



ÉTUDE A/C



Rapport communautaire

**Le VIH chez les Africains,
Caribéennes et Noirs (ACN) en Ontario**



Décembre 2020



RAPPORT COMMUNAUTAIRE DE L'ÉTUDE A/C: Le VIH chez les Africains, Caribéennes et Noirs (ACN) en Ontario Décembre 2020

Auteur du rapport :

Dre Shamara Baidoobonso, Medys Kihembo, Hilary Nare,
Dr Lawrence Mbuagbaw, Dr Winston Husbands, Dre
Josephine Etowa, Wangari Tharao, Dr Pascal Djiadeu, Dr
Charles Daboné, Dr Egbe Etowa, Daeria Lawson, Suzanne
Obiorah, Mary Ndung'u, Fanta Ongoiba, Haoua Inoua,
Jane K. Odongo, Maureen Owino, Dr LaRon Nelson et
Akalewold Gebremeskel



L'Agence de la santé publique du Canada a également contribué à cette étude et en a tiré des leçons en acquérant des éléments tels que les « leçons apprises » pour éclairer d'éventuelles futures enquêtes similaires.

N'hésitez pas à nous contacter au: acstudy@whiwh.com©
© 2020, l'équipe de recherche de l'Étude A/C

Table des matières

Liste des figures	I
Résumé	III
Chapitre 1: Contexte	1
Chapitre 2: À propos de l'Étude A/C	4
Chapitre 3: À propos de ce rapport	10
Chapitre 4: Caractéristiques des participants à l'Étude A/C	13
Chapitre 5: Infection au VIH	17
Chapitre 6: Pratiques et santé sexuelles	22
Chapitre 7: Dépistage et conseils en matière de VIH	26
Chapitre 8: Connaissances sur la transmission et l'acquisition du VIH	30
Chapitre 9: Prise en charge et traitement du VIH	35
Chapitre 10: Accès et utilisation des services de santé et des services sociaux	39
Chapitre 11: Racisme anti-noir et autres formes d'oppression	45
Chapitre 12: Expérience d'immigration	50
Chapitre 13: Soutien social communautaire	56
Chapitre 14: Conclusions et recommandations	61
Annexe A: Méthodologie de recherche	66
Annexe B: Équipe de recherche, organisations partenaires et remerciements	70
Liste des références	73

Liste des figures

Figure 2- 1: Schéma de l'Étude A/C	4
Figure 2- 2: Composantes de l'Étude A/C	7
Figure 4- 1: Ethnicité	13
Figure 4- 2: Identité sexuelle	14
Figure 4- 3: Orientation sexuelle	14
Figure 4- 4: Âge	14
Figure 4- 5: Situation professionnelle au cours des six derniers mois	14
Figure 4- 6: Sources de revenus au cours des six derniers mois	15
Figure 5- 1: Résultat du test VIH par niveau d'éducation	18
Figure 5- 2: Résultat du test VIH selon le statut d'emploi	18
Figure 6- 1: Diagnostic des IST au cours des six derniers mois	23
Figure 6- 2: Consommation de substances pendant les rapports sexuels	23
Figure 7- 1: Statut sérologique de ceux qui ont eu à faire un test de VIH	27
Figure 7- 2: Connaissances relatives au test positif du VIH	27
Figure 8- 1: Connaissance du VIH par sexe	30
Figure 8- 2: Connaissances sur le VIH selon le plus haut niveau d'éducation atteint	31
Figure 8- 3: Connaissance du VIH par langue	31
Figure 8- 4: Connaissance du VIH par ville	31
Figure 8- 5: Connaissance du VIH par situation d'emploi	32
Figure 9- 1: Actuellement sous suivi professionnel pour l'infection par le VIH	35
Figure 9- 2: Prise actuelle de médicaments prescrits pour l'infection par le VIH	36
Figure 10- 1: État de santé autodéclaré par langue	40
Figure 10- 2: Accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois par langue	40
Figure 10- 3: Difficulté d'accès aux soins de santé par langue	40
Figure 10- 4: Utilisation des services médicaux par langue	40
Figure 10- 5: A déjà subi le dépistage d'une IST ou du VIH	41
Figure 10- 6: Utilisation des services de santé mentale et de toxicomanie par langue	41
Figure 10- 7: Utilisation des services santé et des services sociaux par langue	41
Figure 10- 8: Déjà immunisé par la langue	42
Figure 10- 9: Accès aux préservatifs au cours des 12 derniers mois par langue	42

Figure 11- 1: Raisons d'un traitement avec moins de courtoisie	46
Figure 11- 2: Raisons du mauvais service dans les restaurants et les magasins	46
Figure 11- 3: Raisons d'être menacé ou harcelé	46
Figure 11- 4: Raisons d'être traité comme n'étant pas intelligent	47
Figure 11- 5: Raisons pour lesquelles les gens ont peur de vous	47
Figure 12- 1: Plus haut niveau de scolarité atteint en fonction du temps passé au Canada	50
Figure 12- 2: Visite chez un médecin de famille ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) au cours de la dernière année au Canada	51
Figure 12- 3: Situation d'emploi en fonction du temps passé au Canada	51
Figure 12- 4: Satisfaction des besoins de base grâce au revenu du ménage en fonction du temps passé au Canada	51
Figure 12- 5: Connaissances liées au VIH en fonction du temps passé au Canada	52
Figure 12- 6: Raisons de traitement moins courtois en fonction du temps passé au Canada	52
Figure 12- 7: Raisons de mauvais traitements dans les restaurants et les magasins en fonction du temps passé au Canada	52
Figure 12- 8: Raisons pour que les gens agissent comme si l'on n'était pas intelligent en fonction du temps passé au Canada	53
Figure 12- 9: Raisons d'être menacé ou harcelé en fonction du temps passé au Canada	53
Figure 12- 10: Raisons pour lesquelles les gens agissent comme s'ils ont peur de vous en fonction du temps passé au Canada	53
Figure 13- 1: Personnes ACN disposées à s'entraider par ville	56
Figure 13- 2: Personnes estimant que les personnes ACN forment une communauté unie par ville	57
Figure 13- 3: Sentiment que les personnes ACN sont dignes de confiance par ville	57
Figure 13- 4: Sentiment d'existence de nombreuses opportunités de travailler avec les personnes ACN sur des problèmes affectant la communauté noire par ville	57
Figure 13- 5: Sentiment d'existence de nombreux groupes communautaires ACN qui soutiennent la communauté par ville	57

Résumé

Rapport communautaire de l'Étude A/C : Le VIH chez les Africains, Caribéennes et Noirs (ACN) en Ontario

Contexte :

Les communautés africaines, caribéennes et noires (ACN) de l'Ontario sont fortement touchées par le VIH. Les personnes ACN ne représentent que 5% de la population ontarienne, mais représentent régulièrement 25% des nouveaux diagnostics de VIH. Le but de ce rapport communautaire est de présenter les principales conclusions et actions clés de l'Étude A/C - une étude qui a été menée pour comprendre les facteurs qui influent sur le VIH chez les personnes ACN en Ontario. Les informations contenues dans ce rapport peuvent être utilisées pour aider à mobiliser des actions communautaires, des politiques, des programmes et d'autres recherches pour aider à réduire l'impact du VIH dans les communautés ACN.

Approche de recherche :

L'Étude A/C a été réalisée par une équipe composée principalement de chercheurs et de prestataires de services ACN à Toronto et à Ottawa. L'Étude A/C est un projet de recherche communautaire, et des personnes des communautés ACN ont joué un rôle de premier plan dans tous les aspects du projet. La première phase a recueilli des données auprès de 1 380 personnes qui représentaient un large échantillon représentatif des communautés ACN. La collecte de données au cours de cette phase comprenait une enquête, une collecte d'un échantillon de sang qui a été utilisé pour dépister le VIH, un lien avec des données administratives de santé et un test de dépistage du VIH au point de service pour les participants qui voulaient connaître leur statut VIH. La deuxième phase a consisté en un atelier

en ligne de deux jours au cours duquel des informations sur l'Étude A/C ont été partagées avec le public pour discussion. Douze groupes de discussion ont eu lieu pendant l'événement pour recueillir des informations sur la réaction du public aux résultats de l'Étude A/C.

Principales conclusions :

Les principales conclusions de l'étude, classées par domaine thématique, sont les suivantes :

Infection par le VIH

Notre étude a révélé que les participants qui subissent un plus grand désavantage social étaient plus susceptibles d'être testés positifs au VIH. Divers déterminants sociaux tels que l'éducation, l'expérience d'immigration, le statut d'emploi et l'identité de genre ont été utilisés pour évaluer la vulnérabilité au VIH. Nos résultats ont également montré que les participants âgés de 50 à 59 ans étaient plus susceptibles d'avoir un test de dépistage positif au VIH que les participants plus jeunes. Alors que les personnes recrutées dans les organisations de services de lutte contre le sida étaient plus susceptibles d'être testées positives pour le VIH, seuls 13% des participants recrutés dans ces organisations ont été testés positifs, démontrant ainsi que les personnes ACN accèdent à celles-ci pour diverses raisons.

Pratiques sexuelles et santé sexuelle

L'échange de rapports sexuels contre des drogues, de l'argent, des biens ou des services ne semble pas être un facteur principal de transmission du VIH dans les communautés ACN en Ontario. Cependant, les facteurs qui affectent le risque de VIH chez les participants à l'Étude A/C comprenaient le fait d'avoir

plusieurs partenaires sexuels (réguliers et occasionnels) et de faibles niveaux d'utilisation du préservatif. Ainsi, les pratiques sexuelles se sont avérées être un facteur pertinent influençant le risque de VIH chez les personnes ACN. Des substances, principalement de l'alcool et de la marijuana, étaient couramment utilisées pendant les rapports sexuels, ce qui peut nuire aux pratiques de prévention telles que l'utilisation du préservatif.

Conseil et dépistage du VIH

La plupart des participants au sondage (69%) avaient subi le test de dépistage du VIH au moins une fois, et la grande majorité ne vivait pas avec le VIH (89% ; également appelé « séronégatifs »). Les obstacles à l'obtention d'un test de dépistage du VIH comprenaient la stigmatisation, la peur d'être expulsé en cas d'infection au VIH, le manque d'informations sur le VIH, le manque de connexion aux soins de santé, et les mauvaises relations avec les prestataires de soins de santé. Offrir plus d'options de dépistage du VIH, comme l'auto-dépistage à domicile, pourrait aider les personnes ACN à éviter certains des obstacles sociaux et structurels au dépistage du VIH.

Connaissance de la transmission et de l'acquisition du VIH

Le niveau d'éducation, la langue et la situation professionnelle ont eu un impact significatif sur les connaissances des participants sur la transmission et l'acquisition du VIH. Ceux qui avaient moins d'années de scolarité, ceux qui étaient sous-employés / sans emploi et les francophones avaient des niveaux de connaissances inférieurs. Nos résultats ont également indiqué que la plupart des participants à l'enquête avaient des connaissances précises sur le VIH, même si une proportion substantielle avait des informations inexactes ou aucune connaissance du tout. Les membres de la communauté ACN ont également exprimé leur inquiétude quant à la diminution des niveaux de connaissances dans leurs communautés.

Soins et traitement du VIH

Environ 87% des participants qui sont des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient sous les soins d'un professionnel de la santé. La plupart (88%) des participants à l'enquête qui sont des PVVIH prenaient des médicaments prescrits pour l'infection au VIH, de sorte que la grande majorité des PVVIH ACN avaient accès au traitement anti-VIH. Environ 7% des participants à l'enquête qui étaient des PVVIH ont eu leur maladie diagnostiquée au cours de la dernière année.

