

Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA

La surveillance du VIH/SIDA chez les peuples autochtones du Canada

Première édition : mars 2000



**Publié par :
Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.**



Cette publication a été financée par Santé Canada
[Note : Les opinions exprimées dans le présent manuel sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement la politique officielle du ministre de Santé Canada.]



**Santé Health
Canada Canada**

**ISBN : en instance
Imprimé au Canada**

Préparé par Blue Moon Consulting

**Pour de plus amples renseignements :
Le Réseau canadien autochtone du SIDA
409-396, rue Cooper
Ottawa, (On)
K2P 2H7
courriel : caan@storm.ca
site Web : <http://www.caan.ca>**

REMERCIEMENTS

La création de ce manuel ne s'est pas fait en isolation. Plusieurs organisations ont participé à sa réalisation. Le Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS) désire remercier les entités suivantes :

Le Groupe de travail autochtone sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/SIDA
L'Assemblée des Premières nations
Le Conseil d'administration du RCAS
La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
La Commission de la santé et des services sociaux
La Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada
Inuit Tapirisat du Canada
Le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada
Manitoba Aboriginal AIDS Task Force
Manitoba Health
Le Ralliement national des Métis
Métis National Council of Women
Pauktuutit Inuit Women's Association
Thompson Manitoba Northern AIDS Initiative

Le RCAS tient également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution et encadrement. Ces personnes ont prêté leur expertise dans le domaine de la culture des Inuit, Métis et Premières nations ainsi qu'en épidémiologie VIH/SIDA; elles ont organisé des réunions de discussion, participé à des groupes de consultation et ont siégé sur les comités directeurs et les groupes consultatifs. Sans leur aide, la création de ce manuel n'aurait pas été possible.

Alma Adams	Bridgette Larocque
Darcy Albert	Loretata Larocque
Fred Anderson	Dr. John Last
Rita Anilniliak	Barbara Lawton
Chris Archambault	Jake Linklater
Todd Armstrong	Earl Nowgesic
Diane Aubry	Renée Masching
Ed Azure	Kathleen McKay
Jacquie Bouvier	Albert McLeod
Gary Carbonnell	Harvey Michelle
Flora Cardinal	Carolyn Micheln
Linda Day	Duane Morriseau
Dr. Lorne Clearsky	Mai Nguyen
Teresa Dion	Alana Dawn Philips
Margaret Dumas	Rosemarie Plante
Annie Evans	Christina Smeja (MD)
Donna Everette	Mac Saulis
Arlo Yuzicapi Fayant	Catherine Spence
Irene Foster	Marilyn Tanner Spence
Sheila Genaille	Kim Thomas
Joan Goudie	Pauline Wood Steiman
Bernadine Grant	Gail Turner
Roda Grey	Tina Wasicuna
Janice Henry	Zipporah Ypma
Bernice HLADY	Art Zoccole

Les auteurs désirent également remercier John Last (M.D.) pour ses conseils inestimables et sa révision des sections Glossaire et Questions posées fréquemment du manuel. La troisième édition du Dictionnaire d'Épidémiologie du Dr. Last est la référence la plus complète de ce genre au Canada et a servi de base à plusieurs définitions du présent manuel.

COMPRENDRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA:

TABLE DES MATIÈRES

[0.0] Termes employés fréquemment

[1.0] Introduction

- [1.1] Épidémiologie et surveillance chez les autochtones : une brève récapitulation
- [1.2] Qu'est-ce que l'épidémiologie?
- [1.3] Comment utiliser ce manuel?

[2.0] Glossaire - L'ABC de l'épidémiologie

[3.0] Questions posées fréquemment

[4.0] Mettre en pratique l'information

- [4.1] Actualités en épidémiologie - Peuples autochtones

- [4.2] Présentation de données
 - [A] Sommaire de l'épidémie VIH/SIDA chez les autochtones
 - [B] Sommaire de l'épidémie VIH/SIDA chez les Premières Nations
 - [C] Sommaire de l'épidémie VIH/SIDA chez les Inuits
 - [D] Sommaire de l'épidémie VIH/SIDA chez les Métis
 - [E] Pourquoi recueillir des données de surveillance sur le VIH/SIDA?

- [4.3] Fiches de données
 - [A] Le SIDA et les autochtones
 - [B] Le SIDA et la toxicomanie
 - [C] Le SIDA et les enfants
 - Le SIDA et peuples de premier nations
 - [D] Le SIDA et les Inuits
 - [E] Le SIDA et les Métis
 - [F] Le SIDA et les berdaches
 - [G] Le SIDA et les jeunes autochtones
 - Le SIDA et les femmes autochtones

[5.0] Annexes

- [A] Introduction au VIH/SIDA
- [B] Sources d'information
- [C] Bibliographie
- [D] Liste des maladies et symptômes reliés au SIDA
- [E] Conseil d'administration du RCAS

COMPRENDRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA: FRÉQUEMMENT UTILISÉS TERMES

Voici quelques termes et leur définition qui pourront s'avérer utiles pour mieux comprendre ce manuel. Plusieurs de ces mots sont définis de façon plus détaillée dans le Glossaire : L'ABC de l'épidémiologie.

AUTOCHTONE (ABORIGINAL) :

Première Nation (Inscrit ou non inscrit), Métis et Inuit.

BERDACHE (TWO-SPIRITED) :

Personne autochtone gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre.

Étude de l'apparition, de la propagation et de la fréquence de phénomènes de santé ou de maladies telles que le VIH.

Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

ILCM (ICDC) :

Laboratoire de lutte contre la maladie. Une direction de Santé Canada responsable de la surveillance des maladies qui surgissent dans la

(Maladie transmise sexuellement)

Une infection causée par une bactérie ou un virus qui peut être

protection. Également appelé MST (maladie vénérienne). L'herpès, la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia, les verrues génitales, le VIH ou l'hépatite A, B et C sont tous des exemples de MST.

Une personne autochtone vivant avec le VIH/SIDA

PRÉVENTION (PREVENTION) :

Programmes et services fournis aux individus et aux collectivités pour ralentir ou enrayer la contagion de maladies telles que le VIH.

(Syndrome d'immunodéficience acquise) (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Un groupe de maladies (un syndrome) engendrées par une incapacité du corps à combattre la maladie. On est atteint du SIDA lorsque le système immunitaire est attaqué et détruit par un virus appelé le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH).

visent à améliorer la santé de l'individu.

VIH n'est pas la même chose qu'avoir le SIDA. La plupart des gens infectés du VIH sont en santé et n'ont que peu ou pas de symptômes. Une personne peut-être infectée du VIH pour plusieurs années avant de devenir sidatique. Même si elles sont exemptes de signes de maladie, les personnes infectées du VIH peuvent quand même transmettre le virus par des contacts sexuels non protégés, par l'échange de sang, ou de la mère à l'enfant à la naissance ou durant l'allaitement.

COMPRENDRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA:

INTRODUCTION

1.0 INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le taux d'infection VIH/SIDA dans la population autochtone du Canada a augmenté de façon constante, malheureusement, les données vitales qui nous permettraient de déterminer la cause de cette augmentation nous manquent encore. Il est clair que certaines de nos communautés font face à un risque plus élevé d'infection par le VIH. Notre expérience nous enseigne que des années de colonisation et d'inégalité par rapport aux autres populations du Canada ont eu un impact adverse sur notre situation économique, notre santé et notre bien-être commun. Cela explique peut-être pourquoi nous faisons face à un tel risque d'infection VIH/SIDA. On sait maintenant que plus une collectivité souffre de difficultés économiques et sociales, plus elle est vulnérable aux maladies telles que le VIH. Depuis le début de l'épidémie du VIH/SIDA, le gouvernement canadien, par l'entremise de Santé Canada, a surveillé la progression du VIH chez nos peuples et a rendu publiques ces données sous forme de statistiques et de rapports. Cependant, parce que plusieurs de ceux qui font ce travail ne font pas partie de nos collectivités, ils ne sont pas en mesure d'interpréter la signification exacte de ces données, quel rôle la culture joue dans les taux d'infection et de quelles façons les problèmes du SIDA et de l'infection VIH devraient être abordés dans nos collectivités.

Au cours des dix dernières années, les collectivités autochtones du Canada se sont mobilisées contre cette maladie.

Des agences de services pour les sidatiques organisées et dirigées par des autochtones ont surgit un peu partout au pays ainsi que des réseaux nationaux, tels que le Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS). Nos valeurs culturelles uniques, notre façon traditionnelle de faire les choses, combinée aux approches modernes, nous ont démontré que nous pouvions faire face efficacement au problème du VIH/SIDA dans nos communautés. Une fois par année, Santé Canada publie un rapport épidémiologique sur le VIH/SIDA intitulé *Actualités en épidémiologie* qui met en lumière la progression de la maladie chez les autochtones. Les intervenants du système de santé publique et de surveillance des maladies ont porté une attention spéciale, néanmoins, ceux d'entre-nous qui travaillons dans la communauté savent qu'il y a beaucoup à faire avant que le problème soit abordé de façon satisfaisante.

Une réponse concertée et efficace de la communauté, des budgets adéquats, une meilleure éducation et des programmes de prévention adaptés aux particularités culturelles des réserves, des collectivités Inuit du Grand Nord ainsi que des Métis des centres ruraux et urbains, ne sont que quelques-uns des fronts sur lesquels nous devons continuer à travailler.

D'autre part, et c'est l'objet de ce manuel, nous pouvons faciliter l'accès à des renseignements importants tels que les statistiques de Santé Canada sur VIH/SIDA pour ceux qui travaillent aux premières lignes, pour les responsables des politiques de santé, les fournisseurs de soins et les directeurs de programmes.

1.1 QU'EST-CE QUE L'ÉPIDÉMIOLOGIE?

L'épidémiologie est l'étude de l'apparition, de la propagation et de la fréquence de phénomènes de santé ou de maladies telles que le VIH. Les autorités en matière de santé publique et les gouvernements emploient ces renseignements pour suivre la propagation d'une maladie afin de la ralentir ou de l'enrayer.

1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE ET SURVEILLANCE CHEZ LES AUTOCHTONES : UNE BRÈVE RÉCAPITULATION

Depuis l'arrivée des Européens dans les Amériques à la fin du quinzième siècle, les populations autochtones ont été affligées de plusieurs nouvelles maladies. Ces nouvelles maladies, la variole, la rougeole, la grippe, la peste bubonique, la fièvre jaune, le choléra et la malaria, ont quasi éliminé les peuples autochtones de l'hémisphère occidental. Dès 1600, vingt ans après le début de l'occupation européenne, moins du dixième de la population autochtone y avait survécu. Quatre-vingt-dix millions perdirent la vie, soit un sixième de la population globale, ce qui représenterait aujourd'hui 1 milliard de personnes. Les habitants indigènes des deux Amériques n'avaient pas été exposés précédemment à ces maladies et n'avaient donc peu ou pas d'immunité, ils furent donc infectés rapidement. Dans certains cas, des maladies furent introduites intentionnellement dans les communautés autochtones par les Européens comme arme biologique de fortune. Par conséquent, pendant que la population était littéralement décimée, les chefs autochtones, les dirigeants, les guides spirituels et les aînés étaient eux aussi éliminés au moment même où ils auraient été le plus requis par le peuple, faisant ainsi des Amériques un cas unique dans les annales de la colonisation mondiale. (1) Vers le milieu des années 1800, lorsque les Amériques furent *de facto* colonisées et le contrôle européen établi, les soeurs Catholiques et les prêtres entreprirent un programme de vaccination chez les autochtones pour enrayer des maladies telles que la variole. Bien que cette maladie et certaines autres sont maintenant sous contrôle dans les communautés autochtones, d'autres ont continué à nous ravager. À l'ère moderne, plusieurs gouvernements ont changé leurs politiques d'indifférence (ou d'assimilation) des peuples autochtones pour trouver des moyens



acceptables de résoudre les problèmes d'hygiène publique, de préservation de la culture et de la langue et d'autodétermination. Bien qu'il demeure encore plusieurs obstacles à surmonter et plusieurs actions du passé à confronter, il y a eu des progrès. Aujourd'hui, les peuples autochtones sont plus que jamais en mesure de décider eux-mêmes de la direction à prendre, particulièrement en matière de contrôle et de prévention des maladies. Ce ne sont plus les institutions religieuses et les gouvernements qui décident de la manière de faire face aux problèmes de santé publique dans les communautés autochtones; nous avons développé nos propres programmes et méthodes pour vaincre la maladie, bien qu'il y ait tout de même encore de nombreux problèmes, particulièrement en ce qui a trait à la surveillance de la propagation des maladies.

À l'époque pré-coloniale, nous les peuples autochtones avons nos propres façons de suivre la propagation des maladies par des méthodes traditionnelles. Or, les maladies non-indigènes apportées par les Européens et autres en Amérique n'accoutumaient pas toujours ces méthodes. Par exemple, l'une des méthodes employées par les peuples Stò:lo de la Colombie-Britannique était rassembler les aînées de la collectivité autour du lit du malade pour lui transférer force et direction. Cependant, puisque la variole est un mal parasite qui dépend de la proximité des individus pour se transmettre, un phénomène pour ainsi dire inconnu des autochtones avant le contact avec les Européens, le rassemblement autour du malade répandait dorénavant le risque au reste de la communauté. Dans le cas des peuples Stò:lo, cette méthode traditionnelle d'affronter la maladie, qui avait été éprouvée à maintes reprises dans le passé, est devenue d'un coup un vecteur d'infection chez les aînés de la communauté. Par conséquent, la tribu subit des pertes irréparables, non seulement en vies humaines, mais dans son patrimoine de culture et de traditions. (2)

VIH/SIDA est un autre exemple de la progression rapide et dévastatrice de la maladie chez notre peuple, mais il présente une caractéristique particulière. Puisque que le VIH a été si souvent considéré une maladie « gaie » et parce que l'homophobie existe sur plusieurs de nos réserves et au sein de nos communautés urbaines, il a fallu travailler fort pour convaincre certains leaders autochtones que le SIDA est simplement une autre maladie mortelle. La lutte pour contrôler et prévenir la maladie a longuement été reléguée à quelques autochtones des centres urbains affectés et infectés par la maladie. Progressivement, à mesure que des organisations nationales, telles que le Réseau canadien autochtone du SIDA, développaient des programmes de prévention et d'éducation pour les Premières Nations et les communautés Inuit et Métis, cette attitude a-t-elle commencée à changer. Les leaders autochtones, les travailleurs de la santé communautaire et les planificateurs/créateurs de politiques, commencent à comprendre que

le VIH/SIDA nous touche tous, et ne fait pas de distinction en raison d'une orientation sexuelle particulière.

La surveillance et les renseignements épidémiologiques ont été des éléments importants pour nous convaincre de cela.

