur la compréhension des expériences des femmes infectées par le VIH/sida et sous traitement antirétroviraux, notamment dans leur rapport à l'enfant (désir d'enfant, grossesse, accouchement, maternité, transmission verticale), cette étude contribuera à l'avancement des connaissances actuellement limitées. Une fois l'étude complétée, nous serons en mesure de dégager des stratégies de prévention secondaire face au VIH/sida et de mieux saisir les enjeux liés à l'adhésion aux traitements antirétroviraux dans les milieux ethnoculturels ciblés par le projet.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2006 – 2009

Référence : <http://www.irsc.gc.ca/f/31367.html>

10. **Titre :** *Exploring the impact of cultural constructions of disease on community and health care support for immigrant women living with HIV/AIDS in Toronto*

Chercheure : Françoise Guigne (Université Simon Fraser, Vancouver)

Description : *résumé non fourni*

Bailleur de fonds : Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), 2006 – 2007

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1601>

11. **Titre :** *Getting to know the community: Who are the Black men who have sex with other men?*

Chercheurs : Clemon George et Sean Rourke (Hôpital St. Michael's, Toronto), Winston Husbands (AIDS Committee of Toronto), Joseph Beyene (Hospital for Sick Children, Toronto), Robert Remis (Université de Toronto), Barry Adam (Université de Windsor)

Description : Les études canadiennes menées sur le comportement sexuel et les déterminants de l'infection à VIH chez les hommes homosexuels englobent les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais les résultats et les répercussions sur les services sont indéterminés pour deux raisons : (1) les chercheurs ont eu de la difficulté à recruter un nombre suffisant d'HRSH noirs aux fins d'études qui sont conçues pour les populations gaies générales; (2) le recrutement est habituellement effectué dans les milieux gais qui ne sont peut-être pas fréquentés par des hommes noirs qui ne se sont pas identifiés comme étant gais. Par conséquent, nous ne comprenons pas à fond les comportements à risque et les relations sexuelles des hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. En outre, les activités de prévention du VIH qui sont conçues pour les hommes gais d'origine caucasienne qui ciblent les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ne sont peut-être pas particulièrement bien éclairées. L'étude vise à : (1) décrire les comportements à risque des hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les variables associées à ces comportements; (2) comprendre le lien entre les expériences vécues ainsi que les décisions quotidiennes et les relations sexuelles (non) protégées; (3) comprendre la façon dont les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes interprètent et évaluent le rôle des organismes de services liés au sida au sein de leurs réseaux ou de leurs communautés.

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV), 2005 – 2007

Référence : <http://hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1421>

12. **Titre :** *HIV/AIDS Experience of Alberta women who are from countries where HIV is endemic*

Chercheurs : Aniela dela Cruz et Judith E. Mill (Université de l'Alberta, Edmonton)

Description : Cette étude vise à examiner de près et à comprendre les expériences des femmes séropositives provenant de l'Afrique subsaharienne qui vivent en Alberta. Les objectifs de cette étude sont les suivants : comprendre les expériences que vivent les femmes relativement à leur diagnostic d'infection à VIH ainsi qu'en matière de traitement et de soutien au sein de leur communauté; et comprendre les répercussions de l'infection à VIH des femmes sur leurs relations sociales et familiales. Un certain nombre des femmes provenant de pays de l'Afrique subsaharienne qui vivent et travaillent en Alberta peuvent avoir une infection à VIH ou être touchées par celle-ci. La documentation fait état de relativement peu d'études portant sur le VIH/sida chez les immigrants au Canada provenant de l'Afrique subsaharienne. Il existe des données probantes indiquant un nombre accru de tests positifs pour le VIH et de cas de sida diagnostiqués chez les Canadiens provenant de l'Afrique subsaharienne, mais on en sait toujours peu sur les expériences des femmes qui sont séropositives et qui vivent à l'extérieur des grandes communautés métropolitaines.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2007-2010

Référence : <http://www.irsc.gc.ca/f/33364.html>

13. **Titre :** *The impact of actual or perceived HIV status on refugee determination*

Chercheure : Kristi Kenyon (Université de la Colombie-Britannique)

Description : Bien qu'elles soient souvent classées séparément comme résultat d'un conflit armé et en tant que crise de santé, la migration forcée de personnes et la pandémie de VIH/sida interagissent de plusieurs manières, dont chacune est susceptible de contribuer à l'autre de façon directe ou indirecte. En outre, les droits et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida sont profondément affectés par leur capacité ou leur incapacité à obtenir et à payer le traitement médical qui peut ralentir

la détérioration causée par la maladie, et par les réactions sociales sans précédent à l'égard du VIH qui, lorsqu'elles sont extrêmement négatives, peuvent entraîner la stigmatisation, la discrimination, le harcèlement, une perte d'emploi, l'ostracisme, une agression physique et la mort. Au sens de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, une personne réfugiée est une personne qui se trouve hors de son pays de nationalité ou de résidence habituel « en raison d'une crainte fondée d'être victime de persécution » reposant sur l'un des cinq motifs suivants : sa race, sa religion, sa nationalité, ses opinions politiques ou son appartenance à un groupe social particulier. Le dernier de ces motifs est le moins précis et le plus controversé. Les décisions rendues notamment dans l'affaire Ward au Canada et l'affaire Islam et Shah au Royaume-Uni ont contesté la proposition initiale selon laquelle le groupe doit être cohésif, et ont plutôt mis l'accent sur une caractéristique commune inchangeable. Les personnes qui vivent avec le VIH « constituent un groupe social identifiable » et, dans le même ordre d'idées, la communauté « réagit envers [elles] en fonction de leur séropositivité et des idées stéréotypées qu'elle se forme au sujet de ce que représente la maladie ».

J'entends examiner la mesure dans laquelle la persécution fondée sur la séropositivité pourrait s'insérer dans la disposition relative au « groupe social particulier » à la suite de l'analyse de la jurisprudence du Royaume-Uni, des États-Unis, du Canada, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande concernant cette disposition, et de la jurisprudence restreinte mais de plus en plus abondante examinant expressément la persécution fondée sur la séropositivité. Mon objectif est de dégager les pratiques réelles et potentielles en ce qui a trait à la persécution fondée sur la séropositivité.

Bailleur de fonds : Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), 2006 – 2009

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1616>, *communication personnelle, Kristi Kenyon (mai 2008)*

14. **Titre :** *Transfert et échange de connaissances entre chercheurs et décideurs pour une meilleure prévention des infections transmises sexuellement dans les communautés ethnoculturelles au Québec (Phase 1)*

Chercheurs : Alix Adrien (Direction de la santé publique - Montréal Centre), Witnisse Mereus (Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal), Joseph Jean-Gilles (GAP-VIES, Montréal), Riyas Fadel (COCQ-sida, Montréal), Carole Morissette (Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal)

Description : On a bien documenté la nécessité d'une programmation efficace de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang véritablement adaptée à la situation que vivent les communautés ethnoculturelles. Cette programmation devrait être guidée par un transfert et un échange ciblés des connaissances dans ce domaine entre chercheurs et décideurs. Notre objectif est d'effectuer un transfert et un échange de connaissances entre chercheurs et décideurs qui ont la responsabilité d'améliorer la santé des communautés ethnoculturelles, en définissant les termes de ce partenariat; en cernant le type de données de recherche qui sera le plus utile aux décideurs; en recensant systématiquement les résultats de la recherche et de l'expérience sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les communautés ethnoculturelles et en expliquant et contextualisant ces résultats de façon compréhensible pour les groupes travaillant avec ces communautés. En dernier lieu, nous réaliserons des activités de transfert de connaissances auprès de ces communautés. La structure et le processus du partenariat seront évalués. Le partenariat proposé pour ce projet est formé de trois organismes : la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, le Groupe d'Action pour la Prévention de la transmission du VIH et l'Éradication du Sida, et la Direction de la santé publique de Montréal.

Les bénéfices attendus et les implications et répercussions probables se situent à plusieurs niveaux : a) le renforcement et l'établissement d'un partenariat durable; b) la mobilisation des acteurs vers des actions concrètes, réalistes et réalisables dans un délai raisonnable; c) une intégration durable des savoirs à tous les paliers gouvernementaux, plus particulièrement dans les environnements locaux de soins et de politiques.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2006 – 2007

Référence : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/decision_media/2006/200510kad_f.pdf

15. **Titre :** *MaBwana Black Men's Study (Getting to know the community: Who are the Black men who have sex with other men in Toronto)*

Chercheurs : Winston Husbands (AIDS Committee of Toronto/Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario, Toronto), Clemon George (Hôpital St. Michael/Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario, Toronto), Barry Adam (Université de Windsor), Robert Remis (Université de Toronto), Sean Rourke (Hôpital St. Michael's, Toronto), Joseph Beyene (Hospital for Sick Children, Toronto)

Description : Étude des facteurs qui sont susceptibles de rendre les hommes gais et bisexuels d'origine noire/africaine/caribéenne et les autres hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes vivant à Toronto vulnérables au VIH/sida. L'étude comportera des entrevues auprès d'informateurs clés, un sondage, et des entrevues en profondeur auprès d'hommes gais et bisexuels d'origine noire/africaine/caribéenne et d'autres hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. L'étude MaBwana examinera le comportement sexuel, les relations, les rencontres, l'homophobie, le racisme, les questions touchant la communauté, et d'autres facteurs. L'étude MaBwana a pour objet de fournir

des renseignements qui permettront d'améliorer les programmes de prévention du VIH destinés aux hommes gais et bisexuels d'origine noire/africaine/caribéenne et aux autres hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes vivant à Toronto et ailleurs en Ontario. L'étude est exécutée dans le cadre d'un partenariat établi entre l'AIDS Committee of Toronto, le Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO), et des chercheurs de l'Université de Toronto, de l'Hôpital St. Michael, de l'Université de Windsor et du Sick Kids Hospital. Un comité consultatif communautaire appuie et conseille l'équipe de recherche.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2006 – 2008

Référence : <http://www.irsc.gc.ca/f/30705.html>; <http://accho.ca/?page=home.MaBwana>

16. **Titre :** *Optimizing prenatal HIV testing in Ontario: African and Caribbean women and prenatal HIV testing*

Chercheurs : Wangari Esther Tharao (centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands, Toronto), Stan Read (Hospital for Sick Children, Toronto), Dr Lindy Samson (Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, Ottawa), Mark Yudin (Hôpital St. Michael's, Toronto), Dre Andree Gruslin (Hôpital général d'Ottawa), Dre Lynne Leonard (Université d'Ottawa), Frank McGee (Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto), Notisha Massaquoi (centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands, Toronto)

Description : Cette étude vise les femmes africaines et caribéennes vivant en Ontario qui ont eu une grossesse depuis 1999, année où le programme ontarien de dépistage prénatal du VIH est entré en vigueur. L'étude consistera à étudier l'opinion et les expériences de ces femmes concernant le programme, et l'information ainsi

obtenue sera utilisée en vue d'approfondir les connaissances scientifiques relatives au dépistage prénatal du VIH et aux questions connexes à l'intention des femmes africaines et caribéennes, et pour cerner les questions concernant les programmes et les politiques afin d'apporter les changements nécessaires pour améliorer et optimiser la prestation du programme ontarien de dépistage prénatal du VIH.