Accès et utilisation des services de santé et sociaux

Dans l'ensemble, cette étude a établi que les personnes ACN faisaient face à de nombreux obstacles pour accéder aux services de santé et aux services sociaux. De plus, ceux qui ont répondu au sondage en français étaient moins susceptibles d'avoir un prestataire de soins de santé primaires que ceux qui l'ont rempli en anglais, mais ils étaient plus susceptibles d'avoir accès à des médecins spécialistes. Par conséquent, les personnes ACN francophones étaient généralement désavantagées d'une manière qui aurait pu compromettre l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

Racisme anti-noir et autres formes d'oppression

Les participants à l'enquête ont indiqué que le racisme, le sexisme et la xénophobie (en fonction du statut d'immigrant) étaient les trois principales raisons de subir un traitement injuste. Ces trois facteurs entraînent une oppression systémique qui écarte les communautés ACN, les rendant vulnérables à une mauvaise santé et à de mauvais résultats sociaux et économiques. De nombreux participants aux groupes de discussion ont décrit des expériences de racisme systémique dans le système de soins de santé et dans la société canadienne dans son ensemble. L'information sur les droits de l'homme était considérée comme un moyen de lutter contre le racisme systémique contre les noirs dans le secteur de la santé

Expérience d'immigration

Les immigrants ACN qui vivaient au Canada plus longtemps étaient plus susceptibles de faire des études postsecondaires, d'occuper un emploi à temps plein, d'avoir un fournisseur de soins de santé primaires et de n'avoir aucune difficulté à répondre aux besoins de base avec le revenu de leur ménage. Cependant, les participants qui avaient vécu au Canada pendant 5 à 9 ans étaient plus susceptibles d'avoir moins de connaissances sur le VIH que les autres immigrants et ceux nés au Canada. Nous avons également constaté que, à mesure que le temps passé au Canada augmentait, la probabilité de subir un traitement injuste augmentait également ainsi que la susceptibilité d'attribuer ce traitement au racisme plutôt qu'au statut d'immigrant.

Soutien social communautaire

De nombreux participants au sondage (30% à 49% dans chaque ville) étaient d'accord avec les déclarations indiquant qu'il y avait un soutien social dans leurs communautés, mais une proportion importante (8% à 28% dans chaque ville) n'était pas d'accord avec ces déclarations. Les niveaux de soutien social différaient également selon la ville (c.-à-d. Toronto ou Ottawa), car les participants de Toronto étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux inférieurs de soutien social dans les communautés ACN par rapport à ceux d'Ottawa. Les participants ont identifié les organisations communautaires, les pairs et les modèles de rôle comme des ressources importantes pour lutter contre le VIH dans les communautés ACN.

Actions clés :

Les principales actions identifiées sur la base des résultats de l'Étude A/C sont présentées ci-dessous, et elles ont été classées par niveau dans un cadre socio-écologique modifié. Reconnaissant que certaines de ces actions nécessitent des changements complexes qui nécessitent une collaboration entre de multiples parties prenantes, ni les actions ni leurs niveaux dans le cadre n'identifient une partie responsable des changements.

Leadership ACN :

Le leadership ACN est nécessaire pour lutter contre le VIH, le racisme anti-noir et les problèmes sociaux et de santé affectant les communautés ACN.

- Créer une structure de gouvernance dirigée par les communautés ACN pour coordonner la collecte, l'accès, l'analyse, l'interprétation, ainsi que la dissémination des données systématiques désagrégées collectées sur la race et l'équité dans les secteurs de la santé et des services sociaux.
- Tirer parti des atouts de la communauté, y compris le leadership politique et religieux, dans les efforts visant à lutter contre le racisme anti-noir, les problèmes sociaux et de santé affectant les communautés ACN.
- Impliquer les organisations confessionnelles et locales dans la réponse au VIH dans les communautés ACN.
- Augmenter le sentiment de communauté et de connexion parmi les personnes ACN.

Actions structurelles/politiques :

Un changement de politique est nécessaire pour résoudre les facteurs structurels qui affectent négativement les communautés ACN.

- Développer des interventions qui s'attaquent aux désavantages structurels qui rendent les personnes ACN plus vulnérables à l'infection par le VIH.
- Développer des interventions qui protègent

le bien-être social et économique des personnes ACN vivant avec le VIH.

- Plaider pour une diffusion généralisée des tests d'auto-dépistage de VIH au Canada.
- Inclure le conseil et le dépistage du VIH dans le cadre des examens de santé de routine.
- Lever les obstacles socio-économiques à l'accès à la prophylaxie préexposition (PrEP)/prophylaxie post-exposition (PPE).
- Garantir l'accès aux soins et au traitement du VIH, indépendamment du statut de résidence ou d'autres facteurs.
- Lutter contre le racisme, le sexisme et la xénophobie contre les personnes ACN dans toutes les interventions visant à réduire les désavantages structurels affectant les communautés ACN.
- Développer des interventions structurelles pour assurer la reconnaissance de l'expérience professionnelle et la formation des immigrés ACN.

Actions liées à la recherche :

La recherche reste un outil important pour la production de connaissances, le développement des interventions et le plaidoyer

- Estimer la prévalence et l'incidence du VIH dans les communautés ACN.
- Estimer le niveau de suppression virale chez les personnes ACN vivant avec le VIH.
- Recueillir ou synthétiser les données existantes pour évaluer les performances des communautés ACN le long de la cascade 90-90-90.
- Mener davantage de recherches sur l'efficacité clinique et les impacts sociaux de la PrEP/PPE sur les communautés ACN, en particulier les femmes ACN.

- Recueillir des données pour évaluer dans quelle mesure les inégalités d'accès à l'information et aux services sociaux et de santé liée au VIH existent pour les personnes ACN en général et les personnes ACN francophones en particulier.
- Recueillir des données pour évaluer dans quelle mesure la discrimination sur le marché du travail existe pour les personnes ACN en général, et les immigrants ACN en particulier.

Actions liées à la fourniture de services :

L'accès aux services de santé et aux services sociaux, ainsi que l'expérience acquise lors de l'utilisation de ces services sont tous deux importants.

- Offrir une formation sur la lutte contre l'oppression, la discrimination et les préjugés inconscients aux prestataires de services de santé et de services sociaux.
- Développer et évaluer des interventions pour améliorer les connaissances et les compétences des prestataires de services de santé et de services sociaux en matière de services ethno-raciaux adaptés aux personnes ACN.
- Lutter contre le racisme anti-noir, la xénophobie et le protectionnisme dans toutes les interventions visant à aider les immigrants à s'établir et à s'intégrer dans la société canadienne.
- Identifier les modèles optimaux pour fournir des services de santé, sociaux et liés au VIH aux communautés ACN.
- Créer une structure pour garantir que les parties prenantes des ACN puissent utiliser au mieux les données pour l'élaboration de programmes et le plaidoyer en matière de politique.

Actions au niveau communautaire :

Il est nécessaire de prendre des mesures au niveau communautaire pour s'attaquer aux problèmes de VIH, de santé et de société dans les communautés ACN.

- Accroître la disponibilité et l'accessibilité des informations relatives au VIH pour les communautés ACN.
- Lutter contre la stigmatisation du VIH dans les communautés ACN, qui constitue un obstacle à l'acceptation et au partage d'informations sur le VIH.
- Promouvoir la PrEP / PPE en tant qu'outil de prévention du VIH pour les personnes ACN.
- Renforcer l'accès à l'information sur les droits civiques et de santé des consommateurs pour les personnes ACN..

Actions au niveau individuel :

Bien que les facteurs au niveau individuel soient insuffisants pour lutter seuls contre le VIH, ils jouent toujours un rôle important dans le risque de VIH.

- Fournir une éducation sur les risques de VIH lorsque l'alcool et la marijuana sont utilisés pendant les rapports sexuels.
- Fournir une formation continue sur le VIH et les ressources disponibles à toutes les personnes ACN, pas seulement aux nouveaux immigrants.
- Accroître les connaissances sur le VIH chez les jeunes ACN et les personnes nées au Canada.
- Inclure des informations sur le délai entre l'exposition au VIH et un résultat de test positif dans les programmes d'éducation à la santé et au VIH.
- Promouvoir les avantages de la détection précoce (traitement précoce, longévité et réduction de la propagation du VIH)

- Accroître la sensibilisation sur la prévalence et l'incidence du VIH au Canada et dans les communautés ACN en particulier.

Chapitre 1: Contexte



Chapitre 1: Contexte

Les communautés noires sont-elles touchées de manière disproportionnée par le VIH en Ontario?

Les communautés Africaines, Caribéennes et Noires (ACN)¹, qui incluent des personnes des pays des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne, est l'un des six groupes de population en Ontario qui sont les plus touchés par le VIH et qui ont donc été priorisés pour la prévention, les soins, le traitement et le soutien du VIH (Ontario HIV Treatment Network, s.d.-a). Ces populations sont plus vulnérables au VIH en raison des déterminants sociaux de la santé² et de facteurs structurels³ qui menacent la santé et le bien-être (Ontario HIV Treatment Network, s.d.-b). Même si les noirs ne constituent qu'environ 5% de la population de l'Ontario (Government of Canada, 2017), en 2017, ils représentaient environ 29,3% de tous les nouveaux diagnostics (Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative, s.d.).

Que nous disent les données de surveillance des maladies existantes sur le VIH dans les communautés noires de l'Ontario?

«Les données provinciales existantes de surveillance du VIH ne contiennent pas toujours d'informations sur la race ou l'origine ethnique, et par conséquent, de nombreuses personnes ACN séropositives peuvent être manquées» (Mbuagbaw et al, 2020, p. 1). Ces personnes ACN vivant avec le VIH «comprennent les résidents de l'Ontario dont le test est positif et les personnes vivant avec le VIH qui migrent en Ontario en provenance d'autres provinces [canadiennes] [ou d'autres] pays et dont le test est positif en Ontario pour la première fois» (Mbuagbaw et al, 2020, p. 1). En partie en raison du manque d'informations cohérentes sur la race ou l'appartenance, ethnique, les données et les estimations sur la prévalence du VIH dans les communautés ACN n'ont pas été disponibles

¹L'expression «Africains, Caribéennes et Noirs (ACN)» est utilisée pour ceux qui s'identifient comme Noirs, ce qui est une catégorie raciale mais inclut également l'ethnicité, reconnaissant ainsi la diversité ethnique de la population noire de l'Ontario et des deux régions d'où provient la majorité de la population noire. Cependant, malgré la diversité ethnique de cette population, ses membres sont liés par la race en raison d'un sentiment d'histoire commune et d'une expérience d'exclusion sociale résultant de la xénophobie, du racisme anti-Noir et de l'exploitation due au colonialisme et à l'esclavage. En outre, les Noirs de l'Ontario s'organisent à la fois en fonction de leur race et de leur origine ethnique. Il existe des organisations communautaires axées sur les problèmes collectifs des Noirs ainsi que des organisations spécifiques aux régions ou aux groupes ethniques. Ainsi, le terme ACN reconnaît les différentes façons dont la population noire de l'Ontario s'organise.

²Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des individus et des populations. Celles-ci peuvent avoir un impact direct ou indirect sur la santé (c'est-à-dire par d'autres facteurs) et elles aident à façonner le contexte de la vie et des modes de vie des gens. Des exemples de déterminants sociaux de la santé comprennent le niveau de revenu, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe, la race et l'origine ethnique et les réseaux de soutien social.

³Les facteurs structurels sont ceux qui opèrent à l'échelle du système et sont responsables des inégalités entre les groupes. Ceux-ci agissent souvent par le biais de déterminants sociaux de la santé pour influencer les résultats en matière de santé. Les facteurs structurels sociaux et économiques qui ont un impact sur la santé des individus et de la population comprennent : le racisme anti-noir, l'homophobie, d'autres formes de discrimination et d'exclusion sociale, la répartition des revenus, la sécurité des revenus, l'insécurité alimentaire et la distribution des services de santé.

pour les chercheurs et autres parties prenantes. Par conséquent, il est difficile de quantifier la mesure dans laquelle le VIH affecte les communautés ACN de l'Ontario. « De plus, la surveillance provinciale ne saisit pas toujours des informations détaillées sur les facteurs associés à l'acquisition et à la transmission du VIH (comme les comportements sexuels à risque et la consommation de substances) ou les déterminants plus larges de la santé qui peuvent accroître la vulnérabilité au VIH chez les personnes ACN. En 2016 et 2017, les données sur la race/l'origine ethnique et la catégorie d'exposition n'étaient disponibles que pour 47,4% et 49,3% des cas, respectivement » (Mbuagbaw et al, 2020, p. 1).

Pourquoi les données de surveillance et de recherche sont-elles importantes ?