Les « Actualités en épidémiologie » publiées régulièrement par le Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), nous montrent qu'une proportion élevée de femmes autochtones hétérosexuelles sont infectées de la maladie, que les autochtones sont infectés généralement à un plus jeune âge que dans le reste de la population et que l'utilisation de drogues injectables est un mode important de transmission. (3) C'est armés de ces connaissances que les leaders ruraux et urbains ainsi que les planificateurs de politique de santé publique commencent à élaborer plus de programmes pour enrayer l'épidémie VIH/SIDA chez les autochtones. Cependant, bien que les programmes de prévention et d'éducation chez les peuples autochtones soient principalement sous l'égide d'organismes contrôlés et dirigés par des autochtones, la surveillance de la propagation de la maladie relève toujours des gouvernements et d'organisations non-autochtones. Cela peut être en raison du fait que la science épidémiologique est de nature technique et que peu d'autochtones sont engagés dans ce domaine de recherche. Un Groupe de travail autochtone au LLCM a été créé pour remédier à cette situation. Des autochtones, membres de ce conseil consultatif, sont consultés sur des questions d'éthique, de culture et d'obstacles à la surveillance des maladies par le gouvernement dans les collectivités autochtones canadiennes. Malgré cela, tant que les programmes actuels de surveillance et de recherche sur VIH/SIDA ne seront repris par les communautés affectées, grâce à la recherche participative et à des programmes de surveillance issus de la communauté, les données statistiques sur la maladie demeureront sans contexte et explication culturelle. L'une des façons de commencer ce processus est de vulgariser la terminologie courante d'épidémiologie et de surveillance afin qu'elle devienne compréhensible à ceux qui n'ont pas étudiés l'épidémiologie directement, mais qui pourraient employer les renseignements fournis dans les mises à jour VIH/SIDA du gouvernement pour mieux planifier la prévention dans nos communautés. C'est le but du présent manuel.

Le manuel « Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA », est simplement une étape importante vers l'objectif ultime de se doter et de diriger des programmes de surveillance dans les communautés autochtones canadiennes. Il y a encore beaucoup à faire. Des données ethniques doivent être recueillies pour tous les cas de SIDA et de VIH et la répartition établie selon trois groupes : Métis, Inuit et Premières Nations, afin que chaque groupe puisse s'attaquer à l'épidémie de la manière qui convient précisément à sa culture unique. Plus d'autochtones doivent prendre part au système de surveillance de la santé

publique. Un plus grand nombre de communautés doivent participer directement à la surveillance de la maladie, afin que ce terme perde un jour sa connotation d'invasion par l'étranger, d'attaque policière ou de complot gouvernemental. Si nous pouvons, grâce à une approche participative, à une compréhension renouvelée de la surveillance de la maladie et de la cueillette des données, et déterminer ainsi qui est infecté par la maladie et pourquoi, nous serons peut-être en mesure de ralentir la progression du VIH chez les peuples autochtones du Canada.

1.3 COMMENT UTILISER CE MANUEL?

Ce manuel est conçu pour fournir une compréhension de la science de l'épidémiologie dans son application au VIH/SIDA et précisément chez les Autochtones. C'est d'une part un manuel de référence et d'autre part une trousse éducative.

Il débute par un glossaire — quelques définitions fondamentales de certains termes employés par les épidémiologistes pour décrire la progression de la maladie VIH. Il comprend également une liste de questions posées fréquemment sur l'épidémiologie VIH/SIDA et comment cette information est recueillie et utilisée. Finalement, il comporte une section d'application qui démontre comment cette information peut être utilisée pour favoriser une nouvelle compréhension de l'épidémiologie du VIH/SIDA dans les communautés avec lesquelles nous travaillons. Le manuel est conçu pour les personnes autochtones déjà conscientes des problèmes du VIH/SIDA dans les communautés autochtones et qui auront peut-être pris connaissance de certaines données épidémiologiques. Pour de plus amples renseignements sur ce manuel et son processus de création, communiquer avec le Réseau canadien autochtone du SIDA au 1- 888- 285-CAAN.

NOTES:

1. Ronald Wright 1993 *Stolen Continents* New York: Penguin Books. Pages 13-14
2. Carlson, Keith Thor 1996 "First Contact: Small Pox" Essai, Université de Colombie-Britannique : Sto'lo Curriculum Consortium
3. Santé Canada, VIH et SIDA chez les peuples autochtones du Canada. Actualités du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, mai 1999



GLOSSAIRE

L'ABC de l'épidémiologie



Le glossaire suivant définit certains des termes les plus couramment utilisés dans le domaine de l'épidémiologie du VIH/SIDA. On ne saurait le considéré complet. Il sert simplement d'introduction au langage de cette science. Pour des sources plus complètes sur le langage de l'épidémiologie, consulter la section bibliographique et de ressources du présent manuel.

[Note : Dans ce qui suit, les mots en italiques sont définis ailleurs dans le glossaire.
Tous les mots sont en ordre alphabétique.]



Actualités en épidémiologie

Un rapport épidémiologique publié une fois par année par le Bureau du *VIH/SIDA*, des MTS et de la tuberculose de Santé Canada qui fournit des *données* statistiques sur les *cas* de ces maladies signalés au Canada, comment elles sont transmises et quelles populations sont infectées.

Agrégat

Un groupe de *cas* ou d'infections limité à une période ou à une région bien définie et dont l'*incidence* est plus élevée que la normale.

ARS (Aucun risque signalé)

Personnes séropositives *VIH* dont les antécédents n'indiquent aucune des méthodes d'infection par le *VIH* reconnues dans les catégories d'exposition. Les *cas* ARS comprennent les personnes qui sont encore sous l'investigation du service local de santé; les personnes dont les antécédents d'exposition sont incomplets parce qu'elles sont décédées, ont refusé d'être interrogées ou dont on a perdu trace; et les personnes interrogées ou dont les antécédents sont connus mais pour lesquelles on a pu déterminer la *catégorie d'exposition*.

Asymptomatique

Personne paraissant en santé mais qui est infectée de la maladie, telles les personnes qui sont infectées par le *VIH* mais qui n'ont pas encore manifesté de symptômes ou de signes du *SIDA*.



Cas

En *épidémiologie*, une personne ayant une maladie particulière, un désordre de santé ou une condition telle que le *VIH*.

Catégorie d'exposition

La façon par laquelle une personne est devenue séropositive *VIH*. Par exemple si quelqu'un est devenu séropositif suite à une transfusion de sang, sa *catégorie d'exposition* est Sang/*facteurs* de coagulation. La liste des catégories présentement reconnues au Canada est la suivante :

Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et qui sont des utilisateurs de drogues injectables (HRSH/UDI)

Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH)

Utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Transmission hétérosexuelle

Transmission périnatale

*Sang/*facteurs* de coagulation*

Aucun risque signalé (ARS)

Aux fins de *surveillance*, les *cas* d'infection *VIH* ne sont classés que dans une *catégorie d'exposition*, selon l'ordre des *facteurs* majeurs de risque qui tombent dans cette catégorie. Les personnes qui rapportent plus d'une

forme d'exposition au *VIH* sont classées dans la catégories où les *facteurs* de risque sont les plus élevés. La seule exception à cette règle est pour les hommes ayant des antécédents de relations homosexuelles (*HRSH*) et qui ont déjà utilisé des drogues injectables (*UDI*). Ils forment une *catégorie d'exposition* combinée appelée *HRSH/UDI*.

Centre d'échange de seringues Programmes et endroits qui fournissent aux utilisateurs de drogues injectables (*UDI*) des aiguilles propres et des accessoires sécuritaires pour réduire les risques d'infection *VIH*.

Classification erronée

En *épidémiologie VIH*, le classement d'un *cas VIH/SIDA* dans une *catégorie d'exposition* à laquelle il n'appartient pas.

Cohorte

Au fins d'études de contrôle de la maladie, un groupe dont les antécédents et le contexte social sont les mêmes. En d'autres mots, des gens qui partagent les même circonstances sociales et historiques. Une cohorte peut être n'importe quel groupe de gens ayant vécu des circonstances et une histoire similaires, par exemple des personnes du même groupe d'âge qui ont grandi à la même époque et dans le même pays; ceux qui partagent la même race ou la même ethnie; ou ceux qui manifestent les mêmes comportements ou intérêts durant une certaine période. [*HRSH* (Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes) ou les *UDI* (usagers de drogues injectables)]

Confidentialité

Le devoir de ne pas divulguer des renseignements personnels et privés relatifs à d'autres personnes. Cela peut comprendre les dossiers médicaux et d'autres renseignements personnels. Les scientifiques de la santé doivent recevoir une permission avant d'utiliser les renseignements sur la santé d'une personne et ne peuvent utiliser ces renseignements que si la personne n'est pas identifiée par son nom (voir également *Vie privée - protection*).

D

Dénominateur

Le nombre inférieur d'une fraction utilisé pour calculer un taux. Habituellement représenté dans le calcul par le nombre total de la population à risque. (Voir également *Taux d'incidence*, *Numérateur*)

Dépistage VIH périnatal

Processus de dépistage de l'infection *VIH* chez les femmes enceintes par l'analyse de leur sang.

Déterminant du VIH

Facteurs qui font qu'une personne devient séropositive *VIH*.

Diagnostic

Le processus de détermination de la présence, nature et étendue d'une maladie comme l'infection *VIH* ou le *SIDA* et les *facteurs* qui en sont la cause.

Données

Un ensemble d'éléments d'information.

Données de base

Un ensemble de *données* recueillies au début d'une étude.

Données qualitatives

Information exprimée en mots plutôt qu'en chiffres.

Données quantitatives

Information exprimée en chiffres, comme des statistiques ou des *données* épidémiologiques.



Endémie

La présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une région ou un groupe de la population en particulier.

Épidémie

L'apparition d'un nombre de *cas* d'une maladie au-delà de ce qui est normalement attendu.

Épidémiologie (VIH)

L'étude de l'apparition, de la propagation et de la fréquence de phénomènes de santé ou de maladies telles que le *VIH*.

Évidence anecdotique

Évidence orale ou écrite provenant de descriptions de *cas* ou d'événements plutôt que de *données* recueillies de façon systématique pour réaliser une *recherche* statistique (numérique).



Facteur

Une influence, cause, événement ou caractéristique qui entraîne un changement de l'état de santé. [Note : ne pas confondre avec « sang/*facteurs* de coagulation ».]

Facteur de risque lié au comportement

Un comportement ou une caractéristique qui augmente le risque d'être infecté par le *VIH*. (Par ex. relations anales non protégées)

Facteur de risque majeur

Comportements ou activités considérés comme comportant un très haut risque d'infection *VIH*. Par exemple, le partage des seringues pour l'injection de drogues et les rapports sexuels anaux ou vaginaux avec une personne infectée sans

protection adéquate.

Facteurs de coagulation sanguine

Ingrédients dans le sang qui causent la coagulation lors d'une coupure ou d'un choc cutané. Les personnes souffrant de certaines maladies, telle l'hémophilie, présentent une déficience des *facteurs de coagulation sanguine* qui doivent alors être remplacés par des transfusions ou par l'injection des *facteurs* manquants. Malheureusement le virus du *SIDA* (et les virus qui causent certaines formes d'hépatite) a contaminé les réserves de sang nationales et, par conséquent, pour quelques années le sang contaminé est devenu la principale source des *cas* d'infection par le *VIH* et de *SIDA*. Il s'agit de l'une des pires catastrophes médicales jamais connues.

Faire le suivi

Observer la propagation d'une maladie dans une population particulière.

Flambée

Une *épidémie* localisée, comme cela se produit lorsqu'une maladie comme le *VIH* se propage dans une communauté ou un groupe en peu de temps; le taux d'infection dépasse alors rapidement la *moyenne nationale* au sein de cette population.

Foetus

L'enfant avant sa naissance.



Groupe à haut risque

Un groupe de personnes qui, en raison de certains comportements ou d'autres *facteurs*, sont davantage exposées au risque d'infection *VIH*. (Par ex. les utilisateurs de drogues injectables - *UDI*)



Incidence

Le nombre de nouveaux *cas* d'une maladie, comme le *VIH*, diagnostiqués au cours d'un intervalle donné. (En études épidémiologiques, cet intervalle est habituellement d'un an).

Indicateur ethnique Renseignements recueillis sur l'ethnie ou la race d'un individu. Les provinces fournissent maintenant les *données* ethniques dans leurs rapports sur les *cas* de *SIDA* diagnostiqués, mais les fichiers du LLCM demeurent incomplets à ce chapitre parce que les *données* ethniques n'ont pas été recueillies dans le passé. À ce stage, cependant, ce ne sont pas toutes les provinces qui demandent les renseignements sur l'ethnie lorsqu'elles recueillent les *données* sur le *VIH*.

Les provinces qui recueillent présentement les *données* ethniques sont le Manitoba, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon.

Les provinces qui ne recueillent pas (ou ne rapportent pas) les *données* ethniques des personnes séropositives *VIH* sont le Québec, Nunavut, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario.

Indicateurs pathogènes spécifiques

Un ensemble précis d'indicateurs, conditions ou symptômes que les épidémiologistes et médecin emploient pour établir un *diagnostic* de *SIDA*. Aux fins de *surveillance*, une personne passe de «infectée *VIH*» à «sidatique» lorsqu'elle est atteinte de deux ou plus des 26 conditions spécifiques, y compris une perte de poids extrême, sueurs nocturnes et cancer du col de l'utérus. (Voir également *Syndrome apparenté au SIDA*) (Voir également Question posée fréquemment n° 23).



Lymphocytes T

Cellules microscopiques dans le sang humain également appelées CD4 ou cellules de défense, qui attaquent et détruisent les maladies. Ces cellules sont attaquées par le *VIH* ce qui affaiblit le système immunitaire.



Maladie à déclaration obligatoire

Une maladie dont le signalement est requis par la loi aux autorités de santé publique de la région où le *diagnostic* a été établi. (Par ex. *SIDA*, tuberculose, hépatite C). Note : pour préserver la *confidentialité* et éviter la discrimination, l'infection *VIH* n'est pas une maladie à déclaration obligatoire).

Maladie non transmissible

Maladies qui ne peuvent être transférées d'un être humain, d'un animal ou d'une plante, à un autre.

Maladies infectieuses véhiculées dans l'air

Maladies qui sont transmises d'une personne à une autre par la poussière ou d'autres particules en suspension dans l'air ou sur l'épiderme. (Par ex. la grippe et le rhume). Les particules, (bactéries ou virus), sont tellement petites qu'elles ne peuvent pas être vues à l'oeil nu.

Maladies infectieuses véhiculées par le sang

Maladies qui sont transmises par l'échange de sang ou de produits sanguins (ou parfois d'autres fluides corporels). (Par ex. l'hépatite C, *VIH*)

Mobilité

Mouvement des personnes d'un lieu de résidence permanente à un autre.

Morbidité

Maladie. Affection

Mortalité

Mort

Moyenne nationale

Le nombre moyen de personnes infectées au sein de la population nationale (ou le total d'infections au Canada). (Les taux d'infection chez les autochtones est de deux à trois fois la moyenne nationale)

— N —

Non nominatif (test VIH / cas de SIDA)

Les tests de *VIH* et les *cas* de *SIDA* desquels le nom du patient a été enlevé ou n'est pas connu sont appelés non nominatifs. (Voir également *Confidentialité* et *Vie privée - protection*).

Numérateur

Le chiffre supérieur d'une fraction utilisée pour calculer un taux. Lors du calcul du *taux d'incidence*, le numérateur représente le nombre de personnes infectées par *VIH* durant une période définie, tandis que le *dénominateur* (le chiffre inférieur de la fraction), représente le nombre de personnes à risque. (Voir également *Dénominateur* et *Taux d'incidence*).

Numération des lymphocytes T

Pour déterminer le nombre de *lymphocytes T* restant dans l'organisme, les médecins administrent un test de numération. Lorsque le compte de *lymphocytes T* d'une personne est de 300, cela ne signifie pas qu'il ne reste plus que 300 lymphocytes dans tout le corps. Cela indique plutôt qu'il a environ 300 lymphocytes par millimètre cube de sang. Un compte normal pour une personne exempte du *VIH* est de 800 à 1700 lymphocytes par millimètre cube de sang.