Bailleur de fonds : Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2006 – 2008

Référence : *Correspondance personnelle, Wangari Esther Tharao (mai 2008)*

17. **Titre :** *Ottawa inner city health initiative: Narrative methods development*

Chercheurs : Peter S. Tugwell (Université d'Ottawa), Raywat S. Deonandan, Ronald Labonte, Wendy L. Muckle, Victor R. Neufeld, Caroline Nyamai, Jeffrey M. Turnbull

Description : Le but précis de ce projet pilote est d'étudier les méthodes narratives à titre d'outil permettant de veiller à ce que les meilleures données probantes dont on dispose soient utilisées pour améliorer la santé des populations vulnérables. Ce projet consistera à examiner les méthodes narratives en matière de programmes d'intervention en santé, d'évaluation et d'application des connaissances. Le projet prend appuie sur un réseau de santé mondial (ACANGO) et sur des initiatives clés menées à Ottawa et au Kenya. L'initiative intitulée Ottawa Inner City Health Initiative (OICHI) s'est révélée très efficace pour ce qui est d'obtenir la participation des patients, de stabiliser et traiter les problèmes de santé des populations sans-abri et de promouvoir l'adhésion au traitement. Les méthodes narratives représentent un outil à utiliser pour obtenir la participation de la population cliente ainsi que celle du grand public

et des représentants municipaux. Au Kenya, AfriAfy a démontré l'utilisation efficace de la technologie de communication de l'information aux fins d'information des communautés vulnérables du Kenya sur les stratégies de prévention et de traitement du VIH/sida. Les méthodes narratives constituent un outil qui permet d'évaluer les programmes actuels et d'éclairer la planification, et de continuer de faire participer les communautés au règlement d'autres questions de santé telles que la tuberculose et le paludisme. Grâce à une combinaison de méthodes comprenant un examen critique, des forums d'apprentissage, et un dialogue en ligne, le projet permettra de cerner la documentation clé et les pratiques exemplaires concernant les méthodes narratives. Les animateurs recevront une formation à Ottawa et au Kenya sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques exemplaires en matière de méthodes narratives. Le projet pilote servira de fondement à la conception d'une deuxième phase d'étude, dans le cadre de laquelle les pratiques exemplaires seront mises à l'essai et comparées à Ottawa et au Kenya. Nous croyons que les méthodes narratives favoriseront l'amélioration de la pertinence, de l'opportunité et de l'accessibilité des connaissances à l'intention des communautés, des organismes et des décideurs.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2006 – 2007

Référence : <http://www.intermed.med.uottawa.ca/research/globalhealth/innercity.html>

18. **Titre :** *Promoting equity in access to post-trial HIV vaccines for Black women in Canada: An exploration of perceived risks, barriers and adoption intentions*

Chercheurs : Peter A. Newman et Charmaine Williams (Université de Toronto), Notisha Massaquoi (centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands, Toronto)

Description : Cette étude multi méthodes, qui est exécutée par le Centre for International Health, Université de Toronto en collaboration avec le centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands, vise à examiner l'acceptabilité des futurs vaccins anti-VIH et des services actuels de prévention du VIH/sida chez les femmes noires de descendance africaine et caribéenne à Toronto. Les évaluations portent notamment sur les connaissances, les attitudes, les obstacles, et les éléments de motivation concernant l'acceptabilité hypothétique des vaccins anti-VIH, les intentions de modifier les comportements à risque d'infection à VIH en réponse aux vaccins hypothétiques, et les préférences en matière de prévention du VIH. L'objectif visé est d'appuyer la conception d'interventions expérimentales, en collaboration avec les communautés vulnérables, en vue d'assurer de façon appropriée et équitable la distribution des futurs vaccins anti-VIH et l'accès à ceux-ci, et de faciliter l'accès à des services de prévention du VIH adaptés à la culture.

Bailleur de fonds : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2004 – 2007

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=718>

19. **Titre :** *Understanding HIV/AIDS Issues in East African Communities in Toronto: A Survey of Health-Related Behaviours, Beliefs, Attitudes and Knowledge*

Chercheurs : Liviana M. Calzavara (Université de Toronto), Wangari Tharao (Women's Health in Women's Hands), Ann Burchell (Université McGill), Ted Myers (Université de Toronto), Robert Remis (Université de Toronto), Carol Swantee (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario), Catherine Chalin (Université de Toronto), Kimberly Gray (coordonnatrice de l'étude) et le comité consultatif communautaire des communautés est-africaines de Toronto.

Description : L'East African Health Study in Toronto (EAST), partenariat entre la communauté et le monde universitaire, est la première étude à grande échelle au Canada sur les communautés africaines de pays où le VIH est endémique. L'EAST a été menée en réponse au manque de données sur les populations nécessaires à l'évaluation des questions liées au VIH dans ces communautés et pour contribuer à l'élaboration de programmes et de stratégies d'intervention. L'objectif de l'EAST était d'examiner les questions et les préoccupations relatives au VIH/sida dans le contexte des questions générales de santé et du comportement en général dans les cinq communautés est-africaines. L'enquête portait sur un large éventail de questions relatives au VIH et à la santé, comme l'immigration et la mobilité, le soutien social, les comportements et les croyances, le dépistage et les tests, les conditions de santé, les comportements à risque et l'utilisation des soins de santé. Quatre cent cinquante-six personnes de la région du Grand Toronto, qui se sont déclarées membres des communautés éthiopienne, kenyane, somalienne, ougandaise et tanzanienne, ont participé à l'étude menée entre 2004 et 2006. L'enquête transversale consistait en une entrevue et comportait un volet sur le dépistage du VIH. L'EAST a versé des contributions dans de nombreux domaines clés, notamment l'acquisition de nouvelles connaissances issues de la recherche et la création d'une plateforme servant de fondement aux programmes, aux services, aux décisions en matière de politique et à d'autres travaux de recherche.

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH, de 2003 à 2008

Référence : www.hivstudiesunit.ca or www.accho.ca

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



CHAPITRE 6 - La réponse au VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique

6

Le présent chapitre offre un bref aperçu des coalitions, des réseaux et des organismes qui se consacrent à cette population et donne les grandes lignes de documents stratégiques connexes clés. À partir des renseignements qui ont déjà été présentés dans le rapport d'étape, le présent chapitre vise à déterminer si la réponse à l'épidémie de VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et vivant au Canada comble les besoins cernés et si elle est fondée sur des données probantes.

L'information recueillie aux fins du présent chapitre démontre que la réponse est en grande partie assurée au moyen de programmes, de projets et d'activités qui ciblent les communautés établies, selon des lignes ethnoculturelles et ethno raciales et, dans une moindre mesure, qui ciblent les personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Par conséquent, ce chapitre tend à examiner la réponse au VIH/sida dans une perspective plus large.

6.1 Méthodologie

Un modèle de collecte d'information (annexe C) a été transmis aux représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux par l'intermédiaire du Comité consultatif fédéral provincial territorial sur le sida (F/P/T sida), des consultants nationaux et régionaux du programme sur le VIH/sida de l'ASPC, de la Société canadienne du sida (SCS), et de la CISD (ces deux derniers organismes ont à leur tour transmis le modèle par le biais de leurs serveurs de liste) afin d'obtenir des renseignements sur les projets, les réseaux, les coalitions, les comités, les stratégies, les plans et les initiatives stratégiques qui étaient en place entre 2006 et 2008 pour aider les personnes provenant de pays où le VIH/sida est endémique. Des réponses ont été reçues de toutes les provinces et de tous les territoires, et les projets financés dans le cadre du programme communautaire d'investissement dans la prévention du sida des services de santé publique de Toronto et par la Direction de la santé publique de Montréal ont aussi été pris en compte dans l'analyse. Se reporter à l'annexe D pour une liste complète des organismes et des projets

pris en compte dans cette analyse, inscrits par région et en ordre alphabétique. Chacun des projets mentionnés dans le présent chapitre est identifié au moyen d'un code alphanumérique commençant par la lettre E (pour endémique). L'information contenue dans l'annexe D comprend le titre et le code des projets ainsi qu'une brève description de chacun des organismes.

La réponse a été analysée en fonction des données probantes décrites antérieurement dans le présent rapport. Il est important de souligner qu'il est possible que certains projets, programmes ou initiatives, tels que les services sociaux et de santé fournis par les provinces et les territoires, n'aient pas été saisis au moyen de la méthodologie de collecte de données utilisée dans le cadre du présent rapport. Les organismes qui souhaitent que les futurs rapports d'étape fassent état de leur travail sont invités à communiquer avec le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'ASPC à cette fin.

Certaines des régions régionales de la santé du Québec, qui gèrent les programmes communautaires locaux, n'ont pas rempli le modèle de collecte d'information. Il ne conviendrait donc pas de tirer des conclusions officielles quant à la réponse au VIH/sida chez la population concernée au Québec. Nous espérons combler cette lacune dans l'avenir.

6.2 La réponse au VIH/sida au Canada - aperçu

L'ampleur et la complexité de la réponse du Canada au VIH/sida se sont intensifiées depuis les débuts de l'épidémie. Les gouvernements, les organismes non gouvernementaux, les organismes communautaires, les chercheurs, les professionnels de la santé, et les personnes vivant avec le VIH/sida et les personnes qui y sont vulnérables se sont engagés à lutter contre la maladie et les conditions qui aggravent l'épidémie.

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* [1], le gouvernement du Canada suit l'épidémie au moyen de son système de

surveillance national; élabore des politiques, des lignes directrices et des programmes; et appuie la réponse du secteur bénévole (qui est formé d'organismes nationaux de lutte contre le VIH/sida, d'organismes de services liés au sida et d'organismes communautaires) au VIH/sida dans les communautés à l'échelle du pays.

Les provinces et les territoires participent à des activités similaires et, en vertu de la Constitution du Canada, sont principalement responsables de la prestation de services de soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de le contracter^{xviii}. Des organismes travaillent dans toutes les provinces et tous les territoires pour réduire la vulnérabilité au VIH/sida et l'impact de celui-ci, et fournir des services de diagnostic, de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux personnes les plus à risque – et ils utilisent à cette fin des fonds provenant du gouvernement, du secteur privé et de leurs propres activités de financement. Selon la province et le territoire, les autorités de santé publique régionales ou locales jouent un rôle important dans la lutte contre l'épidémie.

Dans certaines provinces et certains territoires, des organismes communautaires travaillent dans le cadre de structures prédéfinies afin de déterminer les priorités et de répartir les ressources. Les communautés, et à l'échelon local, les autorités sanitaires, les administrations, les organismes de première ligne, les bénévoles, et les populations touchées se trouvent dans une position unique pour déterminer la pertinence de la réponse [2].

6.3 Stratégies ciblant des populations distinctes

L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* [1] désigne les personnes provenant de pays où le VIH est endémique comme l'une des huit populations clés qui sont à risque de contracter le VIH/sida ou sont touchées par celui-ci. Ce cadre a été élaboré en même temps

que le rapport intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)* [3], un document rédigé sous la direction d'intervenants qui souligne l'importance de la participation de la communauté à la réponse, ainsi que la nécessité d'offrir des services souples et adaptés à la culture aux personnes ayant différents antécédents ethnoculturels et ethnoraciaux.

Le document rédigé sous la direction d'intervenants intitulé *Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada: une ressource pour progresser* a été publié en 2008. Il présente un instantané des questions qui touchent les communautés noires à l'échelle du Canada, en mettant l'accent plus particulièrement sur Vancouver, Calgary, Toronto, Ottawa, Montréal et Halifax, et propose des mesures précises en vue d'éliminer les lacunes, les barrières et les obstacles qui entravent l'amélioration de la planification et de la prestation des programmes et des services liés au VIH/sida qui sont destinés aux communautés noires [4].

Bien qu'un grand nombre de stratégies provinciales ou de comité consultatifs sur le VIH/sida désignent les personnes provenant de pays où le VIH est endémique ou les communautés ethnoculturelles comme étant des populations clés, l'Ontario est la seule province qui a élaboré une stratégie ciblant une population distincte à l'intention de sa population noire africaine et caribéenne. *La Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique* [5] a été élaborée par le Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et reçoit l'appui du Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, et est considérée comme un élément clé de la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida. Lancée en 2005, cette stratégie coordonne et guide les mesures prises pour régler les questions liées au VIH auxquelles font face les personnes provenant de pays où le VIH est endémique vivant en Ontario. La stratégie a été élaborée par le biais d'une série de consultations menées auprès de personnes qui travaillent avec les communautés africaines et caribéennes en Ontario ou vivant au sein de celles-ci, de fournisseurs de services,

xviii Le gouvernement fédéral est également responsable de la prestation des services de soins de santé à des groupes désignés, notamment : les militaires, les Autochtones vivant dans les réserves et les détenus sous responsabilité fédérale.

de chercheurs, de représentants des communautés et de personnes vivant avec le VIH/sida. Elle vise notamment les objectifs suivants : coordonner le travail des organismes, des institutions et des décideurs qui travaillent avec les personnes d'origine africaine et caribéenne et à leur intention, ainsi que les efforts de ceux-ci en matière de prévention, d'éducation, de santé, de promotion, de soins et de soutien; faciliter le développement communautaire en réponse aux défis liés au VIH/sida auxquels les personnes d'origine africaine et caribéenne font face; et cerner les besoins, les priorités et les possibilités en matière de recherche.

6.4 Réseaux et coalitions ciblant des populations distinctes

Par le biais de son réseau d'organismes s'intéressant aux questions internationales sur le VIH/sida, la CISD joue un rôle important à l'échelon national pour ce qui est de rassembler les intervenants afin de résoudre les questions touchant les personnes provenant de pays où le VIH est endémique qui vivent au Canada. Le CACVO joue un rôle similaire à l'échelon provincial en Ontario, en plus d'assurer un leadership afin de mobiliser les communautés à l'échelon national.