Les données issues de la surveillance et de la recherche en santé fournissent des preuves fondamentales pour éclairer la prestation d'interventions réactives qui sont complètes et culturellement appropriées;⁴ celles-ci représentent une stratégie clé pour améliorer la santé et le bien-être des personnes ACN en Ontario (Mbuagbaw et al, 2020). «Comprendre les expériences vécues et les déterminants de la santé des personnes ACN - y compris l'accès aux services de santé - est essentiel pour s'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité au VIH et fournir des services VIH efficaces et spécifiques» (Mbuagbaw et al., 2020, p. 2). Pour les personnes ACN vivant avec le VIH, il est particulièrement important de collecter des données sur plusieurs formes de

discrimination et d'oppression simultanément, car l'intersection de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH avec d'autres systèmes d'oppression s'appuie sur les obstacles connus à la santé et au bien-être (Kerr et al., 2018; (Ontario HIV Treatment Network, n.d.-a).

Pourquoi mener l'Étude A/C?

Le but de l'Étude A/C était : d'améliorer la compréhension des facteurs sous-jacents qui augmentent le risque de VIH et la vulnérabilité dans les communautés ACN ; et pour éclairer la politique et la pratique en Ontario en ce qui concerne la prévention du VIH, les soins et le soutien aux personnes ACN.

⁴L'adéquation culturelle nécessite une sensibilité et une prise de conscience des différences culturelles et les met en action en adaptant les interventions de santé pour répondre aux besoins des différents groupes culturels. Des exemples d'approches pour améliorer la pertinence culturelle comprennent: la conception de matériel de communication (p. Ex. Brochures, dépliants, affiches, vidéos, etc.) de manière à plaire à un groupe culturel donné; fournir des informations / preuves spécifiques à un groupe culturel donné; fourniture de services et / ou de matériels dans la langue dominante ou native d'un groupe cible; embaucher du personnel ou former des pairs du groupe cible; et reconnaître les valeurs culturelles, les croyances et les comportements du groupe, et les renforcer et les développer pour développer des programmes et des services pour le groupe (Kreuter et al., 2003).

Chapitre 2: À propos de l'Étude A/C

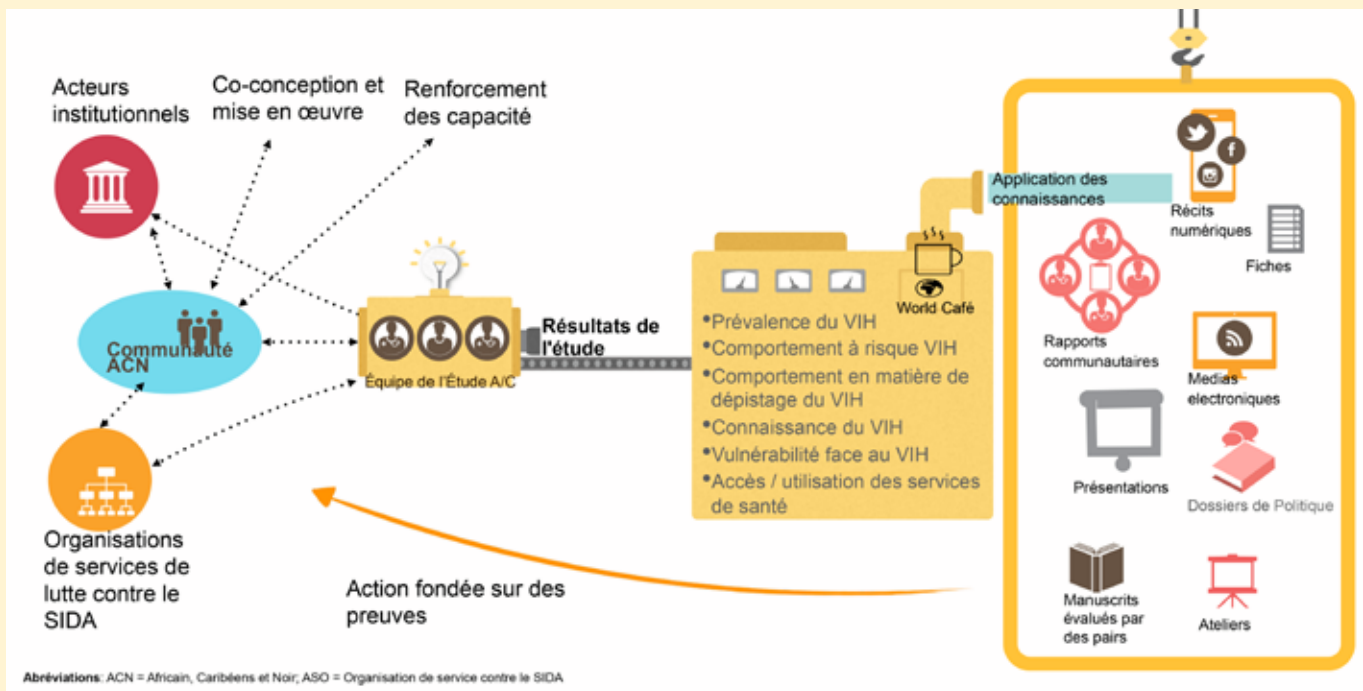


Chapitre 2: À propos de l'Étude A/C

Une équipe composée principalement de chercheurs et de fournisseurs de services Africains, Caribéennes et Noirs (ACN) a élaboré l'Étude A/C à Toronto et à Ottawa. L'Étude A/C était un projet de recherche communautaire et les parties prenantes de l'ACN ont joué un rôle de premier plan dans tous les aspects du projet. L'étude visait à estimer la prévalence du VIH et à déterminer les principaux facteurs qui influencent le risque et la vulnérabilité du VIH parmi les communautés ACN des deux

villes. Les résultats serviront à promouvoir la compréhension et à soutenir les actions de riposte au VIH parmi les communautés ACN, telles que les politiques d'information et les programmes susceptibles de prévenir la transmission du VIH et de promouvoir la santé. La figure 2-1 donne un aperçu de la structure, des valeurs et des connaissances clés de l'Étude A/C. Les méthodes de recherche de l'étude sont décrites à l'annexe A.

Figure 2- 1: Schéma de l'Étude A/C



Quels étaient les objectifs de l'Étude A/C?

Comme le montre la figure 2-1, les principaux objectifs de l'étude A/C étaient de décrire: (1) la prévalence du VIH, (2) les comportements associés à la transmission du VIH, (3) les comportements de dépistage du VIH, (4) les connaissances de base liés à la transmission et à l'acquisition du VIH, (5) les principaux facteurs individuels et structurels qui affectent la vulnérabilité au VIH, et (6) les antécédents de soins et de traitement pour le VIH ainsi que l'accès et l'utilisation des services de santé (Mbuagbaw et al., 2020).

Pourquoi mettre en œuvre l'étude A/C en ce moment?

Bien que le VIH ne soit pas un problème au Canada dans la même mesure que dans d'autres régions du monde, certains groupes de population au Canada sont plus touchés que d'autres par le VIH. De plus en plus de preuves collectées au cours des deux dernières décennies ont montré que les communautés ACN sont affectées de manière disproportionnée par le VIH. Malgré les preuves accumulées à ce jour, cependant, il existe encore beaucoup d'incertitude sur la façon dont les personnes ACN sont affectées par le VIH. Par exemple, dans cinq cas de VIH sur 10 en Ontario, il n'y a aucune information sur l'origine ethnique ou raciale des personnes diagnostiquées (Mbuagbaw et al., 2020). Cela signifie qu'il existe une certaine incertitude quant à l'étendue du VIH parmi les personnes ACN en Ontario. Des informations plus complètes sont nécessaires sur les moyens de subsistance, les défis et les expériences des personnes ACN vivant avec le VIH en Ontario. De plus, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour élucider les facteurs associés à l'exposition au VIH dans les communautés ACN, car les informations existantes sur les raisons et la manière dont les personnes ACN en Ontario

sont exposées au VIH ne sont pas adéquates. Sans une meilleure connaissance, nous sommes incapables de développer des programmes et des politiques plus efficaces pour lutter contre les disparités liées au VIH dans les communautés ACN. En outre, les personnes ACN ont besoin de meilleures informations pour aider à informer le plaidoyer, l'activisme, l'éducation et la mobilisation communautaire liés à la santé et au bien-être.

Quelle était la composition de l'équipe?

La direction de l'Étude A/C et la majeure partie de l'équipe de recherche étaient composées de chercheurs et de prestataires de services expérimentés dans les établissements et les communautés ACN. L'équipe de l'étude A/C comprenait un large éventail d'intervenants possédant une expertise et une expérience démontrées dans les soins de santé, la recherche, l'élaboration de programmes, de politiques de développement et la défense des intérêts auprès des communautés ACN en Ontario. De nombreux membres de l'équipe de recherche se trouvaient dans des organisations de lutte contre le sida. L'équipe de recherche est répertoriée à l'annexe B.

Quelles valeurs ont guidé l'Étude A/C?

- **Gérance communautaire:** Les membres de la communauté ACN, les chercheurs et les fournisseurs de services ont participé activement à toutes les phases et processus de l'Étude A/C.
- **La diversité:** «Les communautés ACN partagent des points communs, mais elles ne sont pas homogènes» (Mbuagbaw et al., 2020, p. 2). L'étude A/C a capturé et reflété cette diversité, y compris les défis et les forces qu'elle confère, «pour faire du projet et de ses conséquences un succès» (Mbuagbaw et al., 2020, p. 2).

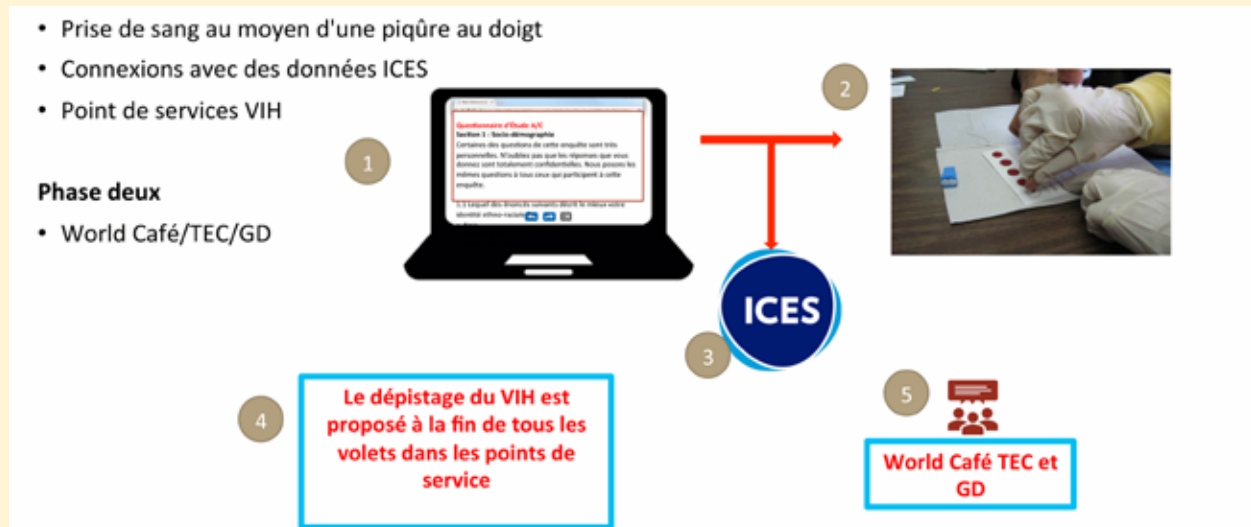
- Renforcement des capacités: « Les communautés ACN possèdent des ressources (en particulier des connaissances et des capacités) qui peuvent éclairer le travail des chercheurs et [des décideurs]. L'étude A/C [aspirait] à autonomiser [les communautés ACN] et à accroître la capacité des prestataires de services travaillant avec ces communautés à résoudre les problèmes liés au VIH (Mbuagbaw et al., 2020, p. 2).
- Intégrer les connaissances et l'action: « L'équipe de l'étude A/C a réuni des chercheurs et des utilisateurs des connaissances ([c'est-à-dire] des prestataires de services, des personnes vivant avec le VIH, etc.) pour développer, partager et utiliser en collaboration les connaissances générées par [l'étude]... Les connaissances générées... seront diffusés pour répondre aux besoins des diverses parties prenantes, tout en maintenant et en respectant la dignité des personnes ACN » (Mbuagbaw et al., 2020, p. 2-3).
- Le respect: L'étude A/C a démontré du respect pour tous les participants et en général pour les communautés ACN de Toronto et d'Ottawa. Cela inclut de répondre honnêtement et en temps opportun aux questions sur la recherche, de garantir la confidentialité de tous les participants, de rendre compte de l'étude en temps opportun pour faciliter une meilleure compréhension et de mener la recherche dans l'intérêt de la promotion du bien-être de la communauté.
- Éthique: L'étude A/C a été menée selon les normes éthiques les plus élevées et l'étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche de cinq établissements: Santé publique de Toronto, Santé publique Ottawa, Université Laurentienne, Université d'Ottawa et Université de Toronto.
- Rigueur scientifique: L'Étude A/C s'est appuyée sur l'expertise de chercheurs et de méthodologistes expérimentés pour s'assurer que cette recherche scientifique était menée selon les normes méthodologiques les plus élevées.
- Co-conception et mise en œuvre: L'équipe de l'étude A/C (y compris les chercheurs et les utilisateurs des connaissances) a travaillé en collaboration pour prendre des décisions concernant l'étude, tout en reconnaissant que les co-chercheurs principaux étaient ultimement responsables de la gestion du budget et des rapports aux bailleurs de fonds.