— P —

Pandémie

La propagation rapide d'une maladie dans un pays complet ou dans le monde entier. Puisque les infections *VIH* sont signalées dans tous les pays du monde, la maladie est présentement considérée une pandémie. (Voir Question posée fréquemment n° 27).

Partialité

Toute *tendance* dans la cueillette ou l'utilisation des *données* et des renseignements qui peut mener à des conclusions qui ne reflètent pas la réalité.

Population cible

Segment de la population duquel des *données* sont recueillies ou un groupe de personnes pour lequel une intervention est planifiée (interférence positive).

Population étudiée

Un segment de population chez laquelle certaines *données* sont recueillies telles que les taux d'infection *VIH*.

Prévalence

Le nombre total de personnes infectées d'une maladie comme le *VIH* dans une population donnée à un moment particulier.

— R —

Recherche

L'effort organisé et systématique pour faire avancer les connaissances et mieux comprendre un problème, comme découvrir pourquoi certains sont plus susceptibles d'être infectés du *VIH/SIDA* que d'autres.

Risque perçu

L'évaluation ou l'impression du degré de risque d'une personne sur la possibilité d'être infectée.

Risques multiples

Là où plus d'un *facteur* de risque pour le développement d'une maladie sont présents, leur combinaison augmentant le risque de contracter la maladie. (Par ex. un homme qui a des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) et qui est également un utilisateur de drogues injectables (*UDI*) s'expose à des risques multiples d'infection).

— S —

Séroprévalence

Un test sanguin effectué dans un segment de la population afin de dépister le *VIH* et d'en déterminer la *prévalence* (nombre total d'infections *VIH*).

SIDA

Syndrome d'Immunodéficience Acquis [voir question posée fréquemment n° 1]

Sondage (Questionnaire)

Un ensemble de questions utilisées pour recueillir des *données* et des renseignements.

Sous-populations

Groupes de personnes possédant des caractéristiques, des antécédents, des environnements sociaux, des comportements ou une ethnie similaires, au sein d'une population. (Par exemple, les autochtones sont une sous-population de la population canadienne). (Voir également *Cohorte*).

Sous-déclaré

Incapacité de dépister ou d'attribuer tous les *cas* d'infection *VIIH* ou de *SIDA* dans une population.

Stratégies de contrôle

Une politique ou un plan d'action visant à enrayer la propagation d'une condition telle que l'infection *VIIH* chez les individus d'une communauté ou d'une *cohorte*. (Par ex. la distribution de condoms, le counselling sur la réduction des méfaits, les tests prénataux).

Stratégies de prévention (*VIIH*)

Plans et politiques qui visent à empêcher l'infection *VIIH* avant qu'elle ait pénétré dans un segment de la population. (Par opposition aux *stratégies de contrôle* qui visent à limiter la propagation de la maladie une fois qu'une *flambée* a été signalée).

Suivi

Observations au cours d'une période de temps d'un individu ou d'un groupe pour déterminer les changements de l'état de santé. (Par ex. appels téléphoniques, entrevues, etc.).

Sur-déclaration

Les *cas* nouvellement diagnostiqués d'une maladie telle que l'infection *VIIH* qui sont rapportés plus d'une fois sont dits sur-déclarés. C'est ainsi qu'un seul *cas* est compté comme deux *cas* distincts d'infection *VIIH* dans la même population.

Surveillance

De manière continue, la cueillette, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des *données* sur la propagation du *VIIH/SIDA* pour contrôler et enrayer la propagation de la maladie. (Note : le mot surveillance porte une connotation négative pour plusieurs autochtones puisqu'il est associé à la surveillance d'une communauté ou d'un individu par la police ou le gouvernement. En *épidémiologie* il ne signifie rien d'autre que l'attention vigilante pour contrôler les *flambées* de maladie au sein des populations.)

Symptomatique

Ce dit de ceux qui ont développé l'un ou plusieurs des symptômes qui signalent une déficience du système immunitaire et l'apparition du *SIDA*.

Syndrome apparenté au SIDA

Un groupe de symptômes ou d'indicateurs qui apparaissent dans certains *cas* d'infection par le *VIIH*, habituellement deux ou plusieurs des symptômes suivants : fièvre de plus de 38 degrés Celsius, perte de poids, diarrhée persistante, fatigue, sueurs nocturnes, sang clair ou de piètre qualité comportant moins de globules rouges que la normale, réduction du nombre de globules blancs qui assurent la défense contre les infections et sang qui ne se coagule pas aisément, provoquant des bleus ou des saignements sous la peau et enflure des glandes sous les bras et dans l'aîne. [Note : Ce terme était couramment employé dans la première moitié des années 80, mais est rarement utilisé aujourd'hui] [Voir également *Indicateurs pathogènes spécifiques*]



Taux d'incidence

Le nombre de personnes infectées par une maladie, comme le *VIIH*, au cours d'un intervalle donné, divisé par le nombre de personnes à risque durant cet intervalle (soit la proportion).
(Voir également *Numérateur* et *Dénominateur*).

Tendance

Évolution d'un phénomène dans une direction particulière au cours d'un intervalle donné. En *épidémiologie VIIH*, on emploie ce terme pour décrire des résultats séropositifs qui semblent évoluer d'une certaine façon sans qu'on en ait établi la raison.

Test non déclaré de séroprévalence VIH

Une forme de test où le sang d'une personne prélevé pour une raison quelconque, (détermination du groupe sanguin ou vérification de la présence d'une autre maladie), est aussi analysé pour la présence du *VIH* sans que le donneur en soit informé. Il s'agit d'une pratique contraire à l'éthique qui peut même être illégale à moins que toutes *données* identifiant le donneur soient supprimées avant d'effectuer le test. Un autre terme pour ce genre de test est «épreuve anonyme non reliée», utilisée pour estimer l'étendue de l'infection *VIH* dans une population, elle est effectuée de telle façon à ce qu'il n'y ait aucun moyen de déterminer quelles personnes sont séropositives.

Totaux cumulés (*SIDA*)

Le nombre total de personnes atteintes du *SIDA* depuis le début de l'*épidémie*, y compris ceux qui sont décédés et ceux qui vivent avec le *SIDA*.

Totaux cumulés (*VIH*)

Le nombre total de personnes infectées par le *VIH* depuis le début de l'*épidémie*, y compris ceux qui sont décédés et ceux qui vivent avec le virus.

Transmissible par contact

Maladies qui ne sont transmissibles que par le toucher ou le contact physique. (Par ex. la gale, les poux, la teigne, les verrues génitales).

Transmission hétérosexuelle

La *catégorie d'exposition* de ceux infectés par le *VIH* au cours d'une relation hétérosexuelle.

Transmission périnatale (voir également *Transmission verticale*).

Transmission d'une maladie de la mère infectée à son *foetus* ou bébé. La *transmission* périnatale d'une maladie infectieuse véhiculée par le sang comme le *VIH* peut se produire de trois façons :

(1) le virus peut être transmis au *foetus* pendant qu'il est dans l'utérus. (2) L'infection peut se produire à la naissance si le bébé entre en contact avec un volume important de sang infecté de la mère; ou (3) le virus est transmis par le lait maternel. Le risque d'infection par le lait maternel est néanmoins considéré faible.

Transmission

Le terme employé pour décrire comment une maladie est répandue. (Par ex. *VIH* est transmis par l'échange de fluides biologiques comme le sang, le sperme et l'urine).

Transmission verticale

La *transmission* du *VIH* de la mère au *foetus* ou au bébé. (Voir également *Transmission périnatale*).

— U —

UDI (Utilisateurs de drogues injectables)

Une personne qui s'injecte des drogues à l'aide d'instruments d'injection (seringues, aiguilles, etc.). Les UDI qui n'utilisent pas une aiguille propre chaque fois qu'ils s'injectent s'exposent à un plus grand risque d'infection *VIH* parce que le sang transporté par l'aiguille peut contenir le virus qui peut être ainsi transmis d'une personne à une autre. De plus, d'autres pratiques d'injection, comme le rinçage des aiguilles dans le même verre d'eau, peut exposer le UDI à l'infection *VIH*.

— V —

Vie privée - protection

Le droit de tous de ne pas partager ses renseignements personnels et ses biens et de ne pas divulguer ou partager des choses à moins de le faire de plein gré.

VIH

Virus d'immunodéficience humaine. (Voir Question posée fréquemment n° 1).

Trente questions posées fréquemment

sur la surveillance du SIDA chez les autochtones du Canada



Préparé par le Réseau canadien autochtone du SIDA

TRENTE QUESTIONS POSÉES FRÉQUEMMENT

TABLE DES MATIÈRES

1. Quelle différence y a-t-il entre le VIH et le SIDA?	3
2. Qu'est ce que le Laboratoire de lutte contre la maladie?	3
3. Est-ce que le Laboratoire de lutte contre la maladie s'occupe seulement du VIH/SIDA?	3
4. Qu'est-ce que «Actualités en épidémiologie» du Laboratoire de lutte contre la maladie?	3
5. Quel est le mandat du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose?	3
6. Dans les Actualités en épidémiologie, pourquoi est-ce que les statistiques relatifs aux autochtones montrent-elles le nombre de ceux atteints du SIDA plutôt que le nombre de ceux qui sont infectés par le VIH?.....	3
7. Combien de personnes sont infectées par le VIH au Canada?	4
8. Pourquoi le Laboratoire de lutte contre la maladie recueille-t-il des renseignements épidémiologiques?	4
9. Pourquoi le Laboratoire de lutte contre la maladie utilise-t-il des pourcentages plutôt que des nombres?	4
10. Comment l'information sur l'infection VIH/SIDA arrive-t-elle finalement à l'échelle nationale et au Laboratoire de lutte contre la maladie?.....	4
11. Combien d'autochtones participent à la cueillette de ces renseignements?	4
12. Quels sont les obstacles à la cueillette de données en autant que sont concernés les autochtones?	5
13. Pourquoi toutes les provinces et tous les centres d'examen ne demandent-ils pas les renseignements ethniques, afin que nous puissions savoir le nombre de nos gens sont infectés?	5
14. À quelle fréquence sont mis à jour les renseignements sur VIH/SIDA chez les autochtones?	5



15. Si une personne est diagnostiquée séropositive à sa clinique locale, il s'écoulera combien de temps avant qu'elle vienne ne s'ajouter aux statistiques nationales et aux prochaines Actualités en épidémiologie?5
16. Est-ce qu'il est possible qu'une personne diagnostiquée séropositive au Canada ne soit jamais incluse dans la base de données du Laboratoire de lutte contre la maladie?5
17. Est-ce qu'il est possible qu'une personne soit atteinte de l'une des maladies du syndrome du SIDA et ne soit pas rapportée au Laboratoire de lutte contre la maladie?6
18. Si le test n'est pas anonyme, qu'est-ce que le gouvernement fait avec votre nom et les autres renseignements à votre sujet?6
19. Quelle est la différence entre ceux qui sont signalés infectés du VIH et ceux qui sont signalés sidatiques? Sont-ils signalés tous ensemble ou individuellement dans les rapports de surveillance et les Actualités en épidémiologie?6
20. Pourquoi employer l'expression Hommes qui ont des relations homosexuelles (HRH) au lieu de gais ou homosexuels?6
21. Étant donné que les tests ne portent pas de noms (tests confidentiels), comment pouvons-nous être sûrs que le Laboratoire de lutte contre la maladie ne compte pas la même personne deux fois?6
22. Comment les épidémiologistes déterminent-ils les catégories d'exposition?6
23. Quelle est la définition canadienne du SIDA aux fins de surveillance?7
24. Quelle est la définition de surveillance?.....7
25. Qu'est-ce la transmission verticale?7
26. Qu'est-ce qu'un liquide organique? Pourquoi sont-ils dangereux?7
27. Quelle est la différence entre une flambée, une épidémie et un pandémie?8
28. Pourquoi est-il important de comprendre comment la culture est liée au SIDA? 8
29. (a) Qu'est-ce qu'une maladie à déclaration obligatoire?
 (b) Le SIDA est-il à déclaration obligatoire?
 (c) Qu'en est-il pour l'infection par le VIH?.....8
30. Quelle est la relation entre VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies transmises sexuellement (MTS ou MV)?9



TRENTE QUESTIONS POSÉES FRÉQUEMMENT

1. Quelle différence y a-t-il entre le VIH et le SIDA?

VIH est le virus d'immunodéficience humaine, le virus que l'on croit être responsable du SIDA. Être infecté du VIH n'est pas la même chose que d'être atteint du SIDA. Certaines personnes infectées du virus n'éprouvent que peu ou pas d'effets. D'autres peuvent être très malades ou devenir sidatique. (Deux conditions ou plus énumérées dans le glossaire et qui déterminent qu'une personne est atteinte du syndrome). Une personne peut être infectée du VIH plusieurs années avant que les maladies reliées au SIDA n'apparaissent.

Le SIDA est défini par le Laboratoire de lutte contre la maladie comme un ensemble de maladies, formant le syndrome, qui apparaissent en raison d'une diminution de l'efficacité du système immunitaire causée par la présence prolongée du VIH. Les données actuelles sur le SIDA montrent le degré d'infection par le VIH qui existait il y a environ 10 ans (parce que c'est la durée moyenne entre l'infection et l'apparition du SIDA). Par conséquent les données sur le VIH fournissent un tableau plus récent des infections.

2. Qu'est ce que le Laboratoire de lutte contre la maladie?

Le Laboratoire de lutte contre la maladie est une entité administrative de Santé Canada qui surveille et suit la propagation des maladies chez les Canadiens.

3. Est-ce que le Laboratoire de lutte contre la maladie s'occupe seulement du VIH/SIDA?

Non. Le Laboratoire de lutte contre la maladie s'intéresse à toutes les maladies. Au sein du Laboratoire de lutte contre la maladie on a créé un Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose. Ce bureau est responsable de surveiller ces maladies dans la population canadienne.

4. Qu'est-ce que « Actualités en épidémiologie » émis par le Laboratoire de lutte contre la maladie?

Les Actualités en épidémiologie est un rapport périodique publié par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada qui fournit des statistiques sur le nombre de Canadiens infectés par le VIH ou atteints du SIDA, comment ils ont été infectés et quand. Les Actualités en épidémiologie examinent plusieurs sujets reliés à l'épidémiologie du VIH au Canada, y compris les problèmes particuliers aux groupes autochtones.

5. Quel est le mandat du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose?

Le mandat officiel du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose est d'effectuer la surveillance à l'échelle nationale du VIH/sida, des maladies transmises sexuellement (MTS) et de la tuberculose et de faire la recherche épidémiologique et scientifique sur ces maladies.

6. Dans les Actualités en épidémiologie, pourquoi les statistiques relatives aux autochtones montrent-elles le nombre de ceux atteints du SIDA plutôt que le nombre de ceux qui sont infectés par le VIH?

À présent, seulement 25 p. cent des données nationales sur les séropositifs VIH comportent des renseignements sur l'ethnie. (Ce taux est plus élevé dans certaines provinces). Il est donc difficile de déterminer combien d'autochtones canadiens sont séropositifs VIH.



D'autre part, tous les cas de SIDA doivent être rapportés au Laboratoire de lutte contre la maladie pour être intégrés aux statistiques nationales. Puisque l'on connaît l'éthnie dans 85 % des cas de SIDA rapportés, on peut ainsi dresser un tableau plus précis du nombre d'autochtones atteints du SIDA au pays. On doit souligner cependant, que tant que 100 % des cas rapportés ne contiendront pas les renseignements ethniques et tant que tous les cas de SIDA diagnostiqués ne seront pas signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie, nous ne saurons pas avec certitude combien d'autochtones souffrent du syndrome.