Un grand nombre de réseaux et de coalitions sur le VIH/sida ont été créés depuis le début de l'épidémie, mais seulement quelques-uns d'entre eux s'occupent expressément de la communauté noire ou des personnes provenant de pays où le VIH est endémique. Parmi ceux-ci, mentionnons l'Outreach to African and Caribbean Churches Working Group (groupe de travail de sensibilisation auprès des églises africaines et caribéennes) qui a été établi en 2007 par le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en vue d'élaborer et de mettre à l'essai une stratégie de sensibilisation au dépistage ciblant les églises africaines et caribéennes. Le groupe de travail est formé de représentants des églises noires, d'organismes de services liés au sida, du Bureau de lutte contre le sida, et d'autres organismes connexes.

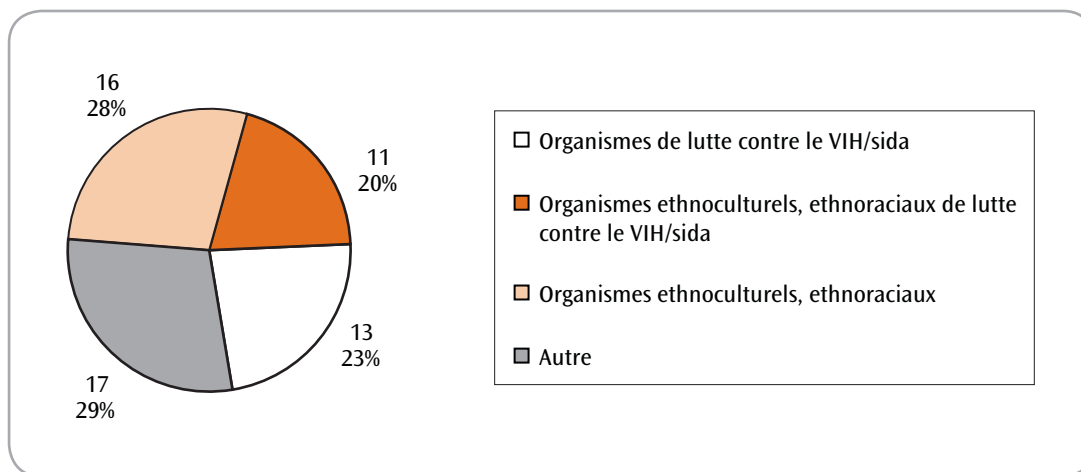
D'autres réseaux, qui ne se consacrent peut-être pas expressément aux personnes provenant de pays où le VIH est endémique ou aux communautés noires, mettent aussi l'accent sur les questions importantes pour cette population. Un comité consultatif sur le VIH/sida donne des conseils au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario au sujet des obstacles systémiques qui entravent l'accès aux services de santé des nouveaux immigrants, et des réfugiés qui n'ont pas de statut juridique. Au Québec, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal soutient un comité régional chargé d'améliorer l'accès au dépistage et à la gestion de cas dans les centres de santé communautaire locaux, ainsi qu'un sous-comité responsable de l'élaboration de mesures de sensibilisation du personnel infirmier, et un réseau de directeurs exécutifs d'organismes communautaires chargé d'appuyer les activités de planification et de formation à l'intention des populations touchées par le VIH/sida, y compris les communautés ethnoculturelles. En dernier lieu, la Nova Scotia Advisory Commission on AIDS donne des conseils stratégiques sur le VIH/sida au gouvernement provincial et agit à titre d'agent de liaison entre le gouvernement et la communauté, y compris la communauté noire de la Nouvelle-Écosse.

6.5 Analyse de la réponse

La présente section examine les programmes et les projets qui ont été recensés dans le cadre du processus de collecte de données, afin de déterminer si la réponse tient compte des réalités et des besoins de la population d'après les données probantes disponibles. Il est important de souligner que l'analyse n'englobe pas les services liés au VIH/sida qui ont été intégrés aux activités liées à la prestation des services sociaux et de santé provinciaux ou territoriaux ordinaires.

Divers organismes participent à la réponse au VIH/sida ciblant la population noire. La figure 20 indique que 57 projets qui ont été recensés dans le cadre du processus de collecte de données sont dirigés par 43 organismes qui sont regroupés en quatre catégories.

Figure 20 : Ventilation des projets selon les catégories d'organismes (n = 57)



6.5.1 Répartition géographique des projets

La population noire du Canada vit principalement dans les centres urbains, plus particulièrement à Toronto et à Montréal. Par conséquent, l'Ontario et le Québec partagent le plus grand nombre de cas de sida signalés chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

Les 57 projets examinés sont répartis comme suit : 70,2% (40) en Ontario (77,5% de ceux-ci ont lieu dans la région de Toronto), 12,3% (7) au Québec (tous à Montréal), 7,0% (4) en Alberta, 5,3% (3) en Colombie-Britannique, 1,8% (1) au Manitoba, et 3,5% (2) sont de portée nationale [E1, E49^{xix}]. Aucun projet ciblant expressément cette population n'a été recensé dans les autres provinces et territoires.

6.5.2 Âge

Compte tenu du fait que la population noire est plus jeune que la population canadienne en général et que 80 % des rapports de tests positifs pour le VIH et des cas de sida dans la sous-catégorie d'exposition au VIH endémique ont été signalés chez les personnes de 39

ans et moins, les initiatives ciblant la jeune population noire font partie intégrante d'une réponse globale.

Sur les 57 projets examinés, 14 (24,6%) projets désignaient les jeunes à titre d'auditoire cible. Les organismes comme Africains(nes) unis(es) contre le SIDA [E13], la Toronto People with AIDS Foundation [E42], la Black Coalition for AIDS Prevention [E22], le Centre des Jeunes Francophones de Toronto [E24], l'Ethiopian Association in the Greater Toronto Area and the Surrounding Regions [E30] ainsi que d'autres organismes se consacrant expressément aux jeunes [E31, E33, E57] et les centres de santé communautaire, [E28, E39, E41, E45, E46, E50] ont conçu des projets qui ciblaient les jeunes ou comportaient un volet consacré aux jeunes. Ces projets, qui se déroulent dans la région du Grand Toronto, étaient axés sur la sensibilisation des communautés ethnoculturelles, le mentorat de jeunes leaders, le recrutement de jeunes bénévoles pour animer des séances de sensibilisation entre pairs adaptées à la culture, et l'adaptation culturelle de documents sur la prévention du VIH/sida et la diffusion de ceux-ci dans le cadre de séances de sensibilisation ou d'activités culturelles.

Plus particulièrement, le centre communautaire Warden Woods Bell Estate [E45] a conçu un projet de prévention ciblant les jeunes des communautés africaines et caribéennes de Scarborough (Ontario). Ce projet vise à accroître les connaissances sur

xix En ce qui concerne ce renvoi alphanumérique et les renvois alphanumériques subséquents, vous trouverez une brève description de l'organisme ainsi que le titre du projet à l'annexe D.

la vulnérabilité sexospécifique et à renforcer les compétences en matière de négociation de l'adoption de pratiques sexuelles sans risque chez les jeunes et les jeunes adultes de sexe masculin et de sexe féminin.

Le Centre de santé communautaire Somerset West à Ottawa [E39] a adapté une approche intergénérationnelle en vue d'accroître la capacité des communautés de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes de fournir une éducation en matière de prévention du VIH/sida à leurs propres communautés. Le projet donne l'occasion aux représentants de tous âges des communautés de communiquer sur des sujets difficiles, bien que les discussions sur la sexualité et la prévention du VIH aient, en grande partie, constitué des sujets qui rendent les gens mal à l'aise.

6.5.3 Immigration

Les vagues d'immigration survenues au milieu des années 70 et 90, le fait que 55 % de la population noire du Canada soit née à l'extérieur du Canada, les répercussions de la politique sur le dépistage du VIH établie par CIC en 2002, et le processus d'immigration même sont tous des éléments qui contribuent à faire de l'immigration un facteur qui exerce une influence pertinente sur la réponse au VIH/sida chez cette population.

Sur les 57 projets examinés, 21,1% (12) ciblaient les populations d'immigrants, de migrants ou de réfugiés. Un grand nombre de ces projets abordaient des questions propres aux personnes noires provenant de pays où le VIH est endémique, sans viser spécifiquement ces dernières. Parmi ces projets, quatre ont lieu en Alberta [E5-8], trois en Ontario [E30, E37, E46], deux en Colombie-Britannique [E2, E4], deux au Québec [E51, E56], et un au Manitoba [E9]. Le présent rapport d'étape n'examine pas de projets de nature plus générale axés sur les populations d'immigrants ou de réfugiés ni ceux qui sont financés autrement que dans le cadre de programmes liés à la santé.

Un certain nombre de projets visent à relier les services de santé et les services communautaires en mettant

l'accent sur la constitution de réseaux de soutien, l'intégration sociale et en abordant les facteurs systémiques en vue d'améliorer les services. Ces projets donnent souvent lieu à la rédaction de documents d'orientation, à la création de réseaux et à l'élaboration de formation destinée aux fournisseurs de services.

Par exemple, le Centre d'Action Sida Montréal (Femmes) [E51], offre, en collaboration avec l'Hôpital Royal Victoria, des services de soutien afin d'aider les femmes réfugiées séropositives ou celles qui attendent une décision quant à leur revendication du statut de réfugié à obtenir les services sociaux et de santé dont elles ont besoin. Pendant ce temps, le centre de santé communautaire Regent Park de Toronto [E37] et le Sexuality Education Resource Centre Manitoba, Inc. de Winnipeg [E9] s'attaquent aux obstacles systémiques afin d'améliorer la qualité des interventions des fournisseurs de services à l'intention des populations d'immigrants et de réfugiés séropositifs. Plus particulièrement, ce dernier s'efforce de mieux faire connaître les obstacles à l'accès aux ressources auxquels se butent les immigrants et les réfugiés vivant avec le VIH/sida ou touchés par celui-ci, et de cerner les lacunes des services. Ce projet s'attaque également à la stigmatisation et à la peur liées au VIH au sein des organismes de santé régionaux. La Vancouver Refugee Services Alliance [E4] fournit, dans le cadre de son programme de promotion de la santé S.O.S., des services d'orientation au système de santé canadien et offre des services d'éducation et de soutien liés au VIH/sida.

D'autres projets sont axés sur l'éducation, la sensibilisation, et la prévention du VIH à l'intention des nouveaux immigrants, y compris la traduction des documents existants et la production, la diffusion et l'élaboration d'information, de documents sur la prévention et d'ateliers sur le VIH/sida adaptés à la culture. On déploie des efforts en vue d'assurer le développement du leadership à l'égard des questions liées au VIH/sida au sein de ces communautés.

Par exemple, l'Ethiopian Association in the Greater Toronto Area and the Surrounding Regions [E30] fournit

une éducation individualisée en matière de prévention du VIH/sida aux nouveaux arrivants. Plus particulièrement, elle communique aux chefs religieux de la communauté éthiopienne des messages de prévention destinés aux membres de la communauté qui voyagent fréquemment entre Toronto et l'Éthiopie. L'association organise en outre des ateliers d'éducation; encourage les gens à subir le test de dépistage du VIH, par le biais de la presse écrite éthiopienne; et favorise la sensibilisation au VIH au cours de divers événements, tels que l'Ethiopian Canadian Day (journée des Canadiens d'origine éthiopienne) et la Semaine de sensibilisation au sida. L'association travaille en collaboration avec d'autres organismes communautaires, dont Africains(nes) unis(es) contre le SIDA et Black Community for AIDS Prevention.

6.5.4 Conditions socio-économiques

En dépit du lien qui existe entre le VIH/sida et les conditions socio économiques que vivent certains segments de la population noire du Canada, notamment des taux supérieurs de chômage, les projets sur le VIH/sida actuellement en cours ne semblent pas aborder ces conditions de façon complète et intégrée. Toutefois, le rôle de la communauté dans ces projets et l'engagement des organismes auprès de personnes noires ayant un faible statut socio-économique, nous portent à présumer que les facteurs socio-économiques sont pris en compte lors de la planification et de la prestation des services. Par exemple, en Ontario, le centre communautaire Warden Woods de Scarborough [E45] aborde la pauvreté dans le cadre de sa séance d'information sur le VIH/sida.

6.5.5 Stigmatisation, discrimination, pratiques et normes culturelles qui influent sur l'accès aux services^{xx}

La stigmatisation, la discrimination et le racisme dont les communautés noires font l'objet, la disponibilité de services adaptés à la culture, ainsi que les normes et les pratiques culturelles, influent grandement sur la capacité

d'une personne à obtenir des services de prévention, de soins, de traitement, de soutien et de diagnostic. Nous avons examiné les projets afin de cerner les interventions ayant pour objet de réduire les obstacles à l'accès aux services en abordant les pratiques et les normes culturelles propres à la communauté. Ces projets visent souvent à renforcer les capacités des dirigeants communautaires dans le cadre de séances d'éducation préventive par les pairs et d'activités de sensibilisation au sein de la communauté. Dans de nombreux cas, ces projets sont mis en œuvre par des organismes communautaires noirs de lutte contre le VIH/sida en collaboration avec des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida.