Quels étaient les éléments de l'Étude A/C?

L'étude A/C se composait de deux phases, illustrées à la figure 2-2. La phase un a recueilli des données auprès de 1380 personnes et comprenait:

- une enquête en ligne qui a couvert les caractéristiques sociodémographiques (c'est-à-dire l'âge, l'éducation, etc.), les pratiques sexuelles et de consommation de substances liées au VIH, les connaissances liées au VIH, le dépistage du VIH, les soins et le traitement du VIH, le don de sang, les expériences de stigmatisation de la discrimination, les expériences de racisme et d'autres formes de discrimination, l'accès aux systèmes et services de santé et leur utilisation, et le soutien social communautaire;
- une piqûre au doigt pour prélever un échantillon de sang qui a été utilisé pour le test des taches de sang séché afin de déterminer le statut VIH;
- lien avec les données administratives sur la santé détenues par le ICES; et
- dépistage du VIH au point de service pour les participants qui souhaitaient recevoir les résultats de leur test VIH.

Figure 2- 2: Composantes de l'Étude A/C



La deuxième phase consistait en un événement World Café, un atelier virtuel de deux jours qui a favorisé le partage des connaissances. Douze groupes de discussion (GD) organisés pendant l'événement ont été utilisés pour recueillir des données qualitatives supplémentaires afin d'augmenter les données de l'enquête. Cinquante personnes ont participé aux discussions de groupe le premier jour et 57 ont participé au deuxième jour. Les groupes de discussion portaient sur les sujets suivants: la recherche en santé avec les communautés ACN, le dépistage du VIH et le conseil, les expériences de réponse aux besoins de base, la vulnérabilité et les risques liés au VIH, l'accès aux services et les connaissances liées au VIH.

Pourquoi l'équipe de recherche a-t-elle lié les participants à l'Étude A/C aux données administratives sur la santé?

Le but de cette composante de l'Étude A/C était de mieux comprendre comment les personnes ACN vivant à Toronto et à Ottawa accèdent aux services de santé et les utilisent. L'information sera utilisée pour déterminer les services de

santé que les personnes ACN de Toronto et d'Ottawa utilisent, comment elles utilisent ces services et comment cela affecte leur santé. Les individus ne peuvent pas être identifiés à partir du lien.

Quels sont les résultats attendus de l'Étude A/C?

L'étude A/C fournira la première image complète de la façon dont le VIH affecte les communautés ACN en Ontario. Nous nous attendons à ce que la recherche va:

- accroître les connaissances de base liées à la transmission et à l'acquisition du VIH parmi les communautés ACN,
- identifier les principaux facteurs individuels et structurels susceptibles d'influencer l'exposition possible (ou non) des personnes ACN au VIH,
- faire la lumière sur la mesure dans laquelle le système de soins de santé peut contribuer ou entraver la lutte contre le VIH, et

- démontrer la mesure dans laquelle les liens avec les communautés noires et les expériences de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, de racisme anti-noir et d'autres formes d'oppression peuvent contribuer à propager ou arrêter le VIH.
- et des ateliers

L'équipe partagera les résultats avec les chercheurs ACN et les agences communautaires qui se concentrent sur l'amélioration de la santé et du bien-être dans les communautés ACN. Les résultats mèneront à des actions fondées sur des données probantes en: renforçant les programmes et services pour promouvoir la santé parmi les personnes ACN, en aidant à renforcer le plaidoyer et l'activisme liés à la santé et au bien-être au sein des communautés ACN, et en aidant les communautés ACN à exercer un pouvoir et un contrôle sur leur accès à la santé prestations de service. Les données générées par l'Étude A/C seront « détenues » par l'équipe de recherche. L'équipe de recherche établira un groupe de travail communautaire pour s'assurer que les données sont accessibles aux parties prenantes communautaires pour soutenir l'élaboration de programmes, le plaidoyer, l'engagement communautaire et d'autres recherches.

Quels produits d'application des connaissances devrait-on espérer a la fin de l'étude A/C?

En plus de ce rapport communautaire et des fiches d'information qui y sont intégrées, l'équipe de l'Étude A/C s'engage à générer des produits de connaissances pour les chercheurs et les fournisseurs de services, qui sont résumés à la figure 2-1. Par exemple, il y aura des articles publiés dans des revues à comité de lecture pour les chercheurs. De plus, l'équipe de recherche créera des notes d'orientation pour les prestataires de services. Pour de multiples publics, l'équipe de recherche produira des histoires numériques et offrira des présentations

Chapitre 3: À propos de ce rapport



Chapitre 3:

À propos de ce rapport

Quel est le public cible?

Le public cible de ce rapport est constitué des membres de la communauté africaine, caribéenne et noire (ACN), des prestataires de services (en particulier dans les secteurs de la santé et des services sociaux) qui travaillent avec les personnes ACN et des organisations de services de lutte contre le sida (ASO). Nous reconnaissons qu'un public plus large serait intéressé par ce rapport, il est donc rédigé pour attirer également les décideurs, les chercheurs et les bailleurs de fonds de programmes, de services et de recherche.

Pourquoi avons-nous choisi la communauté ACN comme public cible?

Il est impératif de donner aux membres de la communauté ACN les moyens de diriger les efforts de lutte contre le VIH et d'autres problèmes sanitaires et sociaux affectant les communautés ACN. Le leadership communautaire a été essentiel dans la lutte contre le VIH à ce jour, car c'est le leadership communautaire qui nous a amenés à ce stade où: les communautés ACN sont reconnues comme une population prioritaire pour la prévention, le soutien et les soins du VIH; des données fondées sur la race sont collectées pour les nouveaux diagnostics de VIH afin de nous aider à estimer l'incidence du VIH dans les communautés ACN; un financement spécifique a été alloué aux ASO, programmes et services axés sur le VIH parmi les personnes ACN; et

la recherche sur le VIH axée sur les personnes ACN réussit à attirer des financements. L'une des valeurs qui a guidé l'étude A/C est l'intégration des connaissances et de l'action.

Comment ce rapport est-il organisé?

Ce rapport est organisé en 14 chapitres qui s'alignent sur les chapitres d'un rapport de recherche traditionnel. Les deux premiers chapitres fournissent respectivement des informations contextuelles liées à cette recherche et un aperçu du processus de recherche. Ce chapitre donne un aperçu du rapport et vise à orienter les lecteurs vers le document. Les 10 chapitres suivants présentent les résultats de l'étude A/C. Chacun de ces chapitres compte environ trois pages et est conçu pour fonctionner comme une fiche d'information autonome, afin que les lecteurs puissent choisir de lire le rapport en entier ou les parties les plus pertinentes ou intéressantes pour eux. Les chapitres sur les résultats sont suivis d'un chapitre sur les conclusions et recommandations qui intègre les discussions de la section sur les implications des chapitres sur les résultats. Ce chapitre se veut académique par nature, il cite donc des recherches et d'autres preuves pour étayer les affirmations faites dans les chapitres sur les résultats. Ce chapitre applique une optique socio-écologique à l'interprétation des résultats de l'étude A/C. Le dernier chapitre est suivi d'une annexe technique qui rend compte des méthodes de recherche utilisées dans l'étude

A/C; il s'inspire largement du protocole de l'étude publié et évalué par les pairs. En outre, ce rapport est accompagné d'un résumé analytique complet qui reprend les principales conclusions et actions clés de chaque chapitre sur les résultats

Pourquoi les chapitres sont-ils structurés sous forme de fiches d'information?

Étant donné que le public cible du rapport est constitué des membres de la communauté, des prestataires de services et des ASO, il était important de rédiger le rapport de manière plus accessible. Cela signifiait de garder la rédaction brève et simple, organiser les informations en sujets spécifiques, distiller les informations en parties significatives mais compréhensibles et identifier les actions pour résoudre les problèmes. Par expérience, nous avons pensé que les chapitres rédigés sous forme de puces et organisés en utilisant un modèle défini seraient plus appropriés que les chapitres traditionnels..

Quelles sont les sections des chapitres?

En général, les chapitres sont divisés en sections suivantes:

- Principaux résultats : un résumé des principales conclusions de l'étude en rapport avec le sujet présenté;
- Actions principales : déclarations identifiant les actions pour résoudre les problèmes soulevés dans le chapitre;
- Ce que nous avons trouvé:
 - Les résultats quantitatifs de l'enquête sont présentés dans la sous-section « Faits à l'appui », et le texte et les graphiques sont utilisés pour fournir des statistiques

récapitulatives, et

- Les résultats qualitatifs (lorsqu'ils sont disponibles) des discussions des groupes de discussion sont présentés dans la sous-section « En leurs propres termes » en utilisant un texte pour résumer les réponses et des citations illustratives ; et
- Implications en matière de politique et de la pratique: une discussion des implications des résultats, qui s'appuie sur des preuves plus larges et applique une lentille socio-écologique qui prend en compte les déterminants sociaux de la santé et les déterminants structurels des inégalités lors de la contextualisation et de l'interprétation des résultats de l'étude A/C.

Comment utiliser ce rapport?

Certains ou tous les chapitres de ce rapport peuvent vous intéresser. Étant donné que les chapitres sont conçus pour être autonomes, vous pouvez accéder directement aux chapitres que vous souhaitez lire ou lire l'intégralité du rapport. En lisant ce rapport, réfléchissez sur la façon dont les problèmes identifiés vous affectent, vous et vos amis, votre famille, vos voisins, vos collègues et la société en général. Pensez également à ce que vous pouvez faire dans votre communauté pour aider.

Comment devez-vous interpréter ce rapport?

Gardez à l'esprit que les chiffres ne donnent qu'un aperçu des expériences vécues par les personnes ACN et, dans de nombreux cas, des recherches supplémentaires peuvent être nécessaires pour clarifier certains résultats. Le rapport ne vise pas à « pointer du doigt » des groupes de personnes et ne doit pas être utilisé pour blâmer qui que ce soit. Il est également important de considérer ces résultats dans le contexte sociétal plus large dans lequel vivent les personnes ACN.

L'étude A/C est transversale, ce qui signifie qu'elle représente un aperçu à un moment donné dans la vie des personnes ACN. Il ne s'agit pas de déduire que les choses ont toujours été ou seront toujours telles que présentées dans ce rapport.

Si l'un des messages du rapport n'est pas clair pour vous, veuillez contacter l'équipe de recherche pour obtenir des conseils. Notre adresse e-mail est acstudy@whiwh.com.