7. Combien de personnes sont infectées par le VIH au Canada?

Bien qu'un chiffre exact ne soit pas disponible parce que tous les cas ne sont pas signalés ou sont signalés de façon tardive, et aussi parce que plusieurs de ceux qui n'ont jamais eu de test de VIH peuvent être infectés, on estimait à la fin de 1996, qu'au Canada 40 100 personnes vivaient avec le VIH. Cela comprend ceux qui sont atteints du SIDA.

8. Pourquoi le Laboratoire de lutte contre la maladie recueille-t-il des renseignements épidémiologiques?

Le Bureau collecte ces renseignements et effectue la surveillance et la recherche sur le VIH/SIDA pour conscientiser les communautés sur la façon dont la maladie affecte les individus dans leurs régions afin qu'elles réagissent en conséquence. Par exemple, grâce à la surveillance constante, le Laboratoire de lutte contre la maladie a démontré qu'au cours des dernières années le taux d'infection s'est accru chez les autochtones. Cela a eu pour effet d'alerter les communautés, d'augmenter les fonds gouvernementaux et de déclencher la création de programmes conçus spécialement pour les autochtones partout au pays.

9. Pourquoi le Laboratoire de lutte contre la maladie utilise-t-il des pourcentages plutôt que des nombres?

Le Laboratoire de lutte contre la maladie emploie tant des pourcentages que des nombres lorsqu'il fait rapport des données sur le VIH et le SIDA. Au sein de certaines populations cependant, le nombre de cas de SIDA signalés peut sembler petit, mais représenter en fait une forte proportion du total de la population. Par exemple, en 1999 seulement 14 cas de SIDA étaient signalés chez les autochtones. Or, seulement 97 cas n'ayant été signalés dans l'ensemble de la population canadienne pour cette même année, ces 14 cas autochtones représentent 15 % du total annuel. Puisque les autochtones ne constituent que 3 % de la population canadienne, le pourcentage d'autochtones atteints du SIDA semble anormalement élevé. [Note : en raison des retards dans le signalement des cas et de l'omission de signaler certains cas, les données de 1999 ne sont pas encore complètes.]

10. Comment l'information sur l'infection VIH/SIDA arrive-t-elle finalement à l'échelle nationale et au Laboratoire de lutte contre la maladie?

Un programme efficace de surveillance du SIDA exige la participation des patients, de leurs médecins et des services de santé au niveau local, provincial et fédéral. En général, une fois qu'un cas de VIH ou de SIDA a été diagnostiqué, les renseignements sur ce cas sont transférés, depuis le médecin du patient, à plusieurs services de santé publique au niveau local et provincial, pour finalement aboutir à la base de données nationale gérée par le Laboratoire de lutte contre la maladie. C'est là qu'ils sont intégrés dans les Actualités en épidémiologie.

11. Combien d'autochtones participent à la cueillette de ces renseignements?

À présent seulement quelques autochtones sont engagés dans la surveillance et la recherche sur le VIH/SIDA dans les communautés autochtones du Canada. Le Laboratoire de lutte contre la maladie a souligné cet état de fait comme l'un des obstacles à la recherche dans les communautés autochtones, particulièrement dans les réserves, et l'une des raisons pourquoi il est difficile d'employer efficacement l'information en main pour aider les communautés qui en ont le plus besoin.

Néanmoins, le Laboratoire de lutte contre la maladie fait appel à un conseil consultatif composé d'autochtones de partout au pays, appelé le Groupe de travail autochtone sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH. Ce groupe de travail conseille le Bureau sur des questions particulières aux autochtones et à la cueillette de données parmi eux. De plus, le Laboratoire de lutte contre la maladie organise régulièrement des rencontres d'échange d'information avec des autochtones de partout au pays afin d'obtenir une meilleure compréhension et d'établir la direction des programmes de surveillance du VIH/SIDA chez les autochtones.



12. Quels sont les obstacles à la cueillette de données en autant que sont concernés les autochtones?

Il existe plusieurs problèmes qui font obstacle à la surveillance et au suivi de VIH/SIDA dans la communauté autochtone :

- 1) *Il n'y a pas assez d'autochtones qui font le travail, la participation des communautés autochtones qui pourraient bénéficier de l'information est donc mitigée;*
- 2) *La nature délicate des données recueillies.*

[Note : il faut parfois se méfier des statistiques car il peuvent contribuer aux préjugés entretenus par ceux qui les utilisent. Nous devons être prudents dans la présentation de toutes données statistiques et fournir en même temps le contexte qui explique, par exemple, pourquoi le taux de MTS est aussi élevé dans beaucoup de communautés autochtones.]

13. Pourquoi toutes les provinces et tous les centres d'examen ne demandent-ils pas les renseignements ethniques, afin que nous puissions connaître le nombre de ceux d'entre-nous qui sont infectés?

Les provinces ne demandent pas de renseignements ethniques lorsqu'elles compilent un cas de SIDA ou de VIH pour deux raisons :

- 1) *Pour protéger la confidentialité du patient qui vient d'être diagnostiqué du VIH/SIDA*
- 2) *Parce que certaines provinces ont des lois de protection des droits de la personne qui défendent de poser des questions sur l'ethnie d'une personne à moins que la personne fournisse volontairement cette information.*

14. À quelle fréquence sont mis à jour les renseignements sur VIH/SIDA chez les autochtones?

Les Actualités en épidémiologie sont publiées environ une fois par année. Les rapports de surveillance, qui expliquent en détail le processus et les problèmes relatifs à la cueillette des renseignements épidémiologiques, sont publiés deux fois par année.

15. Si une personne est diagnostiquée séropositive à sa clinique locale, il s'écoulera combien de temps avant qu'elle vienne s'ajouter aux statistiques nationales et aux prochaines Actualités en épidémiologie?

Parce qu'il est nécessaire de confirmer l'information et par la nature même du processus de rapport, il peut s'écouler un certain temps avant qu'une personne diagnostiquée séropositive ou sidatique n'apparaisse dans les statistiques nationales.

On estime que 23 % des nouveaux cas de SIDA sont rapportés au LLCM en 3 mois, 45 % en 6 mois, 65 % en deçà d'un an, 82 % dans les deux ans qui suivent le diagnostic et 95 % cinq ans après le diagnostic.

16. Est-ce qu'il est possible qu'une personne diagnostiquée séropositive au Canada ne soit jamais incluse dans la base de données du Laboratoire de lutte contre la maladie?

Oui. Si le résultat positif du test n'est pas transmis au service provincial de santé, cette information n'arrivera pas au Laboratoire de lutte contre la maladie et ne sera pas incluse dans les statistiques nationales. Il se peut également qu'il s'écoule un intervalle relativement long avant que le résultat positif du test n'arrive au niveau national et soit inclus dans les Actualités en épidémiologie. (Délais de rapport)

17. Est-ce qu'il est possible qu'une personne soit atteinte de l'une des maladies du syndrome du SIDA et ne soit pas rapportée au Laboratoire de lutte contre la maladie?

Oui. Parfois les médecins et les travailleurs de la santé ne signalent pas les cas de SIDA de leur communauté pour diverses raisons. Il est également possible que certains médecins ne soient pas conscients qu'ils doivent signaler les cas de SIDA. C'est ainsi qu'on obtient une sous-représentation.

18. Si le test n'est pas anonyme, qu'est-ce que le gouvernement fait avec mon nom et les autres renseignements à mon sujet?

On élimine localement le nom du patient dans tous les dossiers de ceux qui sont séropositifs VIH ou sidatiques. Seulement un sommaire de données est conservé dans la base de données nationale afin de générer des rapports sur la méthode d'infection, le



sexe et, dans certains cas, le statut ethnique.

19. Quelle est la différence entre ceux qui sont signalés infectés du VIH et ceux qui sont signalés sidatiques? Sont-ils comptés tous ensemble ou individuellement dans les rapports de surveillance et les Actualités en épidémiologie?

Ceux qui sont atteints du SIDA sont comptés séparément dans les rapports et puisqu'ils sont considérés comme étant également infectés du VIH, ils sont comptés dans ces statistiques également.

20. Pourquoi employer l'expression Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) au lieu de gais ou homosexuels?

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) forment une catégorie d'exposition employée par le Laboratoire de lutte contre la maladie et qui comprend les hétérosexuels, les bisexuels et hommes berdaches (gais). Ces catégories ne servent pas à classer les gens en groupes mais plutôt à déterminer, aux fins de surveillance, le comportement particulier à la source de l'infection.

21. Étant donné que les tests ne portent pas de noms (tests confidentiels), comment pouvons-nous être sûrs que le Laboratoire de lutte contre la maladie ne compte pas la même personne deux fois?

Il n'est pas possible d'avoir cette certitude. Les provinces, lorsqu'elles rapportent le nombre total de tests séropositifs VIH au Laboratoire de lutte contre la maladie, font de leur mieux pour examiner les tests non nominatifs (sans les noms) et éliminer les doubles en se fiant aux initiales, aux dates de naissance, à la région, etc. Mais il est impossible d'éliminer toutes possibilités de répétition avec aussi peu de données. Il est donc probable qu'un petit nombre de cas VIH/SIDA soient sur-déclarés (signalés deux fois ou plus).

22. Comment les épidémiologistes déterminent-ils les catégories d'exposition?

Ces catégories furent développées pour faciliter la production de rapports. Elles ont été créées en fonction des manières connues de transmission de la maladie. Le Laboratoire de lutte contre la maladie essaie, dans la mesure du possible, de maintenir des renseignements sur le moyen d'infection du VIH - contact hétérosexuel, transfusion sanguine, transmission de la mère au fœtus ou au bébé (transmission périnatale ou verticale), utilisation de drogues injectables (UDI) ou contact sexuel mâle avec d'autres hommes - et place chaque cas dans l'une de ces catégories d'exposition.

Aux fins de surveillance, les cas d'infection VIH et les cas de SIDA ne sont classés que dans une catégorie d'exposition, selon le nombre de facteurs de risque majeurs qui tombent dans cette catégorie.

Les personnes qui rapportent plus d'une forme d'exposition au VIH sont classées dans la catégories dont les facteurs de risque sont les plus élevés. La seule exception à cette règle est pour les hommes ayant des antécédents de relations homosexuelles (HRSH) et qui ont déjà utilisé des drogues injectables (UDI). Ils forment une catégorie d'exposition particulière appelée HRSH/UDI.

[Note : Il y a dans certains cas, des gens qui ne savent pas comment ils ont été infectés, ces cas sont classés dans la catégorie Aucun risque signalé (ARS)]

23. Quelle est la définition canadienne du SIDA aux fins de surveillance?

Aux fins de surveillance, une personne est considérée atteinte du SIDA au Canada lorsqu'elle est diagnostiquée pour l'une des maladies spécifiques qui apparaît parce que le système immunitaire est affaibli; elles sont connues sous le terme «indicateurs pathogènes spécifiques». Voici certaines de ces maladies :

- 1) Encéphalopathie liée au VIH (infection du cerveau/fièvre)
- 2) Cachexie (Perte de poids rapide)
- 3) Tuberculose pulmonaire
- 4) Pneumonie bactérienne chronique (Une pneumonie qui revient toujours ou ne guérit jamais complètement)
- 5) Numération faible des CD4 (nombre réduit des cellules de défense contre l'infection dans le corps)

Ces maladies et d'autres, sont classées comme des indicateurs pathogènes spécifiques. (Voir glossaire). Toutes ces maladies, individuellement ou ensemble, peuvent être mortelles. Un patient infecté du VIH qui est atteint de deux ou plus de ces maladies est considéré, aux fins de surveillance, comme sidatique.



Une personne séropositive VIH atteint de l'une de ces maladies mais qui récupère au point où elle n'est plus officiellement atteinte du SIDA, est toujours comptée dans les statistiques des personnes atteintes du SIDA pour l'année où le diagnostic de SIDA a été porté.

En plus d'être atteint d'un indicateur pathogène spécifique tel que ceux mentionnés ci-dessus, le Laboratoire de lutte contre la maladie exige un test VIH positif du patient que l'on croit être sidatique. Si un patient souffre de l'un des indicateurs pathogènes spécifiques sans que le test de VIH soit positif et qu'aucune autre raison ne peut expliquer la défaillance du système immunitaire, le patient est alors diagnostiqué sidatique. Les seuls cas chez les humains où un indicateur pathogène spécifique a existé sans être confirmé par un test positif du VIH, furent les cas où le patient est décédé avant que le test VIH puisse être administré ou, au début de l'épidémie, lorsqu'il n'existait pas encore de méthode pour détecter le VIH chez les humains.

24. MISSING NUMBER 24 SUBHEAD FROM WORD FILE

La surveillance est une façon de recueillir les données à propos d'une maladie aussi vite que possible pour que ces renseignements soit rendus disponibles avant de devenir périmés et pendant qu'ils sont encore utiles aux travailleurs de la santé (infirmières, médecins, etc.). Cela signifie souvent que des données incomplètes, quelque peu inexacts et pas entièrement fiables doivent être utilisées pour établir un diagnostic. Par conséquent, une définition de surveillance est parfois un «estimé approximatif». Il est souvent nécessaire d'administrer d'autres tests pour confirmer le diagnostic. [Note : dans le cas de VIH et du SIDA, cependant, la définition de surveillance est relativement claire et précise comparativement à celle de d'autres maladie.]

25. Qu'est-ce la transmission verticale?

C'est la transmission ou le passage de l'infection d'une génération à la suivante, généralement de la mère au fœtus ou au bébé. Cela peut se produire de l'une des trois façons suivantes :

- 1) *Pendant que l'enfant est dans le sein de sa mère, l'infection est transmise par le cordon ombilical de la mère à l'enfant.*
- 2) *Durant l'accouchement lorsque des tissus fragiles de la mère et de l'enfant sont lacérés et sont ainsi exposés à l'infection.*
- 3) *Par le lait maternel lors de l'allaitement.*

26. Qu'est-ce qu'un liquide organique? Pourquoi sont-ils dangereux?

Les liquides organiques sont les divers liquides qui se trouvent dans le corps humain.

Le plus important de ces liquides organiques est le liquide qui circule dans nos artères et nos veines, le sang. Celui-ci est composé d'un sérum liquide dans lequel flottent les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes. Le sang et les produits du sang peuvent transmettre l'infection si des germes bactériologiques ou des virus, comme le VIH, parviennent au réseau sanguin à partir d'une source quelconque.



D'autres liquides organiques sont la salive, le mucus (morve) d'un nez qui coule, l'expectoration (crachat) crachée des poumons ou d'une gorge infectée, les sécrétions vaginales, le sperme, l'urine et le pus qui peut s'échapper d'une plaie ouverte, d'un furoncle (clou) ou d'un bouton, etc. Tous ces liquides organiques peuvent être porteur d'infections, mais le VIH semble le plus souvent être transmis par le sperme, seulement rarement par la salive, tandis que la capacité de transmission des autres liquides organiques varie. Le sang et les produits du sang utilisés pour traiter les troubles de saignement comme l'hémophilie, peuvent être contaminés par des agents infectieux comme le VIH et plusieurs cas de SIDA ont été diagnostiqués après la contamination des réserves de sang au Canada et dans d'autres pays.