Le projet de prévention, d'éducation et d'information sur le VIH/sida que dirige l'organisme Africains (es) unis (es) contre le SIDA de Toronto [E13] donne un bon exemple de la façon dont les projets communautaires permettent de réduire les obstacles à l'accès aux services en changeant la perception de la communauté à l'égard du VIH/sida. Le groupe offre des ateliers d'éducation préventive à un éventail d'organismes, qui fournissent des services à diverses communautés africaines. Il organise des séances de sensibilisation en collaboration avec des chefs religieux; tient des activités de sensibilisation dans les établissements sociaux de la communauté africaine, tels que les salons de coiffure pour hommes, les salons de coiffure pour femmes, les restaurants et les bars; publie des articles dans la presse écrite africaine; et diffuse des messages par le biais de stations radio.

À Toronto, 22 organismes exécutent des projets sur le VIH/sida visant la population noire [E11-13, E19-38, E41-48, E50]. Ils partagent tous l'objectif commun de changer la perception qu'a la communauté des pratiques et des normes qui limitent l'accès aux services liés au VIH/sida. Ce niveau de participation est sans précédent au pays et confirme l'importance que revêtent la coordination, la collaboration et la communication dans les efforts de lutte contre le VIH/sida. La Black Coalition for AIDS Prevention [E20] travaille avec les organismes African Community Health

^{xx} Cela comprend la gamme complète des services de prévention, de soins, de traitement, de soutien et de diagnostic liés au VIH/sida.

Services^{xxi} et Africains (es) unis (es) contre le SIDA pour coordonner la prestation des services. Ce partenariat a permis d'améliorer l'intégration, la planification et la coordination des programmes.

Des données probantes font aussi ressortir l'incidence de la stigmatisation, de la discrimination et du racisme sur l'accès aux programmes et aux services. Une réponse complète doit combler les besoins linguistiques et en matière de communication de la population noire; reconnaître sa diversité; être adaptée à la culture; fournir l'information pertinente; et faire participer des fournisseurs de soins de santé bienveillants et qui connaissent bien la culture. Certains projets visent à accroître la capacité des fournisseurs de services à dispenser des services plus efficaces aux communautés africaines et caribéennes. Par exemple, on encourage les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida à élaborer des services adaptés à la culture. Le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a adopté une approche novatrice pour soutenir huit organismes à l'échelle de l'Ontario afin que les travailleurs en prévention élaborent et mettent en œuvre des stratégies de sensibilisation et de prévention adaptées à la culture et efficaces. Le Bureau de lutte contre le sida appuie le CACVO [E10] dans la mise en œuvre de sa stratégie et dans son rôle en matière de coordination des activités des travailleurs en prévention. Cet appui a entre autres permis aux organismes communautaires installés dans les centres urbains de moindre envergure, notamment AIDS Niagara, l'AIDS Committee of London et l'AIDS Network of Hamilton, d'améliorer leur capacité de sensibilisation et de fournir des services pertinents à cette population. En plus d'apporter un appui à ces organismes, le Bureau de lutte contre le sida fournit des fonds à des organismes ethno spécifiques – la Black Coalition for AIDS Prevention et Africains(nes) unis(es) contre le SIDA.

Le CACVO a également rédigé l'ouvrage intitulé Guide et manuel de prévention du VIH : Outil pour les

fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada [6]. Cette ressource exhaustive aide les fournisseurs de services et les organismes communautaires à renforcer leur capacité à travailler avec les communautés africaines et caribéennes et traite de questions comme la stigmatisation, la discrimination et le racisme.

À Toronto et à Ottawa, de nombreux projets sur le VIH/sida dirigés par des centres de santé communautaire locaux servant la communauté noire sont exécutés en collaboration avec des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida. Cela laisse supposer que les projets ont une incidence positive sur la capacité des organismes de lutte contre le VIH/sida d'effectuer des interventions adaptées à la culture dans le cadre des efforts déployés pour combler les besoins de la population noire qui demande leurs services.

Il importe de souligner que les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida, tels que l'AIDS Committee of Toronto et Séro-Zéro à Montréal, ont intégré des volets ethnoculturels spécifiques à leurs services et leurs activités communautaires. C'est probablement le cas d'autres grands organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida à l'échelle du pays.

D'autres projets abordent cette question du point de vue des politiques en mettant en évidence les obstacles systémiques afin d'éclairer les décideurs ainsi que les travailleurs communautaires. Par exemple, le centre de santé communautaire Regent Park [E37] cerne les obstacles en vue d'améliorer l'accès aux services des immigrants et des réfugiés vivant avec le VIH/sida, en apportant à cette fin des changements sur le plan des politiques et des programmes.

D'autres recherches et évaluations s'imposent pour déterminer dans quelle mesure la réponse permet de lutter contre la stigmatisation, la discrimination et le racisme que subit la communauté noire, et influe de façon positive sur sa capacité d'accès aux services.

xxi L'African Community Health Services n'existe plus.

6.5.6 Populations au sein de la population noire^{xxii}

Femmes :

En 2006, les femmes représentaient les 2/3 des cas de sida dans la catégorie d'exposition au VIH endémique. Il est donc encourageant de constater qu'au moins 19 (33,3%) des projets examinés [E3, E5, E6, E9, E22, E24, E29, E41, E44-E49, E51-53, E56, E57] ciblaient les femmes. Les projets relient les soins de santé aux activités communautaires de sensibilisation destinées aux femmes, mettent l'accent sur le mentorat, sur le recrutement de bénévoles pour animer des séances de sensibilisation, et sur la production d'information destinée aux femmes et la diffusion de celle-ci dans le cadre de séances de sensibilisation ou d'activités culturelles. Par exemple, le centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands de Toronto [E47] aide les femmes africaines et caribéennes à obtenir des renseignements précis sur les profils de transmission du VIH et sur les moyens de réduire les risques d'infection à VIH. De même, l'organisme East York East Toronto Family Resources [E29] recrute des femmes et leur donne une formation de paire intervenante en santé sexuelle afin qu'elles tiennent des séances de sensibilisation destinées aux femmes.

Hommes gais et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) :

Nous avons constaté que les hommes gais noirs et les autres hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent l'auditoire cible de quatre (7,1%) [E21-23, E31] des 57 projets examinés et sont tous installés à Toronto. Ces projets désignaient les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes à titre de population cible d'activités de sensibilisation axées sur des activités sociales et récréatives qui ont lieu dans le cadre d'événements rattachés à la fierté gaie, dans des bars, des bains publics. Le projet de la Black Coalition for AIDS Prevention intitulé *Gay, Bisexual, MSM Outreach*

comprend la tenue d'activités de sensibilisation dans les milieux gais et la publication de messages de prévention du VIH à l'intention des hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes dans la presse communautaire écrite caribéenne. Ce projet tire profit de la collaboration avec divers réseaux d'hommes gais pour cerner les questions qui concernent les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Le processus de collecte d'information n'incluait pas les programmes et les projets visant la communauté élargie des hommes gais et des HRSH et dont l'auditoire peut ou non comprendre les HRSH de hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes noirs. Par exemple, l'organisme Séro-Zéro de Montréal offre aux hommes gais et aux HRSH des programmes ethnoculturels qui ne visent pas expressément les hommes noirs qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Détenus et utilisateurs de drogue par injection :

À l'exception de quelques projets comportant des éléments de réduction des méfaits ou s'adressant aux personnes qui fréquentent la rue (p. ex. les jeunes), les interventions qui visent les personnes provenant de pays où le VIH est endémique ne s'attaquent pas à l'incarcération, à la toxicomanie, et à l'utilisation de drogue par injection.

6.6 Bibliographie

- (1) Agence de la santé publique du Canada. L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada - Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php> [cité mai 2008]; 2004.
- (2) Un portrait national – Rapport sur la réponse des gouvernements à l'épidémie de VIH/sida au Canada. Ottawa, Comité consultatif fédéral provincial territorial sur le sida, Agence de la santé publique du Canada; novembre 2004.

xxii Prière de noter que nous avons déjà traité de la sous-population des « jeunes » dans la section 6.5.2 (âge) du présent chapitre.

(3) Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010). Ottawa, Association canadienne de santé publique. Accessible sur Internet :

http://www.premierplan.ca/pdf/au_premier_plan.pdf
[cité mai 2008]; octobre 2005.

(4) DA Falconer & Associates. Passer à l'action face au VIH et au sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant. Ottawa, Coalition interagence sida et développement. Accessible sur Internet :

http://www.icad-cisd.com/content/pub_details.cfm?ID=243&CAT=15&lang=f [cité mai 2008]; mars 2008.

(5) Groupe de travail sur le VIH endémique. Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique. Toronto, Conseil des africains et carabéens sur le VIH/SIDA en Ontario. Accessible sur Internet :

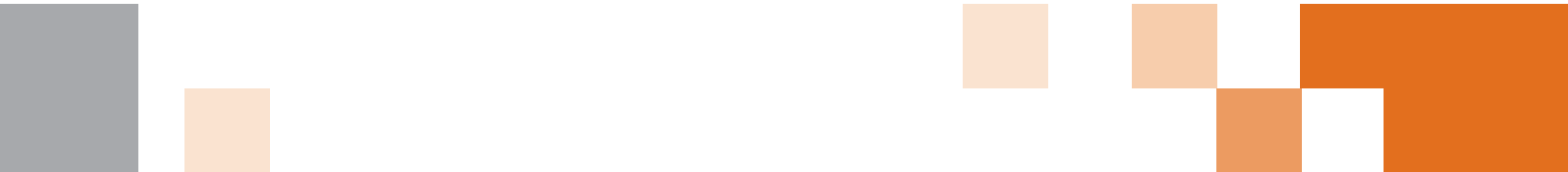
http://www.accho.ca/pdf/ACCHO_strategy_FRENCH_Dec2003.pdf [cité mai 2008]; décembre 2003.

(6) James L. Guide et manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada. Toronto, Conseil africain et caribéens sur le VIH/sida en Ontario [site Web] et Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH). Accessible sur Internet :

http://www.accho.ca/pdf/hiv_manual-part_1_french.pdf
[cité juillet 2007]; juillet 2006.

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



CHAPITRE 7 - Conclusion

7

Les personnes provenant de pays où le VIH est endémique constituent un segment unique de la population touchée par l'épidémie concentrée de VIH/sida au Canada. C'est la première fois que l'ASPC tente de présenter des données probantes issues de diverses sources dans un seul rapport afin de mieux comprendre l'impact du VIH et du sida sur ce segment de population. Le rapport souligne en outre un certain nombre de lacunes et fait ressortir des possibilités en matière d'élaboration des politiques et des programmes à venir et d'établissement des priorités de recherche futures.

La collecte et la présentation d'informations pertinentes sur l'origine ethnique comprises dans les données de surveillance transmises à l'ASCP a soulevé plusieurs défis. Premièrement, les catégories utilisées aux fins de la déclaration de l'origine ethnique sont très générales et il peut-être impossible de classer clairement certaines personnes dans une catégorie particulière, ce qui risque d'entraîner une erreur de classement. Deuxièmement, il reste un certain nombre de lacunes importantes quant à l'intégralité des données sur l'origine ethnique qui sont communiquées à l'échelle nationale concernant les cas de VIH. Bien que la sous-catégorie d'exposition hétérosexuelle intitulée « provenant de pays où le VIH est endémique » fournisse des renseignements dans les provinces et les territoires où l'origine ethnique n'est pas déclarée, elle limite l'évaluation du nombre de personnes provenant de pays où le VIH est endémique dans les autres catégories d'exposition, telles que celles des HRSB et des UDI. De plus, la définition de ce que l'on entend par « pays où le VIH est endémique » change inévitablement au fil du temps car les cas de VIH et de sida continuent de toucher un nombre croissant de personnes provenant d'autres régions du monde à l'extérieur de l'Afrique et des Caraïbes, et ces changements compliquent l'interprétation des tendances.