Chapitre 4: Caractéristiques des participants à l'Étude A/C



Chapitre 4:

Caractéristiques des participants à l'Étude A/C

Résumé des Caractéristiques des Participants

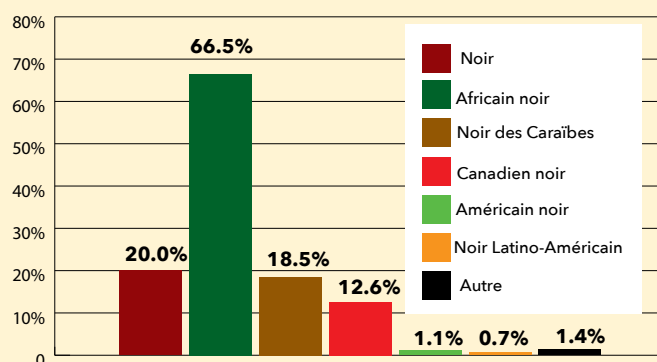
- **1 380 personnes des communautés africaines, caribéennes et noires (ACN) âgées de 15 à 64 ans et résidant soit à Ottawa soit à Toronto ont participé à l'enquête.**
- **50 personnes des communautés ACN et d'autres parties prenantes âgées de 18 ans et plus ont participé aux groupes de discussion le premier jour et 57 y ont participé le deuxième jour.**
- **Les répondants à l'enquête étaient diversifiés en ce qui concerne leur identité noire, leur orientation sexuelle, leur groupe d'âge, leur niveau d'éducation et leur situation professionnelle.**
- **Malgré cette diversité, certains groupes peuvent avoir été sous-représentés ou difficiles à atteindre. Ces groupes comprennent des personnes originaires des Caraïbes et des personnes âgées de 50 ans et plus.**

Qui y a participé

L'enquête

- 61,9 % des participants à l'enquête résidaient dans la région du grand Toronto et 38,1 % dans la région de la capitale.
- Les participants ont eu le choix entre plusieurs identités ethniques ; 66,5% se sont identifiés comme noirs africains, 20,0% comme noirs, 18,5% comme noirs des Caraïbes et 12,6% comme noirs canadiens.
- 75,1 % des participants sont nés hors du Canada et 21,6 % sont nés au Canada.

Figure 4- 1: Ethnicité



- 92,5 % des participants ont répondu à l'enquête en anglais, et 7,5 % l'ont fait en français. Il est probable que certains participants francophones aient répondu à l'enquête en anglais.
- 1,5 % des participants ne se sont identifiés comme étant ni hommes ni femmes.
- 78,6 % des participants se sont identifiés comme hétérosexuels, suivis par 6,3 % et 4,3 % qui se sont identifiés comme bisexuels et homosexuels, respectivement.

Figure 4- 2: Identité sexuelle

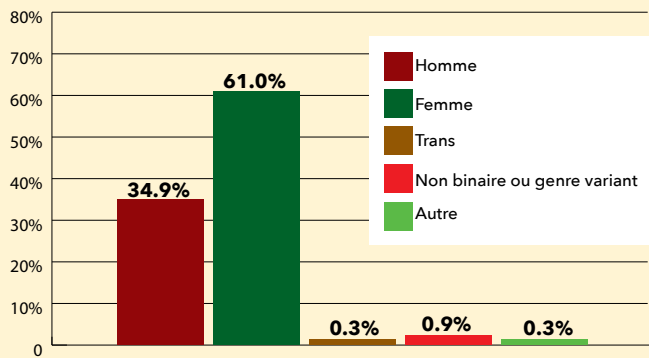
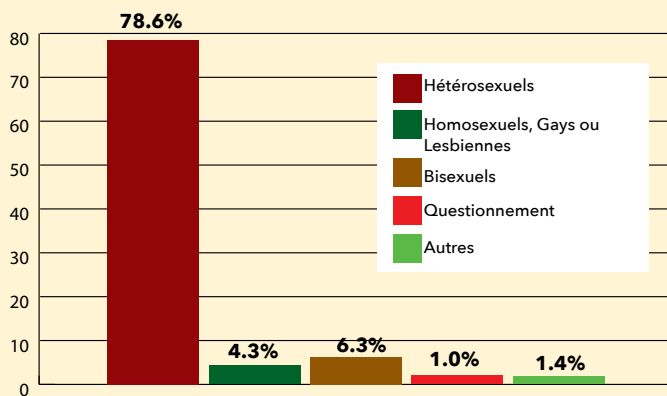
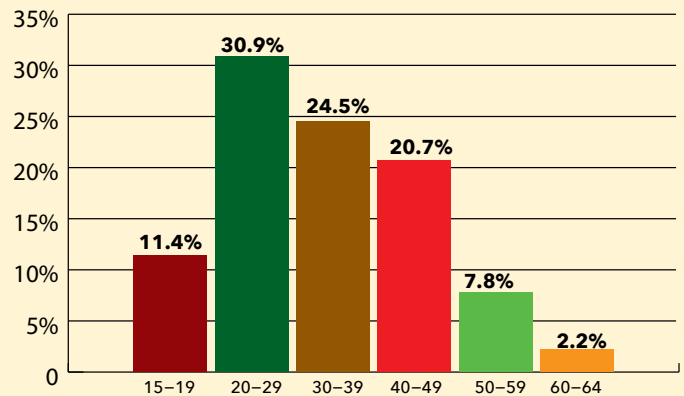


Figure 4- 3: Orientation sexuelle



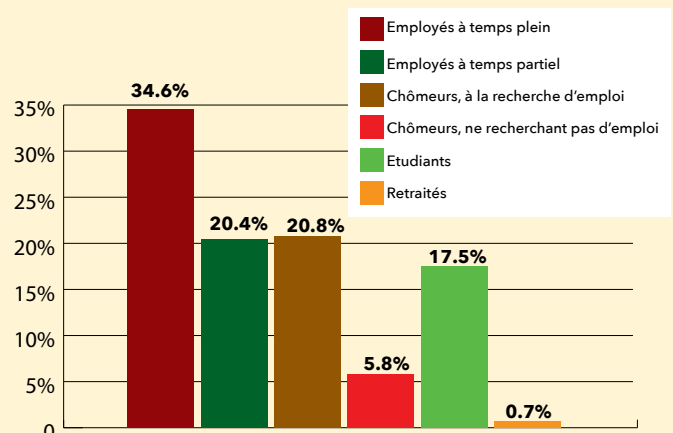
- 30,9 % des participants étaient âgés de 20 à 29 ans et seulement 2,2 % avaient entre 60 et 64 ans.

Figure 4- 4: Âge



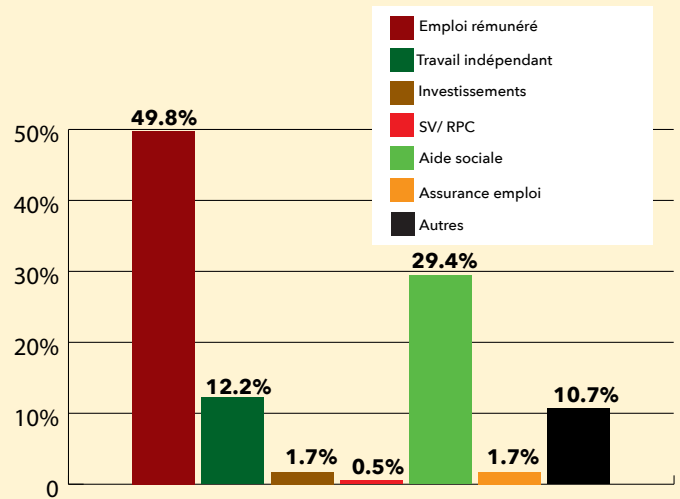
- 36,8 % des participants avaient obtenu un diplôme universitaire ; 6,4 % avaient obtenu un certificat ou un diplôme universitaire ; 20,9 % avaient suivi des études universitaires ou collégiales sans avoir obtenu de grade, certificat ou diplôme ; 21,7 % avaient terminé leurs études secondaires ; et 10 % n'avaient pas terminé leurs études secondaires.
- La plupart des participants avaient un emploi à temps plein ou à temps partiel ; 5,8 % étaient au chômage et ne recherchaient pas d'emploi pour diverses raisons, comme le fait d'être aide-soignant et d'être en congé.

Figure 4- 5: Situation professionnelle au cours des six derniers mois



- L'emploi rémunéré était la source de revenu la plus courante parmi les participants (49,8 %), et la Sécurité de la vieillesse/le Régime de pensions du Canada (SV/RPC) était la source la moins courante (0,5 %)
- 18,4 % des participants ont trouvé très difficile de satisfaire leurs besoins fondamentaux au cours des 12 derniers mois compte tenu des revenus de leur ménage ; 21,1 % ont trouvé cela assez difficile, 28,6 % ont trouvé cela un peu difficile et 22,8 % n'ont pas trouvé cela difficile du tout.
- 27,5% ont déclaré que leur logement était très adéquat pour répondre à leurs besoins ; et 35,7% ont déclaré que c'était assez adéquat, 11,3% que c'était à peine adéquat, et 16,7% que c'était inadéquat.

Figure 4- 6: Sources de revenus au cours des six derniers mois



Remarque: les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100 %. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses dans le calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse.

Groupes de discussion

- 12 groupes virtuels de discussion ont été organisés sur deux jours ; six le premier jour et six le deuxième jour.
- Chaque jour, il y avait un groupe en langue française et deux groupes en langue anglaise pour les participants de Toronto et d'Ottawa.
- La première journée a réuni un total de 50 participants : 31 femmes et 19 hommes
 - On a dénombré 23 participants à Ottawa (10 hommes et 13 femmes)
 - On a dénombré 27 participants à Toronto (9 hommes et 18 femmes)
- La deuxième journée a réuni un total de 57 participants : 22 femmes, 11 hommes et 24 personnes dont le sexe n'a pas été identifié.
 - Ottawa a accueilli 28 participants (18 femmes et 10 hommes)
 - Toronto a accueilli 29 participants (le sexe n'a été identifié que pour le groupe francophone qui comptait 4 femmes et 1 homme)

Chapitre 5: Infection au VIH



Chapitre 5:

Infection au VIH*

Résultats Principaux

- Les participants ayant un statut social inférieur, sur la base des déterminants sociaux de la santé, étaient plus susceptibles d'être testés positifs au VIH. Cela a été constaté pour ce qui concerne l'éducation, l'expérience de l'immigration, le statut d'emploi et l'identité sexuelle.
- Les participants âgés de 50 à 59 ans étaient plus susceptibles d'être séropositifs que les participants plus jeunes.
- Les personnes recrutées dans les organisations de lutte contre le sida étaient plus susceptibles d'être séropositives.

Actions Principales

- Développer des interventions qui s'attaquent aux désavantages structurels qui rendent les personnes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) plus vulnérables à l'infection par le VIH.
- Développer des interventions qui protègent le bien-être social et économique des personnes ACN vivant avec le VIH.
- Créer une structure de gouvernance dirigée par les communautés ACN pour coordonner la collecte, l'accès, l'analyse, l'interprétation, ainsi que la dissémination des données systématiques désagrégées collectées sur la race et l'équité dans les secteurs de la santé et des services sociaux

Ce que nous avons découvert

Faits à l'appui

Forces

- La plupart des gens étaient au courant de leur séropositivité, puisque seulement 1,9 % des personnes qui pensaient être séronégatives ont été testées positives au VIH.
- La plus faible proportion de résultats positifs (1,5 %) a été enregistrée chez les 20-29 ans.

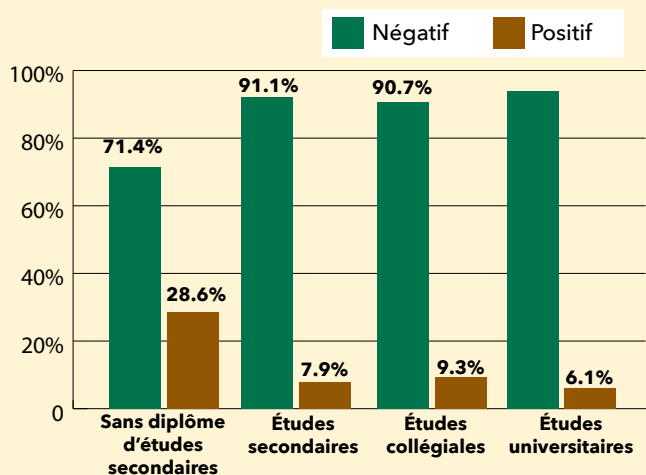
*Ces estimations concernant l'infection par le VIH ne sont pas les mêmes que celles concernant la prévalence du VIH. L'équipe de l'Étude A/C travaille actuellement sur des analyses visant à estimer la prévalence du VIH dans les communautés ACN en Ontario, et ces estimations seront publiées à un autre moment.