Pour plusieurs années au début des années 1980, presque tous ceux qui ont reçu une transfusion de sang et tous les hémophiles traités avec des produits du sang ont été infectés du VIH (et plusieurs ont également été infectés des virus de l'hépatite).

27. Quelle est la différence entre une flambée, une épidémie et un pandémie?

Il s'agit principalement d'une différence d'échelle et de gravité. Une flambée est habituellement petite et bien localisée, une épidémie est plus étendue, touchant les gens d'une ville entière, d'une région ou d'une province; une pandémie se propage sur une très grande région, au-delà des frontières et peut parfois toucher la planète entière. Le SIDA semble avoir commencé sous forme de flambées localisées dans différentes parties du monde (Los Angeles, New York, l'Afrique centrale). Il est rapidement devenu une épidémie en Afrique, en Europe et dans les deux Amériques, puis il s'est propagé à la Thaïlande, aux Indes et à d'autres pays asiatiques. C'est la pandémie la plus mortelle et dangereuse qui ait frappé la race humaine depuis la peste bubonique du Moyen Âge.

28. Pourquoi est-il important de comprendre comment la culture est liée au SIDA?

La culture est ce qui fait qu'un groupe particulier de gens devient unique et différent des autres groupes. C'est une combinaison de croyances spirituelles, de langues, de traditions historiques, de valeurs, de liens familiaux et autres, de coutumes alimentaires et sociales, qui, ensemble, nous font agir d'une façon qui nous est propre. Ce comportement peut avoir un effet important sur les risques d'être exposés à diverses maladies contagieuses ou non. Par exemple, au début de l'épidémie du SIDA, le VIH se propagea très rapidement dans la communauté gay des grandes villes américaines en raison des comportements à haut risque de plusieurs membres de cette communauté, mais une fois qu'on en a compris le mode de transmission de la maladie, les risques furent grandement réduits grâce à des programmes efficaces d'éducation. Dans plusieurs communautés bisexuelles autochtones, la promiscuité sexuelle exempte de protection adéquate est un comportement à haut risque qui peut être changé de la même façon.

29. (a) Qu'est-ce qu'une maladie à déclaration obligatoire?

(b) Le SIDA est-il à déclaration obligatoire?

(c) Qu'en est-il pour l'infection par le VIH?

(a) Une maladie est «à déclaration obligatoire» si les médecins doivent signaler obligatoirement les cas confirmés au service de santé publique. Ces maladies peuvent être dangereuses, non seulement pour ceux qui en sont atteintes, mais également pour tous ceux qui viennent en contact avec une personne malade. Lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire est signalée au service de santé publique, les infirmières et les médecins prennent des mesures pour empêcher la propagation de la maladie à d'autres personnes; le type de mesure dépend de la maladie : de la quarantaine ou isolation, dans les cas d'infections dangereuses comme la diphtérie; aux précautions pour éviter que d'autres entre en contact avec l'expectora infecté comme dans les cas graves de tuberculose; à la recherche et à la notification des personnes ayant été exposées à l'infection. C'est la procédure normalement suivie pour les cas de maladies transmises sexuellement si les contacts (partenaires sexuels) sont déterminés.



- (b) *Le SIDA est une maladie à déclaration obligatoire. Il en est ainsi pour que les personnes atteintes du SIDA et ceux qui viennent en contact avec elles puissent prendre des précautions pour éviter de propager l'infection. Les personnes atteintes du SIDA ne sont pas nécessairement très contagieuses, à moins d'avoir avec celles-ci des contacts intimes tels qu'une relation sexuelle. Il n'est donc pas nécessaire d'éviter de toucher, de donner une poignée de main ou même d'embrasser ou de donner un baiser à une personne atteinte du SIDA, mais les baisers à bouche ouverte avec contact de la langue peuvent transmettre le VIH. C'est par les rapports sexuels que le VIH est principalement transmis, par conséquent, les personnes atteintes du SIDA devraient toujours utiliser un condom lorsqu'elles ont des rapports sexuels.*
- (c) *Dans toutes les provinces, l'infection par le VIH n'est pas l'objet d'une déclaration obligatoire. Certains ont suggéré qu'on devrait déclarer l'infection par le VIH, mais cela pourrait entraîner plusieurs problèmes. La plupart des gens qui sont séropositifs VIH ont l'apparence d'être en santé et continuent à mener une vie normale. Si leur état devenait connu, cela pourrait leur causer du tort de plusieurs façons. Ils pourraient perdre leur emploi, être victimisés et certaines personnes pourraient avoir divers comportements cruels envers eux. Néanmoins, il est très important que la personne qui est séropositive VIH en soit consciente et qu'elle agisse de façon responsable, particulièrement en évitant les rapports sexuels non protégés ou le partage de seringues, des gestes qui peuvent transmettre le VIH à d'autres personnes.*

30. Quelle est la relation entre VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies transmises sexuellement (MTS ou MV)?

L'infection VIH et le SIDA ont plusieurs liens avec la tuberculose et les maladies transmises sexuellement (MTS). La connexion la plus importante est que l'infection par le VIH réduit la résistance tant à la tuberculose qu'à certaines MTS, particulièrement la syphilis et semble rendre les bactéries qui causent ces maladies plus dangereuses et contagieuses. La tuberculose et les MTS ne sont pas causées par le VIH, mais lorsqu'une personne est infectée du VIH ou est atteinte du SIDA, sa résistance à la tuberculose et aux MTS est grandement réduite et la bactérie qui cause la tuberculose ou la syphilis non seulement subjugué les résistances du corps, mais se propage plus aisément à d'autres. Une autre connexion entre les MTS et le VIH/SIDA est le fait que la plupart des MTS provoquent l'inflammation de certains tissus des organes génitaux ce qui les rend plus vulnérables à l'infection par le VIH. Les maladies transmises sexuellement (MTS) forme un groupe d'environ 25 maladies, y compris la syphilis, la gonorrhée, l'herpès génital, etc. transmises par des rapports sexuels non protégés.



Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA



Mettre en pratique l'information

Voici quelques outils qui donneront à votre communauté un meilleur accès aux renseignements épidémiologiques et de surveillance. Ils comprennent une version des Actualités en épidémiologie du LLCM, une présentation sur diapositives qui rend les statistiques sur le SIDA et le VIH plus accessibles à votre communauté, des fiches de données qui décrivent l'épidémie chez les peuples autochtones et donnent des explications sur les méthodes de surveillance du SIDA et pourquoi cette surveillance peut être utile à vous et à votre communauté.

Les peuples autochtones et l'épidémie du SIDA au Canada



Mise à jour : décembre 1999

**Rapport de Santé Canada
Laboratoire de lutte contre la maladie**



**Santé
Canada** **Health
Canada**

**En partenariat avec
le Réseau canadien autochtone du SIDA**



Sommaire de l'épidémie VIH/SIDA chez les autochtones du Canada, Décembre 1999

Nombre de cas de SIDA signalés jusqu'à présent (prévalence)	16 628
Nombre total de cas de SIDA signalés chez les autochtones jusqu'à présent (prévalence spécifique aux autochtones)	341
Nombre total de cas de SIDA signalés dans la première moitié de 1999 (incidence)	97
Nombre total de cas de SIDA chez les autochtones où l'ethnie est connue, dans la première moitié de 1999 (incidence spécifique aux autochtones)	14

Références :

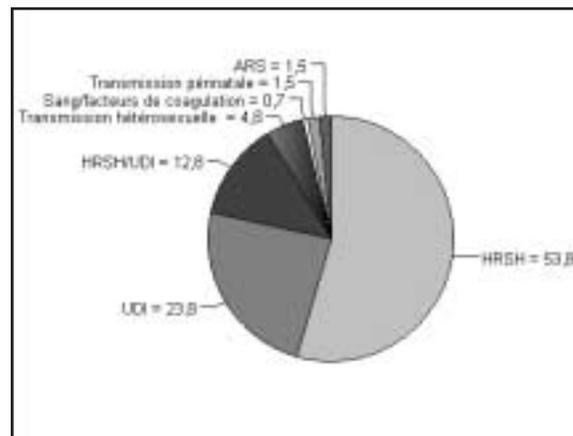
1. _____ Mai 1999 VIH et sida chez les peuples autochtones du Canada, Actualités en épidémiologie VIH/SIDA et MTS
2. _____ Novembre 1999 Le sida et l'infection à VIH au Canada. Rapport de surveillance au 30 juin 1999, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie

L'épidémie du SIDA chez les autochtones du Canada

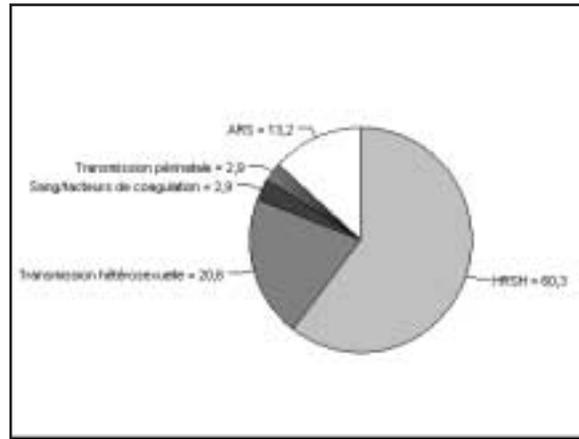
Au cours de la dernière décennie, l'épidémie VIH/SIDA a pris de l'ampleur continuellement chez les peuples autochtones du Canada. Plusieurs années de colonisation et d'oppression ont entraîné des problèmes économiques et sociaux dans nos communautés, nous plaçant ainsi à un risque plus élevé face aux MTS et autres maladies comme le VIH. Les données disponibles indiquent que les personnes autochtones sont infectées plus tôt que les personnes non autochtones, que l'usage de drogues injectables est un important mode de transmission et que l'épidémie VIH chez nos peuples ne montre aucun signe de ralentissement.

Le SIDA et les personnes autochtones

- Au 30 juin 1999, un total de 16 628 cas de SIDA avaient été signalés au Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose depuis le début de l'épidémie, ce chiffre comprend ceux qui sont décédés de la maladie. De ces cas, 341 ont été rapportés comme étant autochtones.
- Parmi les 85 % des cas de SIDA dont on connaît le statut ethnique, la proportion annuelle de cas de SIDA chez les peuples autochtones a passé de 1 % avant 1990 à 15 % dans la première moitié de 1999.
- Parmi les 273 hommes atteints du SIDA et reconnus autochtones, les catégories d'exposition étaient les suivantes :



- Parmi les 68 femmes atteintes du SIDA et reconnues autochtones, les catégories d'exposition étaient les suivantes :



- Les cas de SIDA chez les autochtones sont diagnostiqués en plus bas âge que dans la population générale. De tous les cas autochtones, 29,3 % sont diagnostiqués alors qu'ils ont moins de 30 ans, comparativement à 17 % pour les cas non autochtones.
- Les cas de SIDA chez les autochtones sont sous-estimés en raison de la sous-déclaration de l'ethnie, des variations dans le signalement de l'ethnie d'une province à l'autre, des retards de signalement et des classifications erronées du statut ethnique.
- La proportion de femmes parmi les cas adultes de SIDA chez les autochtones est plus élevée que dans les cas adultes de la population générale (15,9 % par rapport à 7 %)
- Des données récentes (1997) de la C.-B., l'Alberta et la Saskatchewan, montrent que les autochtones représentent 15 %, 26 % et 43 % respectivement des nouveaux cas d'infection VIH et que l'usage de drogues injectables (UDI) et la transmission hétérosexuelle sont les facteurs de risque les plus souvent cités.
- À une clinique de la Colombie-Britannique qui traite la majorité des femmes enceintes séropositives de la province, 41 % (21/51) des femmes traitées étaient autochtones.
- Dans certaines villes, de 11 à 75 % des clients des services du centre-ville, tel que le service d'échange de seringues et de counselling, sont autochtones.
- De tous les détenus du système fédéral, 14 % sont autochtones, dans certaines provinces le taux d'incarcération des autochtones dans des institutions provinciales ou fédérales atteint 40 %.

Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA

Épidémiologie et surveillance



Présentation de données

Les diapositives suivantes fournissent, aux fins de présentation, une répartition des statistiques sur les autochtones. Les données statistiques ont été omises dans les diapositives afin que les présentateurs puissent écrire eux-mêmes les plus récentes données et ainsi pouvoir utiliser les diapositives à plusieurs reprises.

[Note : Bien que les statistiques réparties entre les trois groupes autochtones ne soient pas encore disponibles des organismes de santé publique et du LLCM pour les cas de SIDA, ces diapositives « à compléter » sont fournies dans l'espoir que les données seront disponibles dans un avenir proche. Lorsque l'information sera émise, les statistiques nationales pourront être obtenues du Réseau canadien autochtone du SIDA (en ligne, par la poste, par télécopieur, par téléphone ou aux présentoirs de conférence), ou directement de votre centre local de contrôle de la maladie dans la section Ressources.]

SOMMAIRE DES STATISTIQUES D'INFECTION VIH/SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES AU CANADA

Date : _____

Nombre de cas de SIDA signalés jusqu'à présent (autochtones et non autochtones) (prévalence)	
Nombre de cas de SIDA chez les autochtones signalés jusqu'à présent (prévalence spécifique aux autochtones)	
Nombre total de cas de SIDA signalés en 1999 (autochtones et non autochtones) (incidence)	
Nombre total de cas de SIDA chez les autochtones signalés en 1999 (incidence spécifique aux autochtones)	

Références :

1. _____
2. _____
3. _____



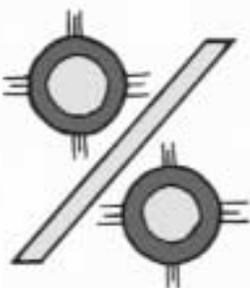
SOMMAIRE DES STATISTIQUES D'INFECTION VIH/SIDA CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA

Date : _____

Nombre de cas de SIDA signalés jusqu'à présent (autochtones et non autochtones) (prévalence)	
Nombre de cas de SIDA chez les Premières Nations signalés jusqu'à présent (prévalence spécifique aux Premières Nations)	
Nombre total de cas de SIDA signalés en 1999 (autochtones et non autochtones) (incidence)	
Nombre total de cas de SIDA chez les Premières Nations signalés en 1999 (incidence spécifique aux Premières Nations)	

Références :

1. _____
2. _____
3. _____



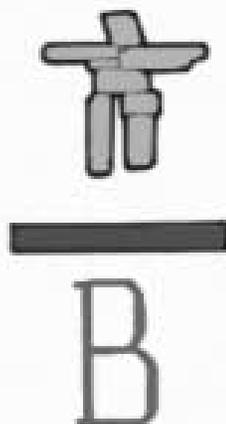
SOMMAIRE DES STATISTIQUES D'INFECTION VIH/SIDA CHEZ LES INUITS AU CANADA

Date : _____

Nombre de cas de SIDA signalés jusqu'à présent (autochtones et non autochtones) (prévalence)	
Nombre de cas de SIDA chez les Inuits signalés jusqu'à présent (prévalence spécifique aux Inuits)	
Nombre total de cas de SIDA signalés en 1999 (autochtones et non autochtones) (incidence)	
Nombre total de cas de SIDA chez les Inuits signalés en 1999 (incidence spécifique aux autochtones)	

Références :

1. _____
2. _____
3. _____



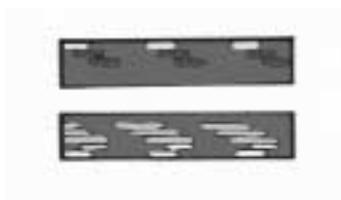
SOMMAIRE DES STATISTIQUES D'INFECTION VIH/SIDA CHEZ LES MÉTIS AU CANADA

Date : _____

Nombre de cas de SIDA signalés jusqu'à présent (autochtones et non autochtones) (prévalence)	
Nombre de cas de SIDA chez les Métis signalés jusqu'à présent (prévalence spécifique aux Métis)	
Nombre total de cas de SIDA signalés en 1999 (autochtones et non autochtones) (incidence)	
Nombre total de cas de SIDA chez les Métis signalés en 1999 (incidence spécifique aux Métis)	

Références :

1. _____
2. _____
3. _____



COMPRENDRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA

POURQUOI RECUEILLIR DES DONNÉES DE SURVEILLANCE SUR LE VIH/SIDA?