La rapport confirme que les communautés jouent un rôle crucial pour ce qui est de combler les besoins de la population en matière de services de diagnostic, de prévention, de soins, de traitement et de soutien liés au VIH/sida. Toutefois, la réussite des efforts que les organismes communautaires, les représentants de la santé publique et d'autres groupes déploient pour

réduire le nombre de nouvelles infections à VIH au sein de cette population et améliorer la qualité de vie des personnes noires vivant avec le VIH/sida est influencée par la mesure dans laquelle le Canada réussit, en tant que pays, à « s'attaquer aux facteurs qui influent sur la santé ainsi que sur les environnements physiques et sociaux, qui pourraient faciliter les décisions visant à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé possible » [1].

L'évolution de la situation du VIH au sein de cette population est liée à divers facteurs et déterminants de santé généraux qui influent sur la vulnérabilité de la population au VIH/sida. Il sera nécessaire de mener d'autres recherches et de recueillir des données probantes supplémentaires pour analyser et comprendre certains de ces facteurs et déterminants, y compris l'incidence et la prévalence du VIH dans les pays d'origine des membres de cette population et au Canada, l'évolution démographique de celle-ci, son interaction avec le système d'immigration, son patrimoine biologique ou génétique et son expérience en ce qui concerne le racisme et la violence sexuelle, ainsi que l'interaction complexe de ces facteurs par rapport à l'épidémie de VIH/sida au sein de cette population. Il faudra déployer des efforts exhaustifs et coordonnés pour s'attaquer aux inégalités plus générales en matière de santé qui ont une incidence sur la vulnérabilité des personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

La relation entre l'immigration et le VIH/sida a fait l'objet d'un certain nombre de recherches, de projets, et d'initiatives communautaires, mais il faut examiner plus à fond la capacité des immigrants séropositifs de se prévaloir et de tirer profit des services de santé et liés au VIH/sida à leur arrivée au Canada. Les domaines nécessitant une attention plus poussée comprennent également l'accès aux services de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien des travailleurs migrants provenant de pays où le VIH est endémique et des membres de cette population qui s'installent dans des régions connaissant une croissance économique rapide telles que l'Alberta.

Les expériences de la population noire au Canada diffèrent considérablement de celles des Afro-Américains aux États-Unis ou des immigrants noirs dans les pays européens. Il se peut donc que les résultats des recherches menées à l'extérieur du Canada ne soient pas toujours applicables au contexte canadien, et pourtant, les questions transnationales qui touchent cette population, comme les répercussions de voyages fréquents entre les pays où le VIH est endémique et le Canada sur l'épidémie dans notre pays, n'ont pas reçu beaucoup d'attention de la part du milieu de la recherche au Canada. Des études génétiques démontrent que les souches prédominantes du virus du VIH décelées chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et vivant au Canada sont semblables aux souches retrouvées en Afrique et dans les Caraïbes et sont très différentes des souches que l'on retrouve couramment parmi d'autres populations touchées par le VIH/sida au Canada. Les répercussions possibles de cette constatation sur l'épidémiologie du VIH au Canada et sur les programmes de prévention et de soins n'ont pas été étudiées à fond.

Les obstacles à l'accès à des services et des renseignements appropriés adaptés à la culture en matière de santé constituent toujours un problème pour cette population. L'impact du racisme, de la stigmatisation et de la discrimination survenant dans le système de santé continue d'influer sur la qualité de vie et les résultats liés à la santé des personnes noires vivant avec le VIH/sida. La stigmatisation et la discrimination soutenues manifestées à l'égard du sida et des personnes vivant avec le VIH/sida par la communauté noire elle-même continuent d'entraver les efforts de prévention visant cette population.

Les organismes qui participent à la réponse contre le VIH/sida pour la communauté noire ont constitué de solides réseaux, qui ont favorisé l'échange de connaissances et l'adoption d'approches adaptées à la culture aux fins de la lutte contre le VIH/sida. Il sera important de renforcer leur capacité d'évaluation pour déterminer si les programmes, les interventions et les activités actuels permettent de combler adéquatement les besoins de cette population en matière de

prévention, de soins, de traitement et de soutien. L'adoption de pratiques exemplaires à l'intention de cette population pourrait permettre d'appuyer la réponse pancanadienne. À ce titre, il conviendrait de favoriser et d'encourager l'exécution d'activités intersectorielles et pan gouvernementales en vue de partager les pratiques exemplaires, de multiplier les partenariats entre un plus vaste éventail d'intervenants et de mieux utiliser les données probantes aux fins de l'élaboration de stratégies et d'interventions.

Les intervenants canadiens qui participent à la lutte contre le VIH/sida chez la population noire de descendance africaine et caribéenne provenant de pays où le VIH est endémique ont fait preuve d'une volonté et d'un leadership collectifs solides. Grâce à leur dévouement inébranlable à accroître la sensibilisation au VIH/sida et à réduire la stigmatisation et la discrimination, ils ont contribué à faire en sorte que cette population reconnaisse de plus en plus que l'on ne peut faire abstraction de l'épidémie et qu'ils doivent continuer de diriger cette réponse. Le présent rapport reconnaît le rôle important de ces intervenants, ainsi que leurs réussites, et leur quête incessante pour prendre le dessus sur le VIH/sida au sein de cette population et en renverser la propagation.

7.1 Bibliographie

(1) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, Aider les Canadiens à jouir du meilleur état de santé possible, 2008. Accessible sur Internet :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/index-fra.php>

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE COMPLÈTE

Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010). Ottawa, Association canadienne de santé publique. Accessible sur Internet : http://www.premierplan.ca/pdf/au_premier_plan.pdf [cité mai 2008]; octobre 2005.

Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (2001, ch. 27). Ottawa, Ministère de la Justice. Accessible sur Internet : <http://laws.justice.gc.ca/fr/frame/cs/l-2.5> [cité mai 2008]; 2008.

Rapport sur la promotion de la santé et la diffusion d'information au sein de la communauté canadienne noire et des Caraïbes. « Certaines circonstances » : équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées. Collection de documents et de rapports à l'intention de Santé Canada. 2001;179-216.

Un portrait national – Rapport sur la réponse des gouvernements à l'épidémie de VIH/sida au Canada. Ottawa, Comité consultatif fédéral provincial territorial sur le sida, Agence de la santé publique du Canada; novembre 2004.

Adrien A, Leane V, Remis RS, Boivin J-F, Rud E, Duperval R, et al. Migration and HIV: An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *International Journal of STD & AIDS* 1999; 10(4):237-42.

Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada, novembre 2007.

Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : le VIH au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada; décembre 2005.

Agence de la santé publique du Canada. L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada - Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse

du Canada au VIH/sida. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php> [cité mai 2008]; 2004.

Agence de la santé publique du Canada. Les souches VIH-1 et la pharmacorésistance primaire au Canada - Rapport de surveillance en date du 31 mars 2005. Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hiv1-vih1-05/pdf/hiv1-vih1_05_f.pdf [cité mai 2008]; août 2006.

Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008. Ottawa, Administrateur en chef de la santé publique du Canada, Agence de la santé publique du Canada. [site Web]. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/cpho-report-fra.pdf> [cité août 2008]; 2008.

Agence de la santé publique du Canada. Réunion nationale de la surveillance du VIH/sida : 1er et 2 mars 2007 Québec, Québec. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (DSER), Agence de la santé publique du Canada (ASPC); juin 2007.

Agence de la santé publique du Canada. Risque, vulnérabilité, résilience – Implications pour le système de santé. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/nfvc-cnivf/violencefamiliale/html/frisk_f.html [cité juillet 2008]; février 1997.

Agence de la santé publique du Canada. Santé de la population - Qu'est-ce qui détermine la santé? Ottawa Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php> [cité mai 2008]; juin 2003.

Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2006. Ottawa: Division de la surveillance

et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada; 2007.

Anderson J, Brown G. Deserving Dignity: People with HIV/AIDS Issues Relating to Ontario Disability Support Program. Toronto: Ontario HIV Treatment Network (OHTN). Accessible sur Internet : <http://www.ohtn.on.ca/Pg.s/Publications/Default.aspx> [cité novembre 2007]; août 2003.

BC Centre for Infection and Disease Control. HIV/AIDS Update Year End 2006. Vancouver: British Columbia Centre for Disease Control Accessible sur Internet : <http://www.bccdc.org/download.php?item=3321&PHPS ESSID=df417a136b20e37e35239580f3661a10> [cité décembre 2007]; novembre 2007.

Bitera R, Alary M, Parent R, Fauvel M. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: Cas cumulatifs 2002-2006. Québec: Institut National de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Accessible sur Internet : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/718-InfectionPSI VirusImmunoHumaine.pdf> [cité avril 2008]; octobre 2007.

Calgary Health Region. Healthy Diverse Populations: Health and Black Canadians. Calgary: Calgary Health Region Accessible sur Internet : http://www.crha-health.ab.ca/programs/diversity/diversity_resources/health_div_pops/black.htm [cité juin 2008]; mai 2008.

Citoyenneté et Immigration Canada. Faits et chiffres 2005. Aperçu de l'immigration : résidents permanents. Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada. 2006.

Citoyenneté et Immigration Canada. Statistiques de l'Immigration (séries: 1966-1996). Ottawa, Bibliothèque et Archives Canada. 1999.

Coalition interagence sida et développement. Migration internationale et VIH/sida. Ottawa, Coalition interagence sida et développement (CISD). Accessible sur Internet : http://www.icad-cisd.com/pdf/publications/f_Migration_Final.pdf [cité août 2008]; Novembre 2004.

Comité consultatif de l'épidémiologie & Division de la surveillance des maladies (Santé Canada). Définitions des cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale : relevé des maladies transmissibles au Canada. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf> [cité mai 2008]; mai 2000.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Ottawa, Santé Canada; septembre 1999.

Committee for Accessible AIDS Treatment (CAAT). Action Research Report: Improving Access to Legal Services & Health-Care For People Living With HIV/AIDS Who are Immigrants, Refugees or Without Status. Toronto: Regent Park Community Health Centre; juillet 2001.

DA Falconer & Associates. Passer à l'action face au VIH et au sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant . Ottawa, Coalition interagence sida et développement. Accessible sur Internet : http://www.icad-cisd.com/content/pub_details.cfm?ID=243&CAT=15&lang=f [cité mai 2008]; mars 2008.

Galabuzi G-E. Canada's Creeping Economic Apartheid: The economic segregation and social marginalisation of racialised groups. Toronto: CJS Foundation for Education and Research. Accessible sur Internet : <http://action.web.ca/home/narcc/attach/Canada%5C's%20Creeping%20Economic%20Apartheid.pdf> [cité septembre 2007]; mai 2001.

Galabuzi G-E. Social Exclusion. Toronto: National Anti-Racism Council of Canada. Accessible sur Internet : <http://action.web.ca/home/narcc/attach/NARCC%20expert%20Roundtable%20-%20October%2023%2020041.ppt> [cité juillet 2007]; 2004.

Germaise D, Elliot R. Canada's immigration policy as it affects people living with HIV/AIDS. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network. Accessible sur Internet :

<http://www.aidslaw.ca/FR/publications/index.htm>
[cité août 2007]; février 2007.

Gilmour N, Cyr J, Ankouad A, Thompson D, Lalonde R, Klein M, et al. L'optimisation de l'état de santé des personnes réfugiées de l'Afrique sub-saharienne infectées par le VIH. Montréal, Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill. Accessible sur Internet : http://www.cusm.ca/files/research/Optimisation_fr.pdf [cité juillet 2008]; mars 2007.

Groupe de travail sur le VIH endémique. Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique. Toronto, Conseil des africains et carabéens sur le VIH/SIDA en Ontario (CACVO) Accessible sur Internet : http://www.accho.ca/pdf/ACCHO_strategy_FRENCH_Dec2003.pdf [cité mai 2008]; décembre 2003.

Highleyman L. Drug Interactions and Anti-HIV Therapy. San Francisco AIDS Foundation. Accessible sur Internet : http://www.sfaf.org/beta/2005_sum/interactions.html [cité août 2008]; janvier 2005.

James L. Guide et manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada. Toronto, Conseil africain et caribéens sur le VIH/SIDA en Ontario et Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH). Accessible sur Internet : http://www.accho.ca/pdf/hiv_manual-part_1_french.pdf [cité juillet 2007]; juillet 2006.

Kaukinen C, Faulkner C. Mapping the Social Demography and Location of HIV Services Across Toronto Neighbourhoods. Health and Social Care in the Community 2008; 14(1):37-48.

Lawson E, Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Myers T, Tharao WE. HIV/AIDS Stigma, Denial, Fear and Discrimination: Experiences and Responses of People from African and Caribbean Communities in Toronto. Toronto: The African and Caribbean Council on HIV/

AIDS in Ontario (ACCHO), and the HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto. Accessible sur Internet : http://www.accho.ca/pdf/hiv_stigma_report.pdf [cité juillet 2007]; 2006.