- Seuls 12,5 % des personnes recrutées au niveau des organisations de lutte contre le sida ont obtenu un résultat positif, ce qui indique que les personnes ACN avaient recours aux organisations de lutte contre le sida pour diverses raisons, notamment pour des services de prévention et en tant que bénévoles.

Faiblesses

- Un test positif au VIH était associé au pays de naissance ; 9,7 % des immigrants et 1,6 % des personnes nées au Canada ont été testés positifs.
- Parmi ceux qui ont répondu à l'enquête en français, 29,6% ont été testés positifs au VIH ; une proportion beaucoup plus faible de ceux qui ont répondu à l'enquête en anglais (6,5%) ont été testés positifs.
- Un résultat positif au test de dépistage du VIH était associé à un niveau d'éducation plus bas.

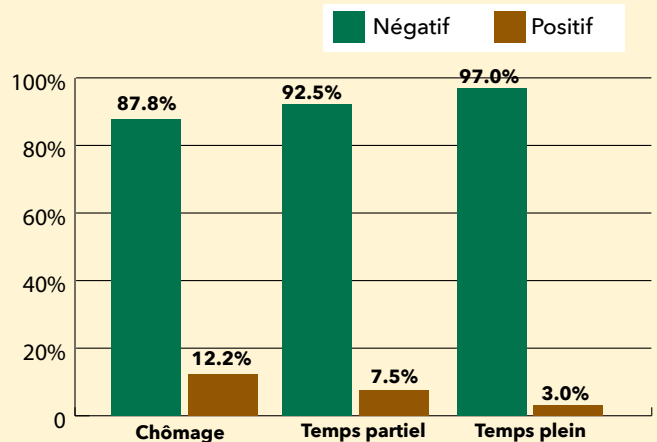
Figure 5- 1: Résultat du test VIH par niveau d'éducation



Remarque: Les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100 %. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses dans le calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse

- Un résultat de test positif était associé à la situation d'emploi.

Figure 5- 2: HIV Test Result by Employment Status



- 6,8 % des participants vivant à Ottawa et 4,6 % de ceux vivant à Toronto ont été testés positifs au VIH.
- 7,7 % des femmes et 7,4 % des hommes ont été testés positifs au VIH ; 13,3 % des personnes trans et non binaires ont été testées positives.
- La plus forte proportion de résultats positifs a été enregistrée chez les personnes âgées de 50 à 59 ans (24,6 %) ; et 3,1 % des personnes âgées de 15 à 19 ans ont été testés positifs.
- Il est intéressant de noter que 7,8 % des participants qui pensaient être séropositifs ont obtenu un résultat négatif lors du recours à l'analyse de gouttes de sang séché pour le dépistage du VIH.

Dans leurs propres termes

Forces

- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont identifié le besoin de programmes plus intégrés/liés pour s'assurer que les personnes vivant avec le VIH ont accès à : des soins préventifs, des services qui soutiennent leur prise en charge, un logement, et qu'elles sont capables de mener une vie sexuellement saine.
- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont noté que les communautés ACN sont extrêmement diversifiées en termes d'identité économique, politique et sociale, y compris leur statut socio-économique et d'immigration, leur niveau d'éducation, leur pays d'origine, leur foi et leur maîtrise de la langue, etc. Toutes ces identités et expériences ont un impact sur les niveaux de vulnérabilité.
- Il a été largement reconnu que l'intersectionnalité doit être prise en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions en matière de VIH.

“Les noirs s’organisent de différentes manières, et je pense que ce dont [nom expurgé] parlait, c’est de notre propre expérience quand nous venons ici. Si je regarde les groupes Facebook et d’autres endroits, nous nous organisons de différentes manières. Nous nous organisons religieux... religieusement, socialement dans le même pays... comme un... venant d’un pays différent. Donc nous devons vraiment revenir à notre façon de socialiser parce que les noirs sont diversifiés. Nous ne pouvons pas être un seul groupe hétérogène et être considérés comme ce noir. Nous devons vraiment examiner clairement ces organisations sociales au sein des noirs, dans notre propre diversité, et nous assurer que ce savoir y est transmis”. (Femme, Toronto, FG6)

Faiblesses

- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont évoqué le taux élevé de pauvreté dans les communautés ACN, en particulier chez les immigrants récents. Parmi les autres facteurs qui accroissent la vulnérabilité au VIH, citons les mauvaises conditions de logement, l'emploi dans des emplois précaires ou mal rémunérés et les faibles niveaux d'éducation. Ces facteurs aggravent la mauvaise santé en général et créent des obstacles à l'accès aux services de santé nécessaires (par exemple, s'absenter du travail, les frais de déplacement, etc.) Un participant a fait remarquer que bon nombre des facteurs qui augmentent la vulnérabilité à la COVID-19 sont similaires à ceux du VIH.

“C’est très intéressant parce que lorsque vous regardez la COVID, comme depuis le tout début, qui sont les gens, voyez-vous, qui sont en première ligne, comme les gens qui travaillent dans les épiceries, les stations d’essence, les gens qui font le travail de soutien personnel dans les établissements de soins de longue durée où, voyez-vous, nous avons eu le plus grand nombre de cas, n’est-ce pas ? Il y a beaucoup de noirs qui travaillent dans ces secteurs et pourquoi travaillent-ils dans ces secteurs, n’est-ce pas ? Ils n’ont pas la possibilité de travailler depuis leur domicile. Ils ont la possibilité d’être financièrement stables et peuvent donc refuser de travailler. Ce sont donc eux qui se mettent en danger parce que, vous savez, ils peuvent avoir un statut d’immigration précaire parce qu’ils ont de faibles revenus, parce qu’ils doivent nourrir leur famille. Ce sont eux qui font le travail où l’on se met le plus en danger, c’est vrai. Je pense donc que tout cela pour dire qu’il y a beaucoup de similitudes entre la vulnérabilité au VIH et la vulnérabilité à la COVID-19”. (Homme, Ottawa, FG5)

Implications en matière de Politiques et de Pratique

Les données de surveillance du VIH montrent régulièrement que, par rapport à d'autres groupes de population, les personnes ACN sont plus vulnérables au VIH en raison d'un racisme systémique anti-noir et des déterminants sociaux de la santé, et non en raison de facteurs comportementaux ou biologiques. De plus, comme les conclusions de l'Étude A/C, de nombreuses études ont également démontré qu'un statut social et économique inférieur est associé à des taux plus élevés d'infection par le VIH dans les communautés ACN. Pris ensemble, ces facteurs illustrent comment le racisme systémique anti-noir s'entrecroise avec d'autres formes d'oppression pour accroître encore la vulnérabilité au VIH dans des segments de la communauté ACN, en particulier chez les immigrants, les minorités linguistiques, les personnes sans emploi et sous-employées, les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible et celles qui s'identifient comme trans ou non binaires. Ces effets de ce comportement systémique anti-noir et les déterminants sociaux de la santé se renforcent mutuellement. Par exemple, le racisme anti-noir se traduit par des taux plus élevés de chômage et de sous-emploi chez les personnes ACN par rapport à leurs homologues non-ACN, et par le fait que les personnes ACN gagnent moins pour le même travail que leurs homologues non-ACN ayant les mêmes qualifications. Ces facteurs se traduisent par des revenus plus faibles et des taux de pauvreté plus élevés dans les communautés ACN, ce qui augmente encore la vulnérabilité au VIH. Dans le même temps, l'infection par le VIH entraîne des handicaps périodiques, qui se traduisent par le chômage et le sous-emploi et un niveau d'éducation plus bas, ce qui provoque ou aggrave la pauvreté. Les personnes vivant avec le VIH dans les communautés ACN sont également confrontées au fardeau supplémentaire du racisme anti-noir, qui augmente le risque de pauvreté et crée des obstacles dans les efforts pour sortir de la pauvreté. La lutte contre la vulnérabilité au VIH dans les communautés ACN nécessite donc une action au niveau structurel pour s'attaquer simultanément au racisme anti-noir et aux déterminants sociaux de la santé.

Chapitre 6: Pratiques et santé sexuelles



Chapitre 6:

Pratiques et santé sexuelles

Résultats Principaux

- La plupart des participants à l'étude n'ont pas échangé de rapports sexuels contre de la drogue, de l'argent, des biens ou des services.
- Parmi les facteurs qui influent sur le risque d'infection par le VIH chez les participants à l'Étude A/C figurent le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels (réguliers et occasionnels) et le faible taux d'utilisation du préservatif.
- Des substances, principalement l'alcool et la marijuana, étaient couramment utilisées lors des rapports sexuels avec pénétration.

Actions Principales

- Estimer la prévalence et l'incidence du VIH dans les communautés africaine, caribéenne et noire (ACN).
- Estimer le niveau de suppression virale chez les personnes ACN vivant avec le VIH.
- Fournir une éducation sur les risques de VIH lorsque l'alcool et la marijuana sont utilisés pendant les rapports sexuels.
- Développer des interventions qui s'attaquent aux désavantages structurels qui rendent les personnes ACN plus vulnérables à l'infection par le VIH.

Ce que nous avons découvert

Faits à l'appui

Forces

- 17,0% des participants avaient une partenaire sexuelle féminine régulière, et 26,3% avaient un partenaire sexuel masculin régulier.
- 22,8 % des participants à l'enquête n'ont pas eu de rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois, ce qui réduit leur risque d'infection par le VIH.
- 37,7 % n'ont pas eu de partenaires sexuels masculins occasionnels et 40,8 % n'ont pas eu de partenaires sexuelles féminines occasionnelles.
- 1,7% avaient reçu, et 3,1% avaient donné, de la drogue, de l'argent, des biens ou des services en échange de relations sexuelles.
- 55,2 % des participants à l'enquête ont passé un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) au moins une fois dans leur vie.

- Les IST suivantes n'avaient jamais été diagnostiquées chez la plupart des participants à l'enquête: hépatite B (88,3 %), hépatite C (88,0 %), chlamydia (83,6 %), gonorrhée (87,0 %), syphilis (88,5 %), verrues génitales (87,5 %), virus du papillome humain (86,8 %), herpès génital (87,6 %) et lymphogranulome vénérien (88,8 %).

Faiblesses

- 19,5 % des participants qui avaient des partenaires sexuelles féminines occasionnelles n'avaient jamais utilisé de préservatif avec ces partenaires ; la proportion correspondante pour ceux qui avaient des partenaires sexuels masculins occasionnels était de 19,4 %.
- Seuls 4,0 % des participants à l'enquête ont toujours utilisé des préservatifs avec des partenaires sexuelles féminines régulières, 4,2 % avec des partenaires féminines occasionnelles, 5,2 % avec des partenaires masculins réguliers et 4,4 % avec des partenaires masculins occasionnels.
- La chlamydia et l'hépatite B ont été les IST les plus souvent diagnostiquées chez les participants à l'enquête au cours des six derniers mois.

- La consommation d'alcool et/ou de marijuana pendant les rapports sexuels était assez courante, 21,5 % des personnes interrogées ayant consommé de l'alcool et 13,8 % de la marijuana lors de rapports sexuels vaginaux ou anaux avec pénétration.
- Moins de 1,0 % des participants à l'enquête ont consommé les substances suivantes lors de rapports sexuels : kétamine, Gamma Hydroxybutyrate (GHB), héroïne ou autres opioïdes, méthamphétamine ou autres amphétamines ou stimulants, tranquillisants ou autres substances.