- 1. Les données vont aider au développement de plans à court et long terme.**
- 2. Les données peuvent fournir des renseignements descriptifs qui aident à définir le problème et des solutions possibles.**
- 3. Les données sont d'une grande utilité aux preneurs de décisions et au planificateurs afin d'établir des priorités.**
- 4. Les données peuvent favoriser la prise de position dans la communauté.**
- 5. Les données peuvent sensibiliser les gens, stimuler leur soutien et provoquer l'action pour résoudre les problèmes.**

Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA

Fiches de données sur les communautés

Les fiches de données suivantes ont été préparées par le Réseau canadien autochtone du



SIDA (RCAS) en prévision de la première Journée de sensibilisation des autochtones sur le SIDA en 1997. Elles ont été mises à jour et soumises ici à titre d'exemple sur la manière dont l'information épidémiologique et la surveillance peuvent être présentés dans un contexte culturel. Le RCAS mettra à jour ces fiches de façon régulière et les rendra disponibles par la poste ou sur l'Internet. Pour de plus amples renseignements, ou pour recevoir les mises à jour, communiquez avec le RCAS au 1-888-285-CAAN (2226).

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les autochtones

Voici les faits!

- La pandémie du VIH/SIDA continue sa progression et menace les peuples autochtones partout dans le monde. Au cours de la dernière décennie on a observé une hausse continue des cas de SIDA chez les autochtones du Canada. Les experts suggèrent qu'il est possible que jusqu'à vingt pour cent des 16 000 cas de SIDA connus dans ce pays soient chez les autochtones.
- Les taux d'infection des femmes et des berdaches (gais) autochtones augmente rapidement. Les utilisateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées et les personnes de la rue sont de plus en plus à risque.
- Les personnes atteintes du SIDA chez les autochtones sont généralement plus jeunes que dans le reste de la société. Trente pour cent de tous les nouveaux cas chez les Premières Nations ont moins de 30 ans et la proportion femme - homme est de 3 pour 1. Dans certains cas les gens sont infectés à 19 ou 20 ans.
- Pourquoi les personnes autochtones sont-elles susceptibles d'être infectées par le VIH/SIDA?
- Personne n'est à l'abri du SIDA. Les iniquités économiques et sociales entre les autochtones et non autochtones dans notre pays sont à la source d'un grand nombre de problèmes sociaux. Le VIH est en train de devenir rapidement l'un de ces problèmes. Des études dans la société en général démontrent que les infections par le VIH sont plus fréquentes là où règnent la pauvreté, la violence, l'abus des drogues et l'alcoolisme.
- L'intense circulation des autochtones entre les milieux urbains et les réserves rurales peut ame-ner le risque d'infection VIH aux réserves les plus éloignées des Premières Nations. Certaines réserves peuvent être dirigées par un conseil peu accommodant pour les gens atteints du VIH/SIDA. On a signalé des cas où des hommes gais infectés par le VIH n'ont pas été admis sur leur réserve où ils auraient pu recevoir un traitement holistique.
- Un nombre disproportionné de la population incarcérée étant à haut risque peut inconsciemment contribuer à de nouvelles infections tant durant qu'après la période d'incarcération.
- Dans certaines régions rurales et du Grand Nord, il n'y a pas, à toutes fins pratiques, de programmes de counselling sur VIH/SIDA adapté à la culture ou de services de sensibilisation.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Plus d'éducation et une meilleure communication chez les Autochtones du Canada sont nécessaires pour orienter les stratégies de prévention et de contrôle.
- Il faut que les programmes et le traitement soient davantage disponibles sur les réserves, chez les Inuits et les Métis. Les barrières entre les diverses factions de leadership et les groupes politiques doivent être éliminées et les attitudes homophobiques doivent être combattues dans les réserves et dans les communautés rurales et du nord.
- On doit fournir plus de programmes et d'éducation aux autochtones incarcérés.
- Les communautés doivent jouer un rôle actif dans l'éducation de leurs enfants et de leurs membres sur les dangers des rapports sexuels non protégés et d'autres comportements à haut risque.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les autochtones

- Les gouvernements et autres agences doivent réagir face au VIH/SIDA dans les communautés autochtones en fournissant les ressources et services qui sont adaptés à la culture et en facilitant l'accès au counselling et aux tests de VIH.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et la toxicomanie (dépendance aux drogues ou à l'alcool)

Voici les faits!

- Au Canada, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) est le groupe à risque qui grossit le plus vite. Dans une étude à Vancouver (1997), 57 % des 151 autochtones séropositifs VIH interrogés ont rapporté l'injection de drogue comme la catégorie principale d'exposition.
- Ce n'est pas seulement les utilisateurs de drogues injectables qui sont à risque d'être infectés, ceux qui boivent excessivement et les consommateurs de cocaïne élèvent leur risque en raison de l'affaiblissement de leur jugement durant les périodes d'utilisation.

Pourquoi les usagers de drogues sont-ils à haut risque d'infection VIH/SIDA?

- Même les utilisateurs de drogues injectables qui sont conscients du danger d'infection VIH/SIDA par les seringues et les accessoires sont parfois incapables ou non pas la volonté de stériliser leur seringues. La compulsion de consommer est parfois plus forte que l'instinct de conservation.
- Les hommes et les femmes utilisateurs de drogues iront jusqu'à recourir à la prostitution pour financer leur consommation. Dans un contexte parfois dangereux, ils ne sont pas toujours en mesure de prendre les précautions nécessaires pour réduire le risque.
- Les drogues affaiblissent le jugement d'une personne à un point tel qu'il devient impossible de négocier des méthodes sécuritaires de consommer ou d'avoir des rapports sexuels.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Bien qu'il soit illégal d'utiliser certaines drogues, il n'est pas illégal de prendre des précautions lorsqu'on les utilise.
- Bien que plusieurs grandes villes offrent un programme d'échange de seringues, on devrait faciliter davantage l'accès à des seringues propres pour les toxicomanes.
- Les fournisseurs de service qui oeuvrent dans le monde de la drogue savent que le VIH est le plus gros problème auquel fait face l'utilisateur de drogues. Des tests sur place et un service de counselling adapté à la culture dans les centres de traitement et d'accueil, seraient une étape importante pour faire en sorte que les toxicomanes ne sont pas négligés lorsque les questions de VIH/SIDA sont soulevées et que les techniques de réduction du risque sont pratiquées.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les enfants autochtones

Voici les faits!

- Une étude menée dans tous les centres pédiatriques canadiens a révélé que 19 % (50/259) des femmes séropositives VIH au moment de la naissance de leur enfant entre 1995 et 1997 étaient autochtones.
- La transmission verticale (VIH transmis de la mère à l'enfant durant ou peu après la naissance) compte pour 5,2 % des cas d'infection de VIH chez les femmes autochtones et pour 1,5 % des cas d'infection chez les hommes autochtones.
- Plusieurs de nos enfants, bien qu'exempts du virus, sont tout de même touchés par VIH. Certains ont des parents ou des membres de leur famille séropositifs et doivent faire face à la maladie quotidiennement.
- Tout comme l'exploitation des pensionnats a touché plusieurs générations avant eux, les enfants qui souffrent d'exploitation aujourd'hui courent peut-être un risque plus élevé d'infection VIH plus tard dans leur vie, en raison des problèmes émotifs et d'estime d'eux-mêmes engendrés par l'exploitation qu'ils ont subi.

Pourquoi les enfants sont-ils affectés par le VIH?

- Les mères séropositives VIH risquent de transmettre le VIH à l'enfant qu'elles portent dans leur sein. Il y a aussi des cas où il a été démontré que des mères séropositives qui ignoraient leur état, avaient transmis le virus à leur enfant par l'allaitement. À Toronto, on a constaté à quelques occasions que des mères séropositives qui recevaient une pension d'invalidité et qui avaient des enfants exempts du virus étaient obligées de les allaiter, prenant ainsi le risque de transmettre le virus à l'enfant, parce qu'elles ne rencontraient pas les critères pour un versement supplémentaire pour du lait.
- Les enfants sont généralement les premières victimes d'exploitation et de négligence dans n'importe quelle société. Parce qu'ils sont petits et ne sont pas complètement développés, les enfants ont peu de ressources pour se défendre contre les comportements abusifs ou irrationnels des adultes.
- L'exploitation sexuelle, psychologique, physique et spirituelle peut entraîner toutes sortes de problèmes de développement chez l'enfant. Les enfants victimes d'exploitation peuvent courir un risque plus élevé de contracter le VIH lorsqu'ils atteignent l'âge adulte.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- L'éducation sur le VIH dans les écoles ne tient pas toujours compte des problèmes culturels et sociaux auxquels font face les autochtones. Les parents peuvent apprendre comment travailler de concert avec leurs enfants pour leur apprendre les dangers de l'infection par le VIH et comment s'en protéger.
- Les fournisseurs de service et les communautés peuvent commencer l'enseignement de développement aux enfants dès cinq ans pour qu'ils intègrent le concept de développement sexuel sain.
- Le SIDA et les Premières Nations

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et peuples de premier nations

Voici les faits!

- La pandémie du VIH/SIDA continue sa progression et menace les peuples autochtones partout dans le monde. Au cours de la dernière décennie on a observé une hausse continue des cas de SIDA chez les autochtones du Canada. Certaines études révèlent que jusqu'à vingt pour cent des 16 000 cas de SIDA connus dans ce pays soient chez les autochtones.
- Les taux d'infection des femmes et des berdaches (gais) autochtones augmente rapidement. Les utilisateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées et les personnes de la rue sont de plus en plus à risque.
- Les personnes atteintes du SIDA chez les Premières Nations sont généralement plus jeunes que dans le reste de la société. Trente pour cent de tous les nouveaux cas chez les Premières Nations ont moins de 30 ans et la proportion femme - homme est de 3 pour 1. Dans certains cas les gens sont infectés à 19 ou 20 ans.

Pourquoi les personnes autochtones sont-elles susceptibles d'être infectées par le VIH/SIDA?

- Personne n'est à l'abri du SIDA. Les iniquités économiques et sociales entre les autochtones et non autochtones dans notre pays sont à la source d'un grand nombre de problèmes sociaux. Le VIH est en train de devenir rapidement l'un de ces problèmes. Des études dans la société en général démontrent que les infections par le VIH sont plus fréquentes là où règnent la pauvreté, la violence, l'abus des drogues et l'alcoolisme.
- L'intense circulation des gens des Premières Nations entre les milieux urbains et les réserves rurales peut amener le risque d'infection VIH aux réserves les plus éloignées des Premières Nations. Certaines réserves peuvent être dirigées par un conseil peu accommodant pour les gens atteints du VIH/SIDA. On a signalé des cas où des hommes gais infectés par le VIH n'ont pas été admis sur leur réserve où ils auraient pu recevoir un traitement holistique.
- Un nombre disproportionné de la population incarcérée étant à haut risque peut inconsciemment contribuer à de nouvelles infections tant durant qu'après la période d'incarcération.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Plus d'éducation et une meilleure communication chez les gens des Premières Nations du Canada sont nécessaires pour orienter les stratégies de prévention et de contrôle.
- Il faut que les programmes et le traitement soient davantage disponibles sur les réserves. Les barrières entre les leadership de réserve et hors réserve doivent être éliminées et les attitudes homophobiques doivent être combattues dans les réserves.
- On doit fournir plus de programmes et d'éducation aux personnes des Premières Nations qui sont incarcérées.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et peuples de premier nations

- Les communautés doivent jouer un rôle actif dans l'éducation de leurs enfants et de leurs membres sur les dangers des rapports sexuels non protégés et d'autres comportements à haut risque.
- Les gouvernements et autres agences doivent réagir face au VIH/SIDA dans les communautés des Premières Nations en fournissant les ressources et services qui sont adaptés à la culture et en facilitant l'accès au counselling et aux tests de VIH.

Cette fiche de données a été préparée par le Réseau canadien autochtone du SIDA situé à Ottawa, Canada. Le RCAS est une coalition nationale de personnes et d'organisations autochtones ayant pour vocation le leadership, le soutien et la défense des droits des autochtones qui vivent avec le VIH/SIDA quel que soit leur lieu de résidence. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le RCAS au 1-888-285-2226. Les données statistiques tirées des Actualités épidémiologiques du LCM.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les Inuits

Voici les faits!

- La pandémie du VIH/SIDA continue sa progression et menace les peuples autochtones partout dans le monde. Au cours de la dernière décennie on a observé une hausse continue des cas de SIDA chez les autochtones du Canada. Certaines études révèlent que jusqu'à vingt pour cent des 16 000 cas de SIDA connus dans ce pays soient chez les autochtones.
- Les Inuits des régions du Grand Nord du Canada sont souvent oubliés lorsqu'on parle de programmes VIH/SIDA conçus spécialement pour les autochtones. La pénurie de programmes VIH/SIDA dans le Grand Nord et dans les zones urbaines où se concentrent les Inuits, augmente le risque chez ceux-ci en raison du manque de prévention et d'éducation sur le VIH/SIDA.
- Bien que le nombre de cas de SIDA chez les Inuits du Canada soit petit, on a tout lieu de croire, selon les pourcentages de population, que l'épidémie est également en expansion chez les Inuits du Canada.

Pourquoi les Inuits sont-ils susceptibles d'être infectés par le VIH/SIDA?

- Personne n'est à l'abri du SIDA. Les iniquités économiques et sociales entre les autochtones et non autochtones dans notre pays sont à la source d'un grand nombre de problèmes sociaux. Le VIH est en train de devenir rapidement l'un de ces problèmes. Des études dans la société en général démontrent que les infections par le VIH sont plus fréquentes là où règnent la pauvreté, la violence, l'abus des drogues et l'alcoolisme.
- Dans plusieurs régions du Nord et rurales, le counselling adapté à la culture et l'accès aux test pour le VIH sont quasi inexistantes et les services de sensibilisation sont requis de toute urgence.
- Les différences propres à la culture et à la langue des Inuits compliquent la tâche des étrangers qui voudraient enseigner les précautions sexuelles d'une manière qui serait acceptée et comprise du peuple inuit.
- Il est difficile aux Inuits de participer aux initiatives sur le SIDA organisées dans le sud du Canada. Les coûts exorbitants des vols, les distances extrêmes et la pénurie d'appareils de communication tels les ordinateurs et les télécopieurs, isolent les Inuits du reste du Canada.
- Les problèmes de pauvreté, de racisme, de dépendance et de choc culturel que connaissent les Inuits qui vivent dans les villes du sud peuvent être trop accaparants pour prendre la peine de se protéger contre le VIH.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les Inuits

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Plus d'éducation et une meilleure communication chez les Inuits du Canada sont nécessaires pour orienter les stratégies de prévention et de contrôle.
- Il faut plus d'argent et plus de programmes et d'éducation adaptés aux besoins des Inuits. Les organismes et réseaux autochtones de lutte contre le SIDA situés dans le sud, qui militent à l'échelle nationale et organisent des programmes, doivent tenir compte des différences culturelles et de langue des Inuits des régions urbaines et du Grand Nord.
- Il faut établir des partenariats entre les organisations des Premières Nations, des Métis et des Inuits pour tenir compte des besoins des Inuits dans les programmes généraux destinés aux autochtones.
- Les gouvernements et autres agences doivent réagir face au VIH/SIDA dans les communautés inuites en fournissant les ressources et services qui sont adaptés à la culture et en facilitant l'accès au counselling et aux tests de VIH dans le Nord et les communautés urbaines d'Inuits.
- Les différences régionales de cultures et les divers dialectes de l'inuktitut ne permettent pas une approche commune pour tout le Nord sur les questions de VIH/SIDA. Des programmes spécifiques doivent être développés pour chaque région et les fonds doivent être débloqués pour faciliter cette méthodologie.