Liu J, Remis RS. Race / Ethnicity among persons with HIV/AIDS in Ontario, 1981 - 2004. Toronto: Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, University of Toronto. Accessible sur Internet : http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/Ethnicity_report.pdf [cité juillet 2007]; juin 2007.

Manitoba Health. Manitoba Health Statistical Update on HIV/AIDS 1985 - December 2003. Winnipeg: Manitoba Health. Accessible sur Internet : <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/surveillance/dec2003.pdf> [cité mai 2007]; août 2004.

Mar L. News Release: Prison Tattoo Closure Irresponsible, Says Legal Network. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network. Accessible sur Internet : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/download/DocumentFile.php?ref=638> [cité août 2007]; décembre 2006.

Martin Spigelman Research Associates. Le VIH/ sida et la santé de la population : leçons pour la coordination de l'action et des politiques. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, janvier 2002. Milan A, Tran K. Les Noirs au Canada : une longue tradition. Tendances sociales canadiennes, 2004; n° 72; 1-8.

Office of the Provincial Medical Officer of Health. HIV/AIDS Surveillance Report 2000. Halifax: Nova Scotia Department of Health. Accessible sur Internet : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/HIVAIDS2000_report.pdf [cité avril 2007]; novembre 2001.

Omorodion F, Gbadebo K, Ishak P. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. Culture, Health & Sexuality 2007;9(4):429-37.

ONUSIDA & OMS. 07 Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du VIH . Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

(ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Accessible sur Internet :

http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epi_update_fr.pdf [cité mai 2008]; décembre 2007.

ONUSIDA. Populations clés. Genève, ONUSIDA.

Accessible sur Internet :

<http://www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp> [cité juin 2008]; 2008.

Ornstein M. Ethno-Racial Groups in Montreal and Vancouver, 1971-2001: A Demographic and Socio-Economic Profile. Toronto: Institute for Social Research, York University. Accessible sur Internet :

http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein--Ethno-Racial_Groups_in_Montreal_and_Vancouver_1971-2001.pdf [cité août 2007]; janvier 2007.

Ornstein M. Ethno-Racial Groups in Toronto, 1971-2001: A Demographic and Socio-Economic Profile. Toronto: Institute for Social Research, York University. Accessible sur Internet :

http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein--Ethno-Racial_Groups_in_Toronto_1971-2001.pdf [cité août 2007]; janvier 2006.

Patrimoine canadien. Un Canada pour tous : plan d'action canadien contre le racisme. Gatineau, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005.

Patten S. Utilisation de drogues injectables, maladies infectieuses connexes, comportements à risque élevé et programmes pertinents : analyse de l'environnement au Canada atlantique. Halifax, Bureau régional de l'Atlantique, Agence de la santé publique du Canada. Accessible sur Internet :

http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Drogues_injectables/drogues_injectables_f.pdf [cité novembre 2007]; mars 2006.

Pepin J. From the Old World to the New World: an ecologic study of population susceptibility to HIV infection. *Tropical Medicine and International Health* 2005 Jul;10(7):627-39. *Racism, Violence and Health*

Project. Community Forums. Racism, Violence and Health Project. Accessible sur Internet :

<http://rvh.socialwork.dal.ca/05%20Community%20Forums/forums.html> [cité juillet 2007]; 2005.

Remis R. Personal Communication. 2007 Dec.

Remis RS, Merid MF. L'épidémiologie de l'infection par VIH chez les personnes venant de pays où le VIH est endémique en Ontario : mise à jour jusqu'en décembre 2002, Toronto, Ontario HIV Epidemiological Monitoring Unit, University of Toronto, juin 2004.

Remis RS, Swantee C, Schiedel L, Liu J. Report on HIV/AIDS in Ontario 2005. Toronto: Ontario HIV Epidemiological Monitoring Unit, University of Toronto. Accessible sur Internet :

http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/PHERO2005_report.pdf [cité mai 2007]; mars 2007.

Santé Canada. Principes de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine chez les femmes enceintes – 2002. Relevé des maladies transmissibles au Canada ; juillet 2002, vol. 28 (13).

Santé publique Québec. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2005 (et projections 2006). Québec: Santé et services sociaux Québec, Gouvernement du Québec. Accessible sur Internet :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-329-01.pdf> [cité mai 2007]; 2006.

Saskatchewan Health. HIV/AIDS in Saskatchewan. Regina: Government of Saskatchewan. Accessible sur Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/hiv-aids-annual-report-2003> [cité mai 2007]; 2008.

Singh A. HIV/AIDS Year End Report to December 31, 2007. Edmonton: Alberta Health and Wellness; 6 mai 2008.

Statistique Canada. Certaines caractéristiques de la scolarité, groupes d'âge, sexe et groupes de minorités visibles pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions

métropolitaines de recensement, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (No 97F0010XCB2001045 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet :

<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=68642&APATH=3&GID=517770&METH=1&PTYPE=55496&THEME=44&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=99&GK=NA&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0>

[cité septembre 2007]; mars 2007.

Statistique Canada. Certaines caractéristiques démographiques et culturelles, statut d'immigrant et lieu de naissance du répondant, groupes d'âge, sexe et statut d'immigrant et période d'immigration pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (No97F0009XCB2001040 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet :

<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=68533&APATH=3&GID=517770&METH=1&PTYPE=55496&THEME=43&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=0&GK=0&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0>

[cité décembre 2007]; mars 2003.

Statistique Canada. Certaines caractéristiques démographiques et culturelles, groupes de minorités visibles, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (No 97F0010XCB2001044 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet :

<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=68641&APATH=3&GID=517770&METH=1&PTYPE=55496&THEME=44&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=99&GK=NA&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0>

[cité septembre 2007]; avril 2003.

Statistique Canada. Enquête sur la diversité ethnique : portrait d'une société multiculturelle. Ottawa, ministre d'Industrie Canada; 2003.

Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, chiffres de 2001, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20 %). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/highlight/Ethnicity/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&View=1&Table=1&StartRec=1&Sort=2&B1=Counts> [cité septembre 2008]; 2001.

Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les circonscriptions électorales fédérales (Ordonnance de représentation de 1996), recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) (No 95F0363XCB2001003 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=65797&APATH=3&GID=361229&METH=1&PTYPE=55430&THEME=44&FOCUS=0&AID=0&PLACENAME=0&PROVINCE=0&SEARCH=0&GC=99&GK=NA&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&FL=0&RL=0&FREE=0> [cité février 2008]; décembre 2007.

Statistique Canada. Profil - Origine ethnique et minorités visibles, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006. Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=94-580-X2006001> [cité juin 2008]; novembre 2007.

Statistique Canada. Projections de la population des groupes de minorités visibles, Canada, provinces et régions 2001-2017. (No 91-541-XIF au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050322/q050322b.htm> [cité juin 2008]; janvier 2003.

Statistique Canada. Recensement de 2001 (N° 97F0009XCB01040 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada; 2003.

Statistique Canada. Recensement de 2001. Groupes de minorités visibles, sexe et groupes - Portrait ethnoculturel du Canada, (N° 95F0363XCB2001001 au catalogue). Ottawa, Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=95F0363X2001001> [cité juin 2008]; avril 2001.

Statistique Canada. Statut d'immigrant et période d'immigration et lieu de naissance pour les immigrants et les résidents non permanents, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %). Ottawa: Statistique Canada. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/topics/ProductSummary.cfm?ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=97-557-XCB2006007&DETAIL=0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=0&GAL=&GC=99&GK=NA&GRP=0&IPS=97-557-XCB2006007&METH=0&ORDER=&PID=89424&PTYPE=88971&RL=0&S=1&ShowAll=&StartRow=&SUB=&Temporal=2006&Theme=72&VID=&VNAMEE=&VNAMEF&IPS=97-557-XCB2006007> [cité septembre 2007]; 2008.

Tharao E, Massaquoi N, Teclom S. Silent Voices of the HIV/AIDS Epidemic: African and Caribbean Women in Toronto 2002-2004. Toronto: Women's Health in Women's Hands Community Health Centre. Accessible sur Internet : <http://www.whiwh.com/Silent%20Voices%20of%20HIV%20Final%20Report.pdf> [cité juillet 2007]; avril 2006.

Tran K. Personal Communication. 2007.

Trevethan S, Rastin C. Profil de délinquants sous responsabilité fédérale, membres de minorités visibles, incarcérés et sous surveillance dans la collectivité. Ottawa, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, juin 04

Young B. Zidovudine/Lamivudine/Abacavir May Be Appropriate for Some Treatment-Naive Patients With Low-Baseline Viral Loads. The Body: The Complete HIV/AIDS Resource Accessible sur Internet : <http://www.thebody.com/content/art38293.html> [cité août 2007]; septembre 2006.

Annexe A

A

Liste des pays où le VIH est endémique

Caraïbes, Bermudes et l'Amérique centrale et du Sud

| | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Anguilla | Guyana* | Martinique |
| Antigua et Barbuda | Guyane française | Montserrat |
| Antilles néerlandaises | Haiti | République Dominicaine |
| Bahamas | Honduras* | Saint-Kitts-et-Nevis |
| Barbade | Iles Caïmans | Sainte-Lucie |
| Bermudes | Iles Turques et Caïques | Saint Vincent et les Grenadines |
| Dominique | Iles Vierges américaines | Suriname* |
| Grenade | Iles Vierges britanniques | Trinité-et-Tobago |
| Guadeloupe | Jamaïque | |

Asie

| | | |
|-----------|---------------------|------------|
| Cambodge* | Myanmar (Birmanie)* | Thaïlande* |
|-----------|---------------------|------------|

Afrique

| | | |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| Afrique du Sud | Gambie | Ouganda |
| Angola | Ghana | République centrafricaine |
| Bénin | Guinée | Rwanda |
| Botswana | Guinée-Bissau | Sénégal |
| Burkina Faso | Guinée équatoriale | Sierra Leone |
| Burundi | Kenya | Somalie |
| Cameroun | Lesotho | Soudan |
| Cap-Vert | Libéria | Swaziland |
| Congo | Malawi | Tanzanie |
| Côte d'Ivoire | Mali | Tchad |
| Djibouti | Mozambique | Togo |
| Érythrée | Namibie | Zaïre |
| Éthiopie | Niger | Zambie |
| Gabon | Nigéria | Zimbabwe |

* Ce Rapport d'étape met l'accent seulement sur les personnes provenant de pays où le VIH est endémique de descendance africaine et caribéenne. Les pays accompagnés d'un astérisque ne font pas partie du présent Rapport d'étape.

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



Annexe B

ANNEXE B

1) Termes utilisés aux fins des recherches

Anglais

| | Countries of the Caribbean: | Countries of Sub-Saharan Africa: |
|-------------------------|---|----------------------------------|
| Black | Anguilla | Angola |
| African | Antigua and Barbuda | Benin |
| Caribbean | Aruba | Botswana |
| Immigrant | Bahamas | Burkina Faso |
| Refugee | Barbados | Burundi |
| Endemic | Belize | Cameroon |
| Ethno cultural | Bermuda | Cape Verde |
| Ethno racial | British Virgin Islands | Central African Republic |
| Afro-Canadian | Cayman Islands | Chad |
| Afro-Caribbean | Cuba | Côte d'Ivoire |
| West Indian | Dominica | Comoros |
| People of Colour | Dominican Republic | Congo |
| Visible minorities | Grenada | Democratic Republic of Congo |
| Racialized | Guadeloupe | Djibouti |
| Minoritized | Guyana | Equatorial Guinea |
| Undocumented immigrants | Haiti | Eritrea |
| Illegal immigrants | Jamaica | Ethiopia |
| | Martinique | Gabon |
| | Montserrat | Gambia |
| | Netherlands Antilles – Saba, St. Eustatius, Saint Maarten | Ghana |
| | St. Barts | Guinea |
| | St. Kitts and Nevis | Guinea Bissau |
| | St. Lucia | Kenya |
| | St. Martin | Lesotho |
| | St. Vincent and the Grenadines | Liberia |
| | Trinidad and Tobago | Madagascar |
| | Turks and Caicos | Malawi |
| | | Mali |
| | | Mauritius |
| | | Mozambique |
| | | Namibia |
| | | Niger |
| | | Nigeria |
| | | Rwanda |
| | | São Tomé and Príncipe |
| | | Senegal |
| | | Seychelles |
| | | Sierra Leone |
| | | Somalia, including Somaliland |
| | | South Africa |
| | | Sudan |
| | | Swaziland |
| | | Tanzania |
| | | Togo |
| | | Uganda |
| | | Zambia |
| | | Zimbabwe |