Figure 6- 2: Consommation de substances pendant les rapports sexuels

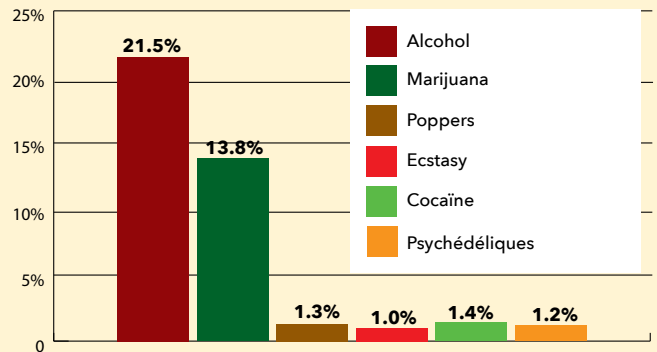
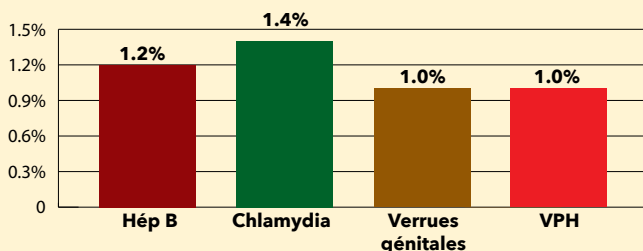


Figure 6- 1: Diagnostic des IST au cours des six derniers mois



Remarque: Les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100 %. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses dans le calcul des pourcentages. Ainsi, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse

Implications en matière de Politiques et de Pratique

Les pratiques sexuelles sont des facteurs individuels qui influencent la vulnérabilité à l'infection par le VIH, mais elles ne se produisent pas au hasard. D'autres recherches montrent que les facteurs structurels tels que les politiques et les pratiques institutionnelles sont des déterminants plus importants des taux d'infection par le VIH au niveau de la population que les comportements individuels. Les facteurs économiques (par exemple, la pauvreté, le chômage ou le sous-emploi, la baisse des salaires), juridiques (par exemple, les obstacles à la citoyenneté canadienne, la criminalisation du fait d'être noir) et sociaux (par exemple, la stigmatisation, la discrimination, la disponibilité et l'accessibilité des services de prévention du VIH) qui échappent au contrôle d'un individu influencent les pratiques sexuelles et, par conséquent, la vulnérabilité au VIH. En outre, les données montrent que la prévalence du VIH et des IST au sein du réseau sexuel d'une personne, ainsi que les facteurs qui entravent la capacité à parvenir à la suppression virale, jouent également un rôle dans la transmission du VIH. Par conséquent, les interventions qui portent uniquement sur les pratiques sexuelles ne suffiront pas à réduire la vulnérabilité au VIH dans les communautés ACN. Pour être efficaces au niveau de la population, les interventions doivent s'attaquer aux facteurs structurels qui augmentent la vulnérabilité en limitant les choix et en désavantagant les personnes ACN.

Chapitre 7: Dépistage et conseils en matière de VIH



Chapitre 7:

Dépistage et conseils en matière de VIH

Résultats Principaux

- La plupart des participants à l'enquête ont subi au moins un test de dépistage du VIH et la grande majorité d'entre eux étaient séronégatifs.
- Plusieurs facteurs individuels (par exemple, le fait d'être plus jeune, d'avoir peu de connaissances sur le VIH) et structurels (par exemple, la stigmatisation et la peur du VIH, la peur de l'expulsion) se sont avérés être liés à des niveaux plus faibles de dépistage du VIH.
- Offrir davantage d'options de dépistage du VIH, comme l'autotest, pourrait permettre de surmonter les obstacles structurels et donc d'augmenter le nombre de tests de dépistage du VIH.

Actions Principales

- Accroître les connaissances sur le VIH chez les jeunes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) et les personnes nées au Canada.
- Inclure des informations sur le délai entre l'exposition au VIH et un résultat de test positif dans les programmes d'éducation à la santé et au VIH.
- Promouvoir les avantages de la détection précoce (traitement précoce, longévité et réduction de la propagation du VIH).
- Inclure le conseil et le dépistage du VIH dans le cadre des examens de santé de routine.
- Plaider pour une diffusion généralisée des tests d'auto-dépistage de VIH au Canada.

Ce que nous avons découvert

Faits à l'appui

Forces

- 68,8 % des participants avaient déjà fait un test de dépistage du VIH, et 89,1 % étaient séronégatifs.
- 30,8 % des participants à l'enquête qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH avaient été testés au cours des six derniers mois.

- Parmi les participants à l'enquête :
 - 10,6 % ont déclaré : "Je me fais tester régulièrement pour le VIH et c'était un test de routine".
 - 11,7 % ont déclaré : "Je me fais tester après avoir commencé une nouvelle relation".
 - 7,6 % ont déclaré : "Je me fais tester soit parce que j'étais enceinte soit je prévoyais avoir un enfant".
 - 12,7 % ont déclaré : "Je me fais tester sans raison particulière".

Faiblesses

- 23,5 % des participants à l'enquête n'avaient jamais fait de test de dépistage du VIH.
- 5,4 % de l'ensemble des participants à l'enquête (et 7,9 % de ceux qui avaient déjà fait un test de dépistage du VIH) ont

été testés positifs au VIH. Parmi ceux qui avaient déjà subi un test de dépistage du VIH, les participants d'Ottawa étaient plus susceptibles d'avoir un résultat positif que ceux de Toronto.

- Les plus jeunes participants à l'enquête, ceux qui avaient un emploi à temps partiel, ceux qui étaient nés au Canada et ceux qui avaient eu leur premier rapport sexuel à un âge plus avancé étaient moins susceptibles de se faire tester pour le VIH.
- Seuls 48,3 % des participants à l'enquête à Ottawa et 59,7 % à Toronto ont exprimé à juste titre leur désaccord avec l'affirmation suivante : "Faire un test de dépistage du VIH une semaine après avoir eu des relations sexuelles permet de savoir si une personne est séropositive".

Figure 7- 1: Statut sérologique de ceux qui ont eu à faire un test de VIH

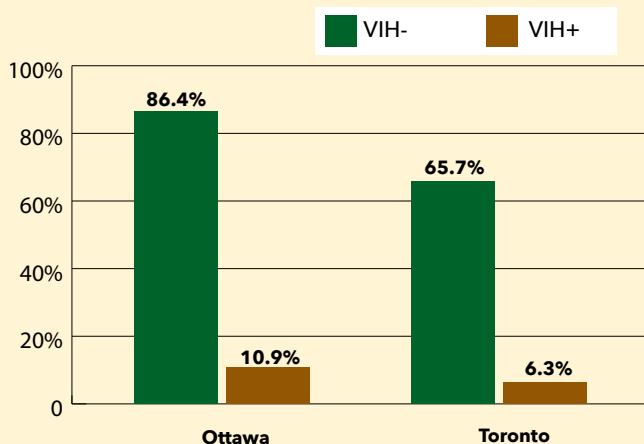
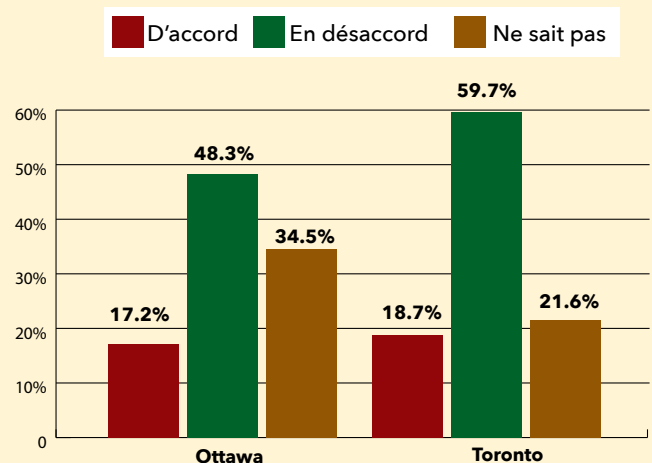


Figure 7- 2: Connaissances relatives au test positif du VIH



Remarque : Les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100 %. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses dans le calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse

En leurs propres termes

Forces

- Certains participants aux groupes de discussion ont dit avoir été encouragés à se faire tester en fonction de leur appartenance sociale et identitaire.
- Les participants aux groupes de discussion ont donné des conseils sur le dépistage du VIH :
 - Certains ont estimé qu'il fallait

encourager les gens à se faire dépister tôt car un diagnostic précoce aurait permis une meilleure prise en charge du VIH

- Plusieurs ont recommandé que les tests soient obligatoires et/ou fassent partie d'une évaluation systématique de santé, mais d'autres se sont inquiétés du temps qu'il faudrait consacrer à des tests plus fréquents
- Certains ont estimé que les tests devraient être associés au niveau de risque et ne pas être obligatoires

“Je pense que oui, il devrait y avoir une réflexion sur vos propres facteurs de risque, mais je pense aussi que chaque fois que vous avez envie de vous faire dépister, je ne pense pas qu'il y ait quelque chose comme un dépistage excessif. Tant que vous vous sentez en danger, que vous vous sentez exposé ou que vous vous dites : “Oh, non, maintenant, je veux connaître mon statut. Peut-être que vous êtes allé faire un test il y a trois mois, je veux dire une semaine et qu'ils vous disent de revenir après six mois et puis vous y retournez. Je pense que c'est cela mon idée.” (Femme, Toronto, FG3)

Faiblesses

- Les participants aux groupes de discussion ont identifié plusieurs obstacles à l'accès au dépistage du VIH : la peur, la stigmatisation, la crainte d'être expulsé en cas de test positif, le manque d'information, l'absence de lien avec les soins de santé, les mauvaises relations avec les prestataires de soins de santé et les inquiétudes concernant la confidentialité.
- Certains participants ont estimé qu'il y avait moins d'options de dépistage du VIH disponibles au Canada.
- Certains participants ont décrit le fait qu'on leur a refusé le test sur la base des jugements des prestataires de soins de santé.
- De nombreux participants étaient favorables aux kits d'autotest pour réduire la stigmatisation du test de dépistage du VIH.

“Je pense, je pense que des kits d'autotest seraient très utiles en ce qui concerne le dépistage du VIH. Il y a un sentiment général de crainte encore en raison de la stigmatisation qui accompagne le VIH, même dans une situation où l'anonymat est garanti. Et donc, avoir un autotest, ça ne peut pas être mieux que ça”. (Homme, Ottawa, FG3)

Implications en matière de Politiques et de Pratique

Ces résultats montrent que les efforts visant à accroître le dépistage du VIH dans les communautés ACN doivent cibler les facteurs individuels et structurels. Si l'amélioration des connaissances sur le VIH entraînera une certaine augmentation de la participation au dépistage, son efficacité dépendra de la disponibilité des services de dépistage du VIH et de la manière dont les obstacles structurels (par exemple, la stigmatisation et la peur du VIH, la crainte de l'expulsion, les préoccupations relatives à la confidentialité, les mauvaises relations avec les prestataires de soins de santé, etc.) seront surmontés. Bien qu'il faille que davantage de personnes se fassent dépister et que le dépistage soit plus généralement disponible, il est important de promouvoir le dépistage auprès des jeunes et des personnes nées au Canada. Les personnes ACN ont beaucoup d'informations sur les services de dépistage et les options pour leurs communautés, et ces informations devraient être le moteur des efforts visant à normaliser le dépistage du VIH dans ces communautés.

Chapitre 8: Connaissances sur la transmission et l'acquisition du VIH



Chapitre 8: Connaissances sur la transmission et l'acquisition du VIH

Principaux résultats

- Le niveau d'éducation, la langue et l'emploi ont influencé les connaissances des participants sur la transmission et l'acquisition du VIH.
- La plupart des participants à l'enquête avaient une connaissance précise du VIH, bien qu'une proportion substantielle ait des informations inexacts ou aucune connaissance du tout.
- Les membres de la communauté Africaine, Caribéenne et Noire (ACN) ont exprimé leur inquiétude face à la baisse des niveaux de connaissances.

Actions Principales

- Accroître la disponibilité et l'accessibilité des informations relatives au VIH pour les communautés ACN.
- Lutter contre la stigmatisation du VIH dans les communautés ACN, qui constitue un obstacle à l'acceptation et au partage d'informations sur le VIH.
- Accroître la sensibilisation sur la prévalence et l'incidence du VIH au Canada et dans les communautés ACN en particulier.