Cette fiche de données a été préparée par le Réseau canadien autochtone du SIDA situé à Ottawa, Canada. Le RCAS est une coalition nationale de personnes et d'organisations autochtones ayant pour vocation le leadership, le soutien et la défense des droits des autochtones qui vivent avec le VIH/SIDA quel que soit leur lieu de résidence. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le RCAS au 1-888-285-2226. Les données statistiques tirées des Actualités épidémiologiques du LCM.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les Métis

- La pandémie du VIH/SIDA continue sa progression et menace les peuples autochtones partout dans le monde. Au cours de la dernière décennie on a observé une hausse continue des cas de SIDA chez les autochtones du Canada. Certaines études révèlent que jusqu'à vingt pour cent des 16 000 cas de SIDA connus dans ce pays soient chez les autochtones.
- Les Métis forment l'un des trois groupes autochtones du Canada. Au début du dix-huitième siècle, les Métis formèrent un fort mouvement nationaliste; à cette époque, il y avait deux groupes de Métis : les descendants des unions anglo-indiennes appelés Sang-Mêlé et les descendants des unions franco-indiennes appelés Métis. Les deux groupes étaient intimement liés par leur origine indienne commune, le commerce des fourrures et leur patrie de l'ouest.
- Dans les plaines de l'Ouest canadien, ces « Sang-Mêlé » se multiplièrent et formèrent des alliances entre eux, développant ainsi une nouvelle culture, ni européenne, ni indienne, mais un mélange des deux, ainsi qu'une nouvelle identité, Métis. Cette nouvelle culture donna naissance à ses propres traditions et à sa propre langue, le « Michif ».

Pourquoi les Métis sont-ils susceptibles d'être infectés par le VIH/SIDA?

- Personne n'est à l'abri du SIDA. Les iniquités économiques et sociales entre les autochtones et non autochtones dans notre pays sont à la source d'un grand nombre de problèmes sociaux.
- Plus de 51 % de la population Métis sont des femmes marginalisées qui vivent dans la pauvreté.
- Des études dans la société en général démontrent que les infections par le VIH sont plus fréquentes là où règnent la pauvreté, la violence, l'abus des drogues et l'alcoolisme.
- L'intense circulation des Métis entre les milieux urbains et les réserves rurales peut amener le risque d'infection VIH aux réserves les plus éloignées des Métis. Dans plusieurs régions du Nord et rurales, le counselling adapté à la culture et l'accès aux test pour le VIH sont quasi inexistantes et les services de sensibilisation sont requis de toute urgence.
- La culture métisse et les différences de langue compliquent la tâche des étrangers qui voudraient enseigner les précautions sexuelles d'une manière qui serait acceptée et comprise du peuple métis.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Plus d'éducation et une meilleure communication chez les Métis du Canada sont nécessaires pour orienter les stratégies de prévention et de contrôle.
- Il faut plus d'argent et plus de programmes et d'éducation adaptés aux besoins des Métis. Les organismes et réseaux autochtones de lutte contre le SIDA, qui militent à l'échelle nationale et organisent des programmes, doivent tenir compte des différences culturelles et de langue des Métis des régions urbaines et du nord.
- Il faut établir des partenariats entre les organisations des Premières Nations, des Métis et des Inuits pour tenir compte des besoins des Métis dans les programmes généraux destinés aux autochtones.
- Les gouvernements et autres agences doivent réagir face au VIH/SIDA dans les communautés métisses en fournissant les ressources et services qui sont adaptés à la culture et en facilitant l'accès au counselling et aux tests de VIH.
- Cette fiche de données a été préparée par le Réseau canadien autochtone du SIDA situé à Ottawa, Canada. Le RCAS est

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les Métis

une coalition nationale de personnes et d'organisations autochtones ayant pour vocation le leadership, le soutien et la défense des droits des autochtones qui vivent avec le VIH/SIDA quel que soit leur lieu de résidence. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le RCAS au 1-888-285-2226. Les données statistiques tirées des Actualités épidémiologiques du LLCM.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les berdaches

Voici les faits!

- Les hommes berdaches (gais) autochtones accusent une taux plus élevé d'infection VIH que n'importe quel autre groupe autochtone.
- Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes constituent 57,4 % des hommes autochtones infectés.
- Pourquoi les hommes berdaches courent-ils un risque plus élevé que les hommes hétérosexuels?
- Bien que les rapports sexuels entre deux hommes homosexuels soient normaux et sains, le sexe anal sans un condom est un acte à très haut risque.
- Des sentiments de honte et de culpabilité peuvent accaparer les rapports homosexuels des plus jeunes. L'alcool et les drogues sont parfois utilisés pour alléger ces sentiments, une diminution du jugement s'en suit, laissant les deux hommes incapables ou non désireux de négocier des pratiques sexuelles moins risquées.
- Des études ont démontré que les hommes gais qui ont connu l'exploitation sexuelle lorsqu'ils étaient jeunes, sont souvent hésitants relativement à leur orientation sexuelle. Les survivants gais de l'exploitation subie dans les pensionnats peuvent être incapables d'explorer leur orientation sexuelle d'une manière sécuritaire et saine. Les plaies non guéries de l'exploitation sexuelle mènent souvent à la dépression, à la toxicomanie et à une dévalorisation de soi, ce qui peut mener à des comportements à haut risque d'infection VIH dans les rapports sexuels et l'usage des drogues.
- Les hommes gais intériorisent souvent les attitudes négatives véhiculées sur l'homosexualité. Les messages reçus des églises, des écoles, du leadership et d'autres institutions qui déclarent l'homosexualité immorale, peuvent amener l'homme gai à se dévaloriser ou se croire déviant. De tels sentiments mènent souvent à des comportements imprudents qui augmentent les risques d'infection par le VIH.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Les membres gais de nos communautés doivent être encouragés à partager et à exprimer leur sexualité sans craindre la haine ou la violence. Des programmes conçus spécialement pour les hommes et les femmes gais doivent être élaborés pour sensibiliser ce segment à haut risque de nos populations.
- On doit organiser des groupes de soutien et des ateliers pour soulever les questions de sexualité saine, y compris l'homosexualité.
- L'homophobie est définie comme une crainte ou une aversion pour les homosexuels. Les fournisseurs de service doivent apprendre à attaquer ce problème dans nos communautés.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLMC, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA Inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les jeunes autochtones

Voici les faits!

- Les personnes autochtones atteintes du SIDA sont plus jeunes que les non autochtones atteints du SIDA. Vingt-six pour cent des autochtones qui sont infectés ont moins de 30 ans, comparativement à 17,6 % dans la population générale.
- Pourquoi les jeunes autochtones sont-ils à haut risque?
- Les jeunes personnes ont plus tendance à tenter des activités plus risquées - alcool et usage de drogues, diverses formes de rapports sexuels.
- Les jeunes croient souvent qu'ils sont invincibles et que cela ne leur arrivera pas. De paire avec l'usage de drogues, cette combinaison peut être très dangereuse.
- Les jeunes personnes sont également plus enclins à circuler entre des zones à différents degrés de risque. Par exemple, il n'est pas rare qu'un jeune autochtone quitte sa réserve et s'installe dans une grande ville comme Toronto, où le risque d'infection est plus élevé, pour ensuite revenir chez lui et transmettre le virus à d'autres jeunes qui étaient jusque là dans une zone à faible risque.
- L'éducation fournie dans les écoles n'est pas toujours adaptée à la culture et ne rejoint pas les jeunes. De plus, le VIH est souvent considéré une maladie gaie et les jeunes hétérosexuels ou bisexuels croient que cela ne les concerne pas.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Des programmes VIH/SIDA destinés spécialement aux jeunes autochtones doivent être élaborés avec leur participation à toutes les phases du processus.
- Le SIDA et les femmes autochtones

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Le Réseau canadien autochtone du SIDA inc.

1-888-285-CAAN (2226)

tél. : 1-613-567-1817 télécopieur : 1-613-567-4652

Le SIDA et les femmes autochtones

Voici les faits!

- La proportion de femmes chez les personnes autochtones atteintes du SIDA est plus élevée que dans le reste de la population. Les femmes autochtones ont plus de chance d'être infectées en bas âge que les hommes autochtones ou que la population générale.
- Les femmes sont plus susceptibles d'être infectées que les hommes lorsqu'elles ont des rapports sexuels avec un homme séropositif.
- En 1996, une clinique de la Colombie-Britannique qui traite la majorité des femmes enceintes séropositives de la province, 41 % (21/51) des femmes traitées étaient autochtones.

Pourquoi les femmes autochtones susceptibles d'infection VIH/SIDA?

- Les femmes sont plus vulnérables que les hommes du point de vue biologique. Le taux de transmission d'homme à femme est de 2 à 4 fois supérieur à celui de femme à homme. Cela en raison du fait, principalement, que le sperme contient une plus haute concentration du VIH que le fluide vaginal.
- Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Le col de l'utérus n'étant pas à maturité et la muqueuse vaginale n'offrant que peu de protection, l'infection est aisément transmise. De plus, il est plus fréquent que les adolescentes éprouvent des lésions des parois vaginales.
- Les femmes sont plus souvent victimes de relations abusives. Cela leur enlève tout pouvoir de négociation durant les rapports sexuels pour adopter des pratiques moins risquées. Toute demande en ce sens peut entraîner des conséquences sérieuses telles que la violence ou l'abandon.
- Les femmes sont plus vulnérables face aux rapports sexuels coercitifs, y compris le viol et autres formes d'exploitation sexuelle ou de prostitution.
- Dans les situations coercitives ou d'exploitation, il y a peu de chances que les hommes portent un condom et que la femme puisse se protéger.

Qu'est-ce qui peut être fait pour aider?

- Plus d'éducation et d'information chez les femmes autochtones du Canada sont nécessaires pour orienter les stratégies de prévention et de contrôle.
- Des programmes VIH/SIDA destinés spécialement aux femmes autochtones doivent être élaborés avec leur participation à toutes les phases du processus.

Tous les statistiques utilisées en cette fiche de données ont été prises de : Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada », Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, LLCM, Santé Canada, mai 1999.

Annexe A

Introduction au VIH/SIDA

Financé par Manitoba Health
préparé par Albert McLeod

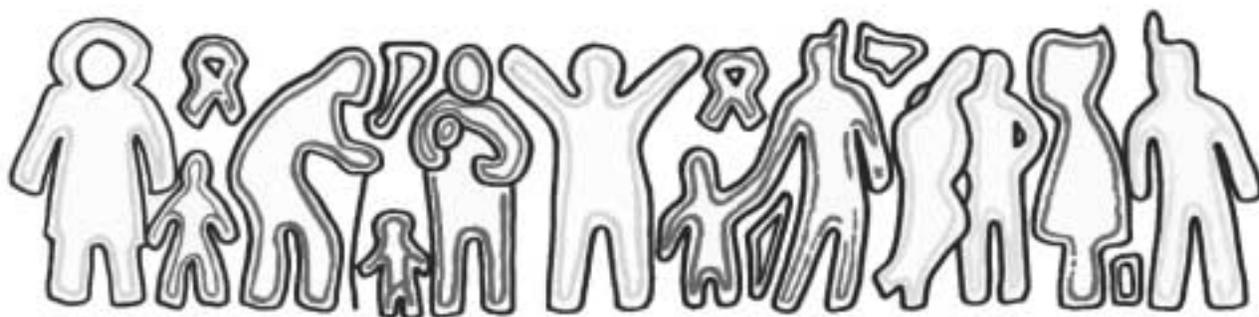
Utilisé sous permission



Ce qui suit est une présentation visuelle sur le VIH/SIDA tirée de la trousse Enseigner VIH/SIDA de Manitoba Health. Elle est incluse ici à l'intention de ceux qui veulent en connaître davantage sur la prévention du VIH et du SIDA.

Annexe B

Sources d'information



Voici une liste de ressources qui pourront fournir des renseignements sur la surveillance du VIH et du SIDA tant à l'échelle nationale que dans votre région. Elles comprennent les personnes avec lesquelles communiquer dans les centres de contrôle de la maladie, une liste de documents publiés sur le contrôle du VIH/SIDA et une disquette de ressources Internet et de liens.

Coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la surveillance VIH/SIDA.

Ms. Pat Mandl
Communicable Disease Officer
Yukon Region
Whitehorse General Hospital
No. 2 Hospital Rd.
Whitehorse, Yukon
Y1A 3H8
Tél : (867) 667-8369
Télécopieur (867) 667-8349
Courriel :pat.mandl@gov.yk.ca

Dr. Michael Rekart
Director, STD/AIDS Control
BC Centre for Disease Control
655 West, 12th Ave.
Vancouver, B.C. V5Z 4R4
Tél: (604) 660-6170
Télécopieur: (604) 775-0808
Courriel: micheal.rekart@bccdc.bnet.bc.ca

Dr. Bryce Larke
Medical Consultant
Disease Control and Prevention
Alberta Health and Wellness
Télus Plaza North Tower
23rd floor
10025 Jasper Ave
Box 1360, Stn Main
Edmonton, Alberta
T5J 2N3
Tél: (780) 445-2804
Télécopieur: (780) 422-6663
e-mail- Bryce.Larke@health.gov.ab.ca

Dr. Eric Young, Director
Communicable Disease Control
Saskatchewan Health
3475 Albert St
Régina, Saskatchewan
S4S 6X6
Tél: (306) 787-8847
Télécopieur: (306) 787-3220
Courriel:dbutlerj@health.gov.sk.ca
Pat Matusko
AIDS Program Coordinator
Public Health Branch
Communicable Disease Control Unit
4066-300 Carlton St.
Winnipeg, Man.
R3B 3M9
Tél: (204) 948-2040
Télécopieur: (204) 948-2040
Courriel: pmatusko@health.gov.mb.ca

Dr. Evelyn Wallace
Senior Medical Consultant
Disease Control and Epidemiology Service
Ontario Ministry of Health
Public Health Branch
5700 Yonge St. 8th floor
North York, Ontario
M2M 4K2
Tél: (416) 327-7429
Fax: (416) 327-7439
Courriel: wallacev@epo.gov.on.ca

Dr. Bruno Turmel
Coordonnateur
Module Prévention et contrôle MTS/SIDA
DSC Hôpital général de Montréal
1301 Sherbrooke Est
Montréal, Québec
H2L 1M3
Tél (514)528-2400 ex 3618
Fax (514) 932-1502
Courriel- BTURMEL@SANTEPUB-
MTL. (Qc) Canada

Dr. Christofer Balram
Directeur, promotion de la santé et
prévention de la maladie
Service provincial d'épidémiologie
520, rue King , Carleton Place
c.p. 5100
Frédéricton, Nouveau-Brunswick
E3B 5G8
Tél: (506) 453-3092
Fax: (506) 453-2726
Courriel chrisba@gov.nb.ca

Dr. Jeff Scott
Medical Officer of Health
N.S. Department of Health
1690 Hollis Street-11th floor
P O Box 488
Halifax, Nova Scotia
B3J 2R8
Télécopieur : (902) 424-0506
Tél: (902) 424-8698
Courriel hlfxjose.heal.scottj@gov.ns.ca

Dr. Lamont Sweet
Chief Health Officer
Dept of Health & Social Services
P O Box 2000
Charlottetown, Prince Edward Island
C1A 7N8
Tél: (902) 368-4978
Télécopieur: (902) 368-4969
courriel : lesweet@gov.pe.ca

Dr. Faith Stratton
Director, Disease Control and Epidemiology
Newfoundland Dept. Of Health
West Block, Confederation Bldg
P O Box 8700
St. John's, Newfoundland
A1B 4J6
Tél: (709) 729-3430
Télécopieur : (709) 729-5824
e-mail-fstratton@health.gov.nf.ca

Dr. Andre Corriveau
Health & Social Services
8th floor,
Centre Square Tower
P O Box 1320
Yellowknife, Northwest Territories
X1A 2L9
Tél: (403) 920-8946
Télécopieur :(403) 873-0266

Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA

Quelques publications

Les entrées marquées d'un astérisque sont disponibles en ligne et se retrouvent sur la disquette de ressources Internet.