Français

| | Pays des Caraïbes : | Pays de l'Afrique subsaharienne : |
|------------------------|---|-----------------------------------|
| Noir | Anguilla | Afrique du Sud |
| Africain | Antigua-et-Barbuda | Angola |
| Caraïbe | Antilles néerlandaises (Saba, Saint-Eustache, Saint-Martin) | Bénin |
| Immigrant | Aruba | Botswana |
| Réfugié | Bahamas | Burkina Faso |
| Endémique | Barbade | Burundi |
| Ethnoculturel | Belize | Cameroun |
| Ethnoracial | Bermudes | Cap-Vert |
| Afro-canadien | Cuba | Comores |
| Afro-antillais | Dominique | Congo |
| Antillais | Grenade | Côte d'Ivoire |
| Personnes de couleur | Guadeloupe | Djibouti |
| Minorités visibles | Guyana | Érythrée |
| Victimes de racisme | Haiti | Éthiopie |
| Minorités | îles Caïmans | Gabon |
| Immigrants sans papier | îles Vierges britanniques | Gambie |
| Immigrants illégaux | îles Turks et Caicos | Ghana |
| | Jamaïque | Guinée |
| | Martinique | Guinée Bissau |
| | Montserrat | Guinée équatoriale |
| | République dominicaine | Kenya |
| | Saint-Barthélemy | Lesotho |
| | Saint-Kitts-et-Nevis | Libéria |
| | Saint Vincent et les Grenadines | Madagascar |
| | Saint-Martin | Malawi |
| | Sainte-Lucie | Mali |
| | Trinité-et-Tobago | Maurice |
| | | Mozambique |
| | | Namibie |
| | | Niger |
| | | Nigéria |
| | | Ouganda |
| | | République centrafricaine |
| | | République démocratique du Congo |
| | | Rwanda |
| | | Sao Tomé et Príncipe |
| | | Sénégal |
| | | Seychelles |
| | | Sierra Leone |
| | | Somalie (y compris le Somaliland) |
| | | Soudan |
| | | Swaziland |
| | | Tanzanie |
| | | Tchad |
| | | Togo |
| | | Zambie |
| | | Zimbabwe |

2) Bases de données consultées

- CINAHL 2000 – 2007-08
- Current Contents 2001 – Septembre 2007
- Global Health 1998-2008
- MEDLINE 2001 – Septembre 2007
- PreMEDLINE – Septembre 2007
- SCOPUS – Septembre 2007

3) Principaux sites internet

- AIDS Education Global information System - <http://www.aegis.org/>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research - <http://www.ahfmr.ab.ca/>
- British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida) - <http://www.cfenet.ubc.ca/>
- Canadian Association for HIV Research (Association canadienne de recherche sur le VIH) - <http://www.cahr-acrv.ca/english/home/>
- Canadian Association for HIV Research Ontario - <http://www.cahro.ca/>
- Conseil canadien de développement social - <http://www.ccsd.ca/francais/>
- Fondation canadienne de recherche sur le sida - http://www.canfar.ca/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1&lang=fr
- Réseau canadien de la santé - <http://www.reseau-canadien-sante.ca/> (n'existe plus)
- Canadian HIV Research Inventory - <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=2>
- Instituts de recherche en santé du Canada - <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/193.html>
- Le Réseau canadien pour la santé des femmes - <http://www.rcsf.ca/>
- Google Canada - <http://www.google.ca>
- Google Scholar - <http://scholar.google.com>
- Health Association of African Canadians (Société internationale sur le sida) - <http://www.haac.ca/>
- International AIDS Society - <http://www.iasociety.org/>
- Metropolis - http://canada.metropolis.net/index_f.html
- Michael Smith Foundation for Health Research - <http://www.msfhr.org/>
- Nova Scotia Health Research Foundation (Réseau ontarien de traitement du VIH) - <http://www.nshrf.ca/>
- Ontario HIV Treatment Network - <http://www.ohtn.on.ca/>
- Sex Information and Education Council of Canada (Conseil du Canada d'information et d'éducation sexuelles) - <http://www.sieccan.org/>

RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada



Annexe C



Modèle de collecte d'information

La Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada prépare actuellement une série de rapports d'étapes sur les populations distinctes, dont l'objectif ultime est d'améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada et des personnes à risque de contracter l'infection. Le premier rapport d'étape mettra l'accent sur les personnes provenant de pays où le VIH/sida est endémique : les communautés noires canadiennes, africaines et caribéennes et contiendra un ensemble complet de données existantes sur les communautés. Le rapport d'étape inclura spécifiquement de l'information sur les caractéristiques et la démographie des communautés noires canadiennes, africaines et caribéennes ainsi que des données statistiques sur l'impact du VIH/

sida sur les communautés. Il indiquera également les recherches qui sont financées à l'heure actuelle, les publications récentes, et les réponses actuelles et fournira des renseignements sur les expériences vécues des communautés.

Cette fiche de collecte de données est transmise en vue de solliciter de l'information portant expressément sur le VIH/sida et les communautés noires canadiennes, africaines et caribéennes. Nous vous prions d'inscrire dans les tableaux ci-dessous toute information pertinente dont vous disposez et de partager la fiche avec les autres personnes qui pourraient être en mesure de fournir une aide. Il est à noter que nous accepterons également les renseignements identifiant les « immigrants », les « réfugiés », les « minorités visibles », les « personnes de couleur », les « communautés ethnoculturelles » ou les « communautés ethnoraciales ».

1.0 Recherches financées de 2000 à 2007

| Titre et chercheur(s) | Bailleur de fonds | Source/ référence/ site Web | Commentaires/ autre information |
|-----------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | |

2.0 Articles et rapports publiés entre 2003 et 2007

| Titre et auteur(s) | Bailleur de fonds/ éditeur | Source/ référence/ site Web | Commentaires/ autre information |
|--------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | |

3.0 Exposés présentés lors de conférences de 2000 à 2007

| Titre et auteur(s) | Conférence et année | Source/ référence/ site Web | Commentaires/ autre information |
|--------------------|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | |

4.0 Publications à venir (en 2007)

| Titre et auteur(s) | Bailleur de fonds/ éditeur | Source/ référence/ site Web | Commentaires/ autre information |
|--------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | | |

5.0 Projets et programmes financés à l'heure actuelle

| Organisme et titre du projet/ programme | Bailleur de fonds | Personne-ressource pour information | Commentaires/ autre information |
|--|-------------------|--|------------------------------------|
| | | | |

6.0 Réseaux ou coalitions existant à l'heure actuelle

| Nom du réseau ou de la coalition | Ville et/ou province/ territoire | Personne-ressource pour information | Commentaires/ autre information |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| | | | |

7.0 Stratégies ou plans actuels

| Titre de la stratégie ou du plan et nom des auteurs | Ville et/ou province/ territoire | Personne-ressource pour information | Commentaires/ autre information |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| | | | |

8.0 Initiatives actuelles en matière de politiques

| Titre de l'initiative | Ville et/ou province/ territoire | Personne-ressource pour information | Commentaires/ autre information |
|-----------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| | | | |

Annexe D

D

Organismes qui participent à la réponse au VIH/sida chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada

Organismes nationaux

Coalition interagence sida et développement

La Coalition interagence sida et développement est un réseau de 176 organismes non gouvernementaux (ONG) canadiens en développement international, organismes de services liés au sida et de particuliers qui se préoccupent du VIH/sida à l'échelle mondiale. [<http://www.icad-cisd.com/>]

- **Projet, E1** : *Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés noires d'origine canadienne, africaines et des caraïbes* (portée nationale).

Colombie-Britannique

AIDS Vancouver

AIDS Vancouver offre des services gratuits et confidentiels aux personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont touchées par cette maladie et aux personnes qui craignent de contracter le VIH.

[www.aidsvancouver.org]

- **Projet, E2** : *Programme visant les immigrants provenant des régions endémiques* (portée locale).

Fondation nationale du congrès des femmes noires

L'objectif de la Fondation nationale du congrès des femmes noires consiste à faciliter, élaborer, mettre en œuvre et promouvoir des activités telles que des programmes de collecte de fonds, de recherche et d'éducation qui favorisent l'avancement et l'éducation des femmes noires.

- **Projet, E3** : *Sensibilisation par les pairs, diffusion de documents de prévention à l'intention des femmes noires et groupe de soutien pour les femmes noires touchées par le VIH/sida* (portée locale).

S.O.S. (anciennement Storefront Orientation Service)

S.O.S. met l'accent sur la prestation de services aux revendicateurs du statut de réfugié afin de les orienter tout au long de chacune des étapes du processus d'immigration complexe et de les aider à gérer les réalités liées à leur adaptation à une nouvelle vie.

[www.vrsa.ca]

- **Projet, E4** : *Santé de l'Amérique latine, programme d'éducation sur le sida* (portée locale)

Alberta

Calgary Immigrant Women's Association

La Calgary Immigrant Women's Association est un organisme sans but lucratif qui s'attache à répondre aux besoins et aux préoccupations des femmes, des jeunes, des enfants et des familles immigrants et réfugiés.

[<http://ciwa-online.com/>]

- **Projet, E5** : *I CARE – Ressources et éducation sur le sida pour la communauté immigrante* (portée locale).

Central Alberta Immigrant Women's Association

La Central Alberta Immigrant Women's Association vise à habiliter les immigrants et à les sensibiliser davantage aux différents aspects de la société canadienne.

[www.cirsonline.ca/caiwa]

- **Projet, E6** : *Programmes destinés aux immigrants et aux réfugiés à Red Deer* (portée locale).

Multicultural Health Brokers Cooperative

La Multicultural Health Brokers Cooperative appuie les familles immigrantes et réfugiées qui sont le plus souvent isolées en raison d'obstacles culturels et linguistiques. [www.mchb.org]

- **Projet, E7** : *Messages de prévention destinés aux immigrants et aux réfugiés à Edmonton* (portée locale).

Options Sexual Health Association (anciennement Planned Parenthood Edmonton)

L'organisme Options Sexual Health Association inculque aux néo-Canadiens les compétences et les connaissances requises pour prendre des décisions éclairées en matière de sexualité dans le contexte de leurs valeurs, de leurs croyances, de leur culture et de leurs expériences. [<http://www.optionssexualhealth.ca/>]

- **Projet, E8** : *Prévention pour les communautés immigrantes et réfugiées* (portée locale).

Manitoba

Sexuality Education Resource Centre Manitoba

La mission du Sexuality Education Resource Centre Manitoba consiste à promouvoir la santé sexuelle par l'éducation. [www.sexc.mb.ca]

- **Projet, E9** : *Améliorer l'accès aux services des communautés immigrantes et réfugiées à Winnipeg et à Brandon* (portée locale).

Ontario

Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario

Le Conseil des africains et caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) est constitué d'organisations et d'individus qui sont dédiés à la prévention du VIH, à l'éducation, à la défense des intérêts, à la recherche, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH chez les communautés africaines et caribéennes en Ontario. [www.accho.ca]

- **Projet, E10** : *Programme communautaire d'éducation et de soutien sur le sida* (rôle de coordination de portée provinciale).

African Community Health Services^{xxiii}

L'African Community Health Services était un organisme communautaire sans but lucratif qui offrait des services holistiques aux communautés africaines et autres vivant avec le VIH/sida ou qui sont touchées par celui-ci.

- **Projet, E11** : *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).

Africains(nes) unis(es) contre le SIDA

Africains(nes) unis(es) contre le SIDA est un organisme caritatif communautaire canadien sans but lucratif qui offre des services à la région du Grand Toronto. Cet organisme a été établi par les membres de la communauté africaine en réponse aux besoins accrus en matière de services visant à aider les Africains vivant avec le VIH/sida. [www.apaa.ca]

- **Projet, E12** : *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).
- **Projet, E13** : *Prévention, éducation et information sur le VIH/sida* (portée locale).

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

L'AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area répond aux besoins en constante évolution des communautés et des particuliers atteints du VIH/sida, touchés par celui-ci ou à risque de le contracter, et pour ce faire, leur offre des programmes et des services de prévention, d'éducation, de défense des intérêts et de soutien. [www.acckwa.com]

- **Projet, E14** : *Programme d'éducation communautaire* (portée locale).

AIDS Committee of London

L'AIDS Committee of London rassemble les gens afin qu'ils unissent leurs efforts pour assurer un leadership en matière d'éducation, de soutien, et de défense des intérêts en vue de faire face aux défis liés au VIH/sida. [www.aidslondon.com]

- **Projet, E15** : *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).