Carlson, Keith Thor 1996 "First Contact: Small Pox" Essai, Université de Colombie-Britannique:
Sto:lo Curriculum Consortium*

Hornby AS 1995 Oxford Advanced Learner's Dictionary: Fifth Edition Oxford New York
Toronto: Oxford University Press

Last, John M 1995 Dictionnaire d'épidémiologie: Troisième édition Toronto New York Oxford:Oxford University Press

Remis, Dr. Robert S. 1995, Lignes directrices pour la surveillance du SIDA au Canada.
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose Laboratoire de lutte contre la maladie Direction générale de la protection de la santé Santé Canada, Ottawa

Wright, Ronald 1993 Stolen Continents New York: Penguin Books.

Avril 2000, Actualités en épidémiologie VIH/SIDA :
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose Laboratoire de lutte contre la maladie Direction générale de la protection de la santé Santé Canada, Ottawa

Lignes directrices canadiennes pour les MTS, 1998: Division de la prévention et du contrôle des MTS Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose Laboratoire de lutte contre la maladie Direction générale de la protection de la santé Santé Canada, Ottawa

Mai 1998, Compte rendu de la 3e réunion annuelle sur la surveillance et la recherche sur le VIH/SIDA chez les autochtones Division de l'épidémiologie VIH Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose Laboratoire de lutte contre la maladie Direction générale de la protection de la santé Santé Canada, Ottawa

Novembre 1999, VIH/SIDA au Canada, Rapport de surveillance au 30 juin, 1999* Division de la surveillance VIH/SIDA Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose Laboratoire de lutte contre la maladie Direction générale de la protection de la santé Santé Canada, Ottawa

1998, HIV/AIDS Teaching Kit Manitoba Health

1997 The Eastern Region Project Seroprevalance of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C Viruses Nova Scotia Department of Health

1999 HIV/AIDS Surveillance Report: Technical Notes, Center For Disease Control, Atlanta*

1999 Give Children Hope In A World With AIDS: A Resource Booklet American Association For World Health: Washington, DC

1998 Report On The Global HIV AIDS Epidemic Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA

Sources d'information sur l'Internet

(Ces liens sont également sur la disquette fournie)

Cette liste de ressources a été créée par le Réseau canadien autochtone du SIDA pour accompagner la brochure Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA - La surveillance du VIH/SIDA chez les peuples autochtones du Canada. Pour de plus amples renseignements sur ce manuel et pour en commander une copie, veuillez communiquer avec le RCAS :

#409 - 396, rue Copper
Ottawa Ontario K2P 2H7

Sans frais 1-888-285-CAAN(2226)

Tél. : 1-613-567-1817
Télécopieur : 1-613-567-4652

courriel : caan@storm.ca

Contenu :

Organisations nationales VIH/SIDA
Ressources canadiennes d'épidémiologie et de surveillance VIH/SIDA
Ressources internationales d'épidémiologie et de surveillance VIH/SIDA
Sujets connexes

Dernière édition le 10 avril, 2000 par le Réseau canadien autochtone du SIDA

Organisations nationales VIH/SIDA

Voici quelques sources d'information sur l'Internet relatives au SIDA et au VIH au Canada.

AIDS Foundation Of Canada
<http://www.aidsfoundation.ca>

Le Réseau canadien autochtone du SIDA
<http://www.caan.ca>

Société canadienne du SIDA
<http://www.cdnaids.ca/cdnaids/home.nsf>

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie
<http://www.canac.org>

Centre canadien de documentation sur le VIH/SIDA
http://www.cpha.ca/clearinghouse_f.htm

Réseau communautaire d'info-traitement SIDA
<http://www.catie.ca>

Organisations politiques autochtones à l'échelle nationale

L'Assemblée des Premières Nations
<http://www.afn.ca>

Inuit Tapirisat Of Canada
<http://www.tapirisat.ca/>

Pauktuutit Inuit Women's Association
<http://www.pauktuutit.on.ca/publications/main.html>

Dernière mise à jour, le 10 avril 2000 par le Réseau canadien autochtone du SIDA

Sources canadiennes d'information sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/SIDA

Voici une liste de sources nationales d'information publiées sur l'Internet relatives à l'épidémiologie du VIH/SIDA et au contrôle des maladies au Canada.

Le VIH et le SIDA chez les autochtones du Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_aboriginal/f_aboriginal_hiv.html

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/index_f.html

Actualités du Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/epi_f.html

Le VIH/SIDA chez les peuples autochtones du Canada (Santé Canada)

http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/aids_f.htm

Le VIH et le SIDA au Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/aids/index_f.html

VIH et sida chez les peuples autochtones

du Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/aborig_f.html

Examen de la recherche sur le VIH/SIDA chez les autochtones (Direction générale des services médicaux)

<http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/vihpaper.htm>

Dernière mise à jour, le 10 avril, 2000 par le Réseau canadien autochtone du SIDA

Sources d'information internationales sur l'épidémiologie VIH/SIDA, la surveillance et la prévention

Voici une liste de sources internationales d'information distribuées sur l'Internet relatives à l'épidémiologie VIH/SIDA, la surveillance, la prévention et l'éducation.

AIDS Action International

<http://www.hain.org/aidsaction.html>

AIDS Education and Research Trust (Avert)

<http://www.avert.org/>

American Association For World Health

<http://www.aawhworldhealth.org/>

BBC World Service AIDS

<http://www.bbc.co.uk/worldservice/health/sexualhealth/aids/what.shtml>

Global HIV/AIDS Surveillance (Organisation mondiale de la santé)

<http://www.who.int/emc-hiv/>

Harvard AIDS Institute

http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/hai/hai_tra.html

Interagency Coalition on AIDS Development (ICAD)

http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/hai/hai_tra.html

International AIDS Economics Network

<http://www.iaen.org/>

International AIDS Society

<http://www.aidsonline.com/>

International Association of Physicians on AIDS Care

<http://www.iapac.org/>

International Council Of AIDS Service Organizations (ICASO)

<http://www.icaso.org/>

U.S. Center For Disease Control (CDC)

http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/pubs/facts.htm

Dernière mise à jour, le 10 avril, 2000 par le Réseau canadien autochtone du SIDA

Documents connexes

Des ressources supplémentaires sur les peuples et la culture autochtones, l'épidémiologie des maladies chez les autochtones et des renseignements connexes.

Aboriginal People and HIV/AIDS In Prisons Aboriginal Voices Magazine

<http://www.sfu.ca/continuing-studies/pubpol/aids/>

Diabetes and Aboriginal People (Windspeaker)

<http://plaza.v-wave.com/ammsa/windspeaker/wind-diabetes.html>

Disease as Genocide In Australia

<http://www.aiatsis.gov.au/research/dp/8/genocide.htm>

First Contact: Small Pox

<http://web20.mindlink.net/stolo/firstcon.htm>

Native Web (U.S)

<http://www.nativeweb.org/>

Dernière mise à jour, le 10 avril, 2000 par le Réseau canadien autochtone du SIDA

Annexe C

Bibliographie



Voici la liste des ressources et publications employées pour préparer ce manuel. D'autres sources Internet ont été utilisées, leurs adresses sont fournies dans la section Sources d'information et les liens Web mis à jour sont disponibles sur la page Web du RCAS (www.caan.ca).

Comprendre l'épidémiologie du VIH/SIDA

[Les entrées marquées d'un astérisque sont disponibles en ligne et se retrouvent sur la disquette de ressources Internet]

Carlson, Keith Thor 1996 "First Contact: Small Pox" Essai, Université de Colombie-Britannique:
Sto:lo Curriculum Consortium*

Hornby AS 1995 Oxford Advanced Learner's Dictionary: Fifth Edition Oxford New York
Toronto: Oxford University Press

Last, John M 1995 Dictionnaire d'épidémiologie: Troisième édition Toronto New York Oxford:
Oxford University Press

Remis, Dr. Robert S. 1995, Lignes directrices pour la surveillance du SIDA au Canada.
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada, Ottawa

Wright, Ronald 1993 Stolen Continents New York: Penguin Books.

Avril 2000, Actualités en épidémiologie VIH/SIDA :
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada, Ottawa

Lignes directrices canadiennes pour les MTS, 1998: Division de la prévention et du contrôle des MTS
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada, Ottawa

Mai 1998, Compte rendu de la 3e réunion annuelle sur la surveillance et la recherche sur le VIH/SIDA chez les autochtones
Division de l'épidémiologie VIH
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada, Ottawa

Novembre 1999, VIH/SIDA au Canada, Rapport de surveillance au 30 juin, 1999*
Division de la surveillance VIH/SIDA
Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada, Ottawa

1998, HIV/AIDS Teaching Kit Manitoba Health

1997 The Eastern Region Project Seroprevalance of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C Viruses Nova Scotia Department of Health

1999 HIV/AIDS Surveillance Report: Technical Notes, Center For Disease Control,
Atlanta*

1999 Give Children Hope In A World With AIDS: A Resource Booklet American
Association For World Health: Washington, DC

1998 Report On The Global HIV AIDS Epidemic Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

Annexe D

Liste des maladies et symptômes reliés au SIDA



Maladies possibles engendrées par le SIDA

Acidose lactique
Allergie
Amoeba histolytica
Aspergillose
Blastomycose
Cachexie
Cancer des poumons
Cancer testiculaire
Cancers - vue d'ensemble
Candidiase
Cardiomyopathie
Coccidioïdomycose
Coccidiose à Isospora
Cryptococcus
Cryptosporidiose
Dépression
Eczéma séborrhéique
Encéphalopathie liée au VIH
Fièvre Q
Gingivite
Hépatite B
Hépatite C
Herpès
Histoplasmose
Infections bactériennes
Leishmaniose
Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Leucoplasie chevelue
Lymphadénopathie généralisée persistante
Lymphome non hodgkinien
MAI
Maladie de Hodgkin
Maladie salivaire liée au VIH
Microsporidie
Molluscum contagiosum
Mycobacterium haemophilum
Mycobacterium kansasii
Myélopathie vasculaire
Neuropathie
Neutropénie
Ostéoporose
Pancréatite
Papillomavirus
Parasite lamblia
Parvovirus B19
PCP
Pelvipéritonite

Pneumonie interstitielle lymphocytaire
Psoriasis
Rétinite à cytomégalovirus
Salmonellose
Sarcome de Kaposi
Syndrome Guillain-Barré
Syphilis
Teigne
Thrombopénie
Toxoplasmose
Tuberculose
Ulcères
Virus herpétique 6
Virus varicelle-zona

Symptômes possibles engendrés par le SIDA

Vivre avec la symptômes

Anémie
Anorexie
Anxiété
Apparition de bleus
Bouche sèche
Démangeaisons
Dermatite
Diarrhée
Difficultés à avaler
Difficultés à marcher
Douleurs
Engourdissements
Fatigue
Fièvres
Gingivite (plaies aux gencives)
Infections de la bouche
Insomnie
Maux de tête
Nausées
Perte de l'ouïe
Perte de poids
Pertes de conscience et crises
Problèmes de la vue
Problèmes de mémoire
Problèmes sexuels
Souffle court
Sueurs nocturnes
Toux
Ulcères dans la bouche
Vomissements

Annexe E



Conseil d'administration du RCAS

Conseil d'administration du RCAS

Darcy Albert - Président
2-Spirited People of the First Nation
14 College Street 4th Floor
Toronto ON M5G 1K2
Tél. : (416) 944-9300
Télécopieur : (416) 944-8381

Arlo Yuzicapi Fayant - Président sortant

Renee Masching - Vice-présidente
Atlantic First Nations AIDS Task Force
2164 Gottingen Street
Halifax, NS B3K 2B0
Tél. : (800) 565-4255 or (902) 492-4255
Télécopieur : (902) 492-0500

Garry Carbone - Secrétaire trésorier
Premières Nations du Québec et Labrador
Commission de la santé et des services sociaux
115, rue du Loup
Wendake Qc G0A 4V0
Tél. : (418) 843-1540
Télécopieur : (418) 842-7045

Peetanacoot Nenakawekapo
Manitoba Aboriginal AIDS Task Force
c/o Nine Circles Community Health Centre
705 Broadway
Winnipeg MB R3G 0X2
Tél. : (204) 940-6000
Télécopieur : (204) 940-6027

Quinn Smith
c/o Atlantic First Nations AIDS Task Force
Tél. : (902) 492-4255
Télécopieur : (902) 492-0500

Ken Clemment
Healing Our Spirit — BC First Nations AIDS
Society
415 W Esplanade
North Vancouver BC V7M 1A6
Tél. : (604) 879-8884
Télécopieur : (604) 879-9926

Dennis Peter
AIDS Yukon Alliance First Nations Health
Program
7221 - 7 th Avenue
Whitehorse YK Y1A 1R8
Tél. : (867) 393-8780
Télécopieur : (867) 393-8750

Fred Andersen
Newfoundland and Labrador AIDS
Committee
PO Box 626 Station C
St. John's NF A1C 5K8
Tél. : (709) 579-8656
Télécopieur : (709) 579-0559

Peter Oka
Feather of Hope AIDS Prevention Society
201 -11456 Jasper Avenue
Edmonton AB T5K 0M1
Tél. : (780) 488-5773
Télécopieur : (780) 737-2036

Patti Tait
All Nations Hope AIDS Network
1504 B Albert Street
Régina SK S4P 2S4
Tél. : (306)924-8424
Télécopieur : (306) 525-0904

Roger Carson
2145 East 43rd Avenue
Vancouver BC V5P 1M6
Tél. : (604) 322-1143
Télécopieur : (604) 879-9926

Laverne Monette - à titre d'office
Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy
14 College Street, 4th Floor
Toronto ON M5G 1K2
Tél. : (416) 944-9481
Télécopieur : (416) 944-0541