AIDS Network of Hamilton

L'AIDS Network of Hamilton fonctionne à titre d'organisme sans but lucratif voué à améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le VIH/sida au sein des communautés de Hamilton, Halton, Haldimand, Norfolk et Brant. [www.aidsnetwork.ca]

- **Projet, E16** : *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).
- **Projet, E17** : *Action sociale auprès des personnes de pays où la maladie est endémique* (portée locale).

xxiii L'African Community Health Services n'existe plus.

AIDS Niagara

AIDS Niagara est un organisme communautaire constitué d'employés et de bénévoles dévoués et bienveillants qui sont déterminés à offrir des services de soutien, d'éducation et de défense des intérêts dans un environnement sécuritaire et confidentiel à toutes les personnes infectées ou affectées par le VIH et le sida. [www.aidsniagara.com]

- **Projet, E18 :** *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).

Black Coalition for AIDS Prevention

La Black Coalition for AIDS Prevention est un organisme communautaire caritatif bénévole sans but lucratif dont la mission est de réduire la propagation de l'infection à VIH au sein des communautés noires et d'améliorer la qualité de vie des personnes noires vivant avec le VIH/sida ou affectées par celui-ci. [<http://black-cap.com>]

- **Projet, E19 :** *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).
- **Projet, E20 :** *Muungano : Organismes de services liés au sida de l'Afrique et des Caraïbes travaillant ensemble dans la coordination des services liés au VIH/sida* (portée locale).
- **Projet, E21 :** *Sensibilisation auprès des hommes gais, bisexuels, et des HRSH* (portée locale).
- **Projet, E22 :** *Prévention du sida* (portée locale).
- **Projet, E23 :** *Projet de prévention auprès des personnes noires vivant avec le VIH/sida* (portée locale).

Centre des Jeunes Francophones de Toronto

Le Centre des Jeunes Francophones de Toronto utilise une approche culturellement appropriée dans la prestation de ses services et programmes, en offrant aux jeunes une occasion unique d'acquérir une véritable expérience canadienne en développant de nouvelles habiletés, aptitudes, et compétences. [www.centredesjeunes.org]

- **Projet, E24 :** *Sexe c'est ta vie tu décides – Sex It's Your Life, You Decide* (portée locale).

Centre Francophone de Toronto

Le Centre Francophone de Toronto appuie le développement et l'épanouissement de la communauté francophone de la région de Toronto, dans toute sa diversité. [www.centrefranco.org]

- **Projet, E25 :** *Entraide communautaire – Community peer-support* (portée locale).
- **Projet, E26 :** *Quand la communauté se prend en main – Community empowerment* (portée locale).
- **Projet, E27 :** *Ubuntu, Komipesa, Angajmant Kominoté, Engagement communautaire – Community Involvement* (portée locale).

Dixon Hall - Toronto

L'organisme Dixon Hall fait des démarches à l'intention des résidents des logements sociaux locaux (Regent Park – le plus grand complexe de logements sociaux du Canada) et des hommes et des femmes migrants sans-abri dans le but de les aider à obtenir un logement stable, à trouver un emploi intéressant, et à participer à des activités qui stimulent et favorisent la croissance.

- **Projet, E28 :** *Youth Supporting Leaders Achieving New Growth* (formation de jeunes leaders pour favoriser une nouvelle croissance) [portée locale].

East York East Toronto Family Resources

L'organisme East York East Toronto Family Resources offre des services de soutien à la famille structurés et non structurés aux familles. [www.eyetfrp.ca]

- **Projet, E29 :** *Éducation des femmes sur le sida* (portée locale).

Ethiopian Association in the Greater Toronto Area and the Surrounding Regions

L'Ethiopian Association in the Greater Toronto Area and Surrounding Regions offre des programmes de services communautaires et sociaux aux personnes d'origine éthiopienne et à d'autres personnes. [www.ethiocommun.org]

- **Projet, E30 :** *Projet de prévention du VIH/sida* (portée locale).

JD Griffin Adolescent Centre

Le JD Griffin Adolescent Centre offre des services aux jeunes et à leurs familles ainsi qu'aux adultes (âgés de 16 ans et plus), qui ont reçu un double diagnostic de problèmes de santé mentale et de retard du développement. [<http://griffin-centre.org/>]

- **Project, E31 :** *Projet de sensibilisation sur le VIH/sida* (portée locale).

Lakeshore Area Multi-service Project

Le Lakeshore Area Multi-service Project offre une gamme de programmes et de services visant à combler les besoins de la communauté de South Etobicoke en matière de santé. [www.lampchc.org]

- **Project, E32 :** *Projet de prévention du VIH/sida dans la rue* (portée locale).

PAPE Adolescent Resource Centre

Le PAPE Adolescent Resource Centre est un projet conjoint de la Children's Aid Society of Toronto, de la Catholic Children's Aid Society et des Jewish Family and Child Services. Son mandat consiste à aider les jeunes qui sont actuellement ou ont été sous la responsabilité de l'un ou l'autre de ces organismes. [www.parcyouth.com]

- **Project, E33 :** *"Awear" of Choices 2007* (au courant des choix) (portée locale).

Centre de santé communautaire Parkdale

Le centre de santé communautaire Parkdale est un organisme de santé communautaire qui offre des services aux résidents de Parkdale et des régions environnantes. [www.parkdalehealth.ca]

- **Project, E34 :** *Sensibilisation et information sur le VIH/sida à l'intention des populations vulnérables* (portée locale).

Peel HIV/AIDS Network

Le Peel HIV/AIDS Network a pour mandat d'offrir des services aux personnes vivant avec le VIH/sida et touchées par celui-ci, et de réduire la propagation du virus en prenant des mesures de soutien, d'éducation et de défense des intérêts et en favorisant le bénévolat. [www.phan.ca]

- **Project, E35 :** *Stratégie des travailleurs en prévention de l'Ontario* (portée locale).

- **Project, E36 :** *Promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida et touchées par celui-ci* (portée locale).

Centre de santé communautaire Regent Park

Le centre de santé communautaire Regent Park est un organisme de santé communautaire qui offre des services aux résidents de Regent Park et des régions environnantes. [www.regentparkchc.org]

- **Project, E37 :** *Améliorer les services destinés aux immigrants et aux réfugiés vivant avec le VIH/sida* (portée locale).

Somali Immigrant AID Organization

La Somali Immigrant AID Organization comble les besoins des Canadiens somaliens et d'autres immigrants au Canada en matière d'immigration, d'éducation, de santé, de services sociaux, de développement économique et sur le plan culturel au moyen de programmes, de services, et de la défense des intérêts. [www.webhome.idirect.com/~siao]

- **Project, E38 :** *AIDS Prevention – Community Voice* (prévention du sida – voix de la communauté) (portée locale).

Centre de santé communautaire Somerset West (Ottawa)

Le centre de santé communautaire Somerset West est un organisme sans but lucratif dirigé par la communauté qui offre des services de soins de santé primaires, de promotion de la santé et de développement communautaire en faisant appel à des équipes interdisciplinaires d'intervenants en matière de santé. [www.swchc.on.ca]

- **Project, E39 :** *Formation ethnoculturelle par les pairs aux fins de prévention du VIH/sida* (portée locale).
- **Project, E40 :** *Operation Hairspray Phase 2: HIV/AIDS Prevention in Ottawa's African and Caribbean* (prévention du VIH/sida chez les membres des communautés africaines et caribéennes d'Ottawa par le biais des salons de coiffure pour hommes et pour femmes) (portée locale).

Centre de santé communautaire Rexdale

Le centre de santé communautaire Rexdale appuie et défend le bien-être physique, économique, social et mental de sa communauté diverse.

- **Project, E41 : LIFE – Live it to the Fullest Everyday** (*vivre pleinement sa vie tous les jours*) (portée locale).

Toronto People with AIDS Foundation

La Toronto People with AIDS Foundation est le plus grand organisme de services offrant un appui direct aux personnes vivant avec le VIH/sida au Canada.

[www.pwatoronto.org]

- **Project, E42 : Speaker's Bureau** (*bureau des conférenciers*) (portée locale).

VIVER – coalition de langue portugaise contre le VIH/sida

VIVER travaille avec la communauté de langue portugaise de Toronto afin de promouvoir des programmes adaptés sur les plans culturel et linguistique en matière de sensibilisation, de prévention, et de défense des intérêts, et en vue d'éliminer les obstacles auxquels font face les personnes de langue portugaise vivant avec le VIH/sida, touchées par celui-ci et à risque de le contracter.

- **Project, E43 : Sensibilisation des hommes de langue portugaise** (portée locale).

Voices of Positive Women

L'organisme Voices of Positive Women est un organisme communautaire axé sur les membres qui offre des services gratuits et confidentiels de défense des intérêts et de soutien aux femmes séropositives à l'échelle de l'Ontario. [www.vopw.org]

- **Project, E44 : Voices of Positive Women Community Connections Projects** (*projets axés sur les liens communautaires*) (portée locale).

Centre communautaire Warden Woods - Bell Estate

Le centre communautaire Warden Woods a pour mandat de créer dans le Sud-Ouest de Scarborough des communautés où règnent la bienveillance, la compassion, l'interdépendance et l'équité.

[www.wardenwoods.com]

- **Project, E45 : Projet de prévention du VIH/sida à Scarborough - Young People Rethinking** (portée locale).
- **Project, E46 : Éducation et prévention sur le VIH/sida** (portée locale).

Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands

Le centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands est un centre de santé axé sur une approche participative qui offre des services aux femmes noires et de couleur à Toronto et dans les municipalités environnantes. [www.whiwh.com]

- **Project, E47 : Éducation et prévention sur le VIH à l'intention des femmes africaines et caribéennes** (portée locale).
- **Project, E48 : Program d'éducation : Partager notre modèle de soins** (portée locale).
- **Project, E49 : Projet de renforcement des capacités des communautés africaines et caribéennes en matière de lutte contre le VIH** (portée nationale).

York Community Services

L'organisme York Community Services offre des services intégrés de santé, juridiques, de consultation et communautaires aux résidents de l'ancienne ville de York dans le Centre-Ouest de Toronto.

[www.ycservices.com]

- **Project, E50 : Programme de prévention du VIH/sida** (portée locale).

Québec

Centre d'Action Sida Montréal (Femmes)

La mission du Centre d'Action Sida Montréal (Femmes) est d'offrir des services de soutien, d'éducation et d'aiguillage aux femmes vivant avec le VIH/sida, aux familles de celles-ci, et aux femmes qui croient être à risque de le contracter.

[www.netrover.com/~casm]

- **Project E51 : Soutien réfugiés + : projet d'accompagnement de soutien des personnes réfugiées** (*Refugee Support + : Buddy Support Project for Refugee People*) (portée locale).

- **Project E52** : *Services de soutien aux femmes séropositives*^{xxiv} (portée locale).
- **Project E57** : *Hey fille! Mets tes culottes – Hey Girl! Pull up your underpants* (portée locale).

Groupe d'Action pour la Prévention de la Transmission du VIH et l'Éradication du Sida

Groupe d'Action pour la Prévention de la transmission du VIH et l'Éradication du Sida est un organisme cadre qui regroupe des organismes communautaires, des professionnels, de même que des experts indépendants, tous engagés dans la lutte contre l'épidémie de sida dans la population en général mais plus particulièrement au sein de la communauté haïtienne.

[www.aihc.ca/CCRI/gapvies.html]

- **Project E53** : *Pour elles, par elles, pour la vie - For Her, by Her, for Life* (portée locale).
- **Project E54** : *Éducation et prévention – Education and Prevention* (portée locale).

Pacte de Rue

Par l'intermédiaire de son équipe de travailleurs sur le terrain, l'organisme Pacte de Rue offre des services de soutien et d'aiguillage anonymes et confidentiels à sa clientèle fréquentant la rue.

- **Project, E55** : *Travail de proximité, agir en émergence des problèmes – Outreach Work, Intervention Ahead of the Problems* (portée locale).

Refuge Juan Moreno

Le Refuge Juan Moreno offre aux femmes et aux enfants qui revendiquent le statut de réfugié des services d'hébergement d'urgence et protège leurs droits.

[www.refugejuanmoreno.ca/whoweare.htm]

- **Project E56** : *Femmes en santé – Healthy Women* (portée locale).

Unité d'intervention mobile l'Anonyme (Mobile Intervention Unit – Anonyme)

La mission de l'unité d'intervention mobile Anonyme consiste à offrir une aide aux jeunes en difficulté âgés de 14 à 30 ans, en les rencontrant dans leur propre milieu.

[www.anonyme.ca]

xxiv Ce projet était officiellement dirigé par le Centre de ressource et d'intervention en santé et sexualité - cet organisme n'existe plus.