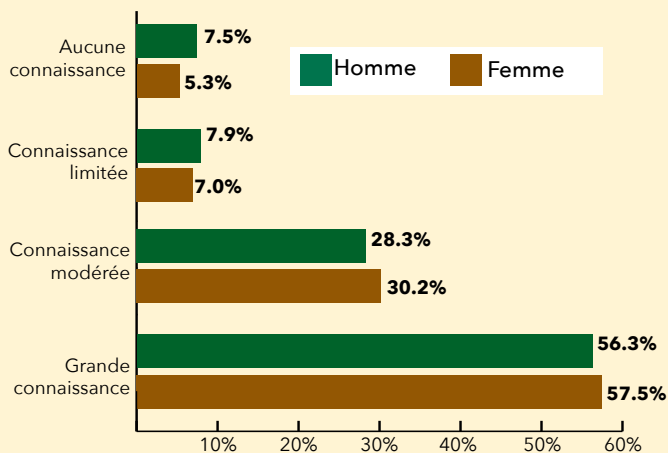
Ce que nous avons trouvé

Faits à l'appui

Forces

- 56,4% des participants à l'enquête avaient une connaissance approfondie du VIH.
- Les connaissances relatives au VIH semblaient être égales entre les hommes et les femmes.

Figure 8- 1: Connaissance du VIH par sexe

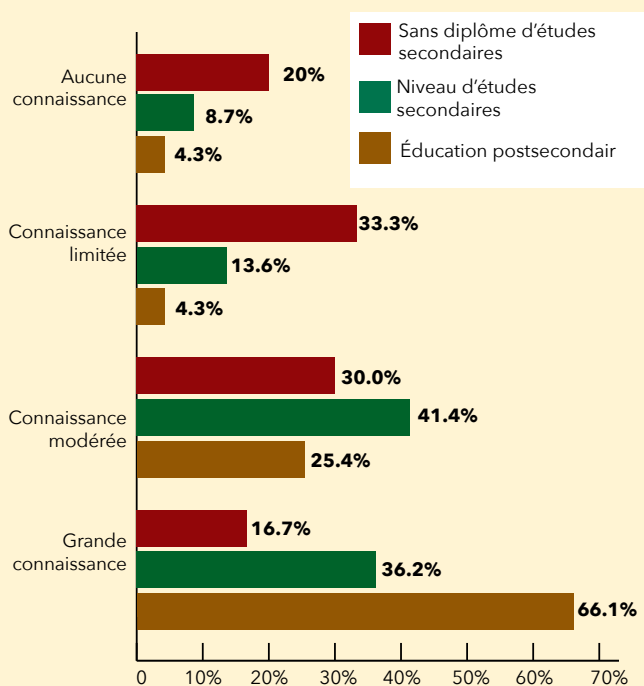


- Les participants à l'enquête qui ont déclaré avoir un emploi à temps plein avaient plus de connaissances sur l'acquisition et la transmission du VIH que ceux qui étaient employés à temps partiel ou au chômage.

Faiblesses

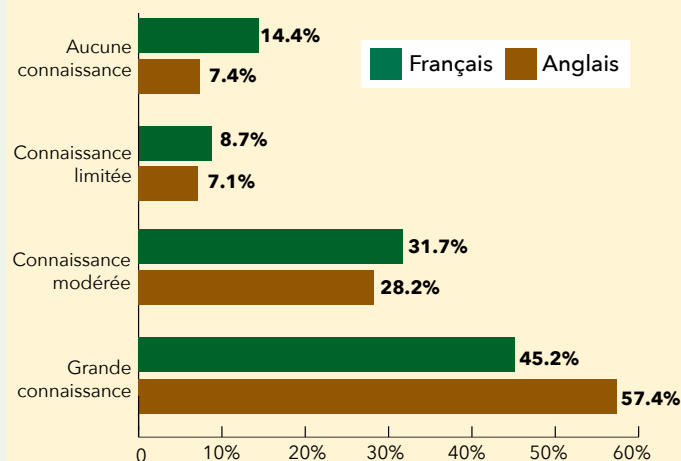
- 15,1% des participants à l'enquête avaient peu ou pas de connaissances sur le VIH.
- Les connaissances relatives au VIH étaient les plus élevées chez les personnes ayant le plus haut niveau d'éducation.

Figure 8- 2: Connaissances sur le VIH selon le plus haut niveau d'éducation atteint



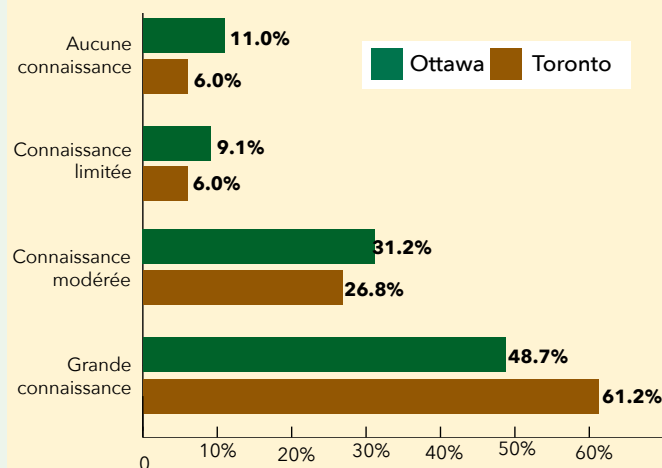
- Les participants qui ont répondu au sondage en anglais avaient des connaissances plus élevées sur le VIH que ceux qui l'ont fait en français.

Figure 8- 3: Connaissance du VIH par langue



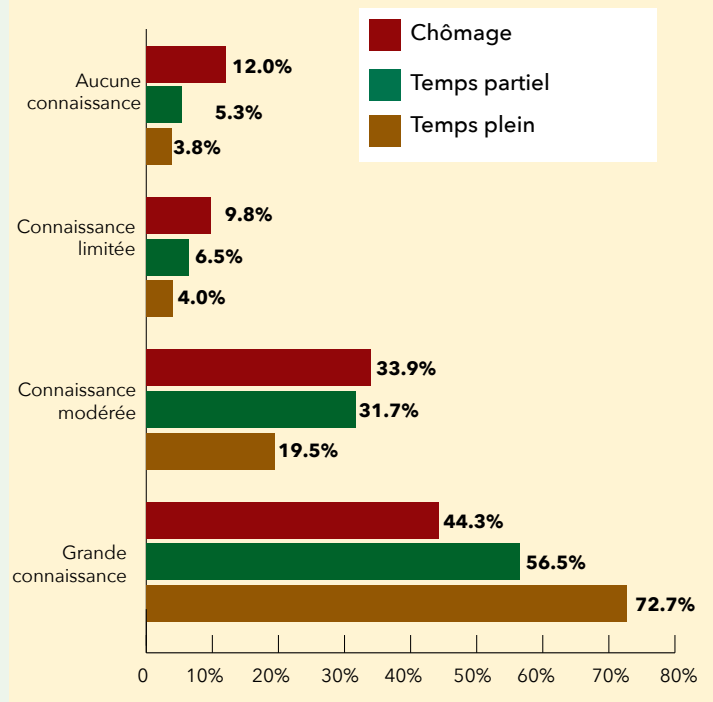
- Les participants au sondage qui résidaient à Toronto étaient plus susceptibles d'avoir des connaissances élevées (61,2%) que les participants résidant à Ottawa (48,7%).

Figure 8- 4: Connaissance du VIH par ville



- Les participants à l'enquête qui étaient au chômage avaient moins de connaissances sur la transmission et l'acquisition du VIH que ceux qui étaient employés à plein temps ou à temps partiel.

Figure 8- 5: Connaissance du VIH par situation d'emploi



Remarque : les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100%. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses lors du calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse

Dans leurs propres termes

Forces

- Certains participants aux groupes de discussion ont reconnu à juste titre que le VIH n'est plus une condamnation à mort et que les personnes vivant avec le VIH vivent plus longtemps.
- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont reconnu l'importance de la sensibilisation au VIH et du partage d'informations.
- Certains participants aux groupes de discussion ont identifié le besoin d'activités éducatives générales et ciblées pour accroître les connaissances individuelles et communautaires sur le risque du VIH, la prévention et les soutiens disponibles, et

pour normaliser le dépistage, le traitement et la divulgation.

- Les participants aux groupes de discussion ont estimé que la sensibilisation accrue de la communauté au VIH était une bonne stratégie pour réduire la stigmatisation associée au VIH, qui est une source majeure d'exclusion sociale et un obstacle à la recherche d'aide.

«Au lieu que nous attendions que les gens viennent dans les agences pour accéder aux services, il faut les contacter, aller là où ils sont, revenir à l'essentiel de la façon dont les gens faisaient de la sensibilisation à la base parce que cela fonctionnait et il y a le sentiment

qu'actuellement , les organisations de services de lutte contre le sida ou qu'il existe des services qui deviennent trop corporatisés et c'est à travers un retour au fondements que nous serons en mesure de faire un meilleur travail en matière de prévention et d'éducation au VIH.(Femme, Toronto, FG1)

- De nombreux participants aux groupes de discussion ont parlé du besoin de messages ciblés sur le VIH.

Faiblesses

- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont mentionné qu'il y a un manque de connaissances sur le VIH dans les communautés ACN.
- Certains participants aux groupes de discussion se sont dits préoccupés par la diminution des niveaux de connaissance et de sensibilisation au VIH dans les communautés ACN et ont donné quelques raisons à cela.

« La base de connaissances a diminué. Ils [les organisations de services] ne vont pas dans les écoles. Ils ne vont plus dans les communautés comme avant. Je veux dire que le [un organisme de services de lutte contre le sida] avait l'habitude d'aller à Jane et Finch et à Malvern, animer des ateliers à l'école destinée à un public allant de 12 ans aux personnes âgées en maison de retraite, mais ils ne le font plus. (Femme, Toronto, FG6)

- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont identifié un manque de connaissance chez les enfants, les jeunes et les immigrants ACN.

« C'est spécifique à la communauté noire, comme celle qui immigrer dans d'autres pays, comme la communauté noire ici ; je dirais qu'il y a un manque de connaissance de l'existence du VIH et du sida ici aussi. C'est presque comme si c'était une maladie qui ravage l'Afrique, mais une fois que vous êtes venu ici, tout va bien. Tout le monde est en bonne santé. Ainsi les gens n'ont pas vraiment... [l'air malades], ils deviennent un peu, un peu laxistes en ce qui concerne les choses que vous êtes censé faire pour vous éviter d'être infecté. C'est donc parfois un choc de se rendre compte qu'il y a une prévalence du VIH ici aussi. » (Femme, Ottawa, FG6)

Implications en matière de politiques et de pratique

La connaissance à elle seule n'est pas suffisante pour prévenir la transmission ou l'acquisition du VIH, mais c'est un élément important de toute initiative de prévention. Par conséquent, l'amélioration des connaissances sur le VIH reste la pierre angulaire des efforts de prévention. Ces résultats de l'Étude A / C montrent que si plus de la moitié des participants à l'enquête avaient une connaissance précise du VIH, quatre participants sur dix n'en avaient pas. De plus, les résultats démontrent que les connaissances liées au VIH sont associées déterminants sociaux de la santé - les francophones, ceux qui des niveaux d'éducation plus bas et ceux qui sont sous-employés / sans emploi avaient des niveaux de connaissances plus faibles que les anglophones, ceux qui avaient des niveaux de scolarité plus élevés et ceux qui étaient employés à plein temps. Il est important de noter que des facteurs structurels influencent également les niveaux de connaissances sur le VIH au sein de la population. Par exemple, l'accès aux informations et services de prévention du VIH affecte directement les connaissances, et la stigmatisation liée au VIH est un obstacle à l'acquisition et au partage de connaissances. Outre l'accroissement des connaissances, les facteurs sociaux et structurels qui font obstacle à l'acquisition et à l'utilisation des connaissances doivent être pris en compte afin de prévenir de nouvelles infections au VIH.

Chapitre 9: Prise en charge et traitement du VIH



Chapitre 9:

Prise en charge et traitement du VIH

Résultats Principaux

- Environ 87 % des participants à l'enquête qui sont des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont été pris en charge par un professionnel de la santé.
- La plupart (88 %) des participants à l'enquête qui sont des PVVIH prenaient des médicaments prescrits pour l'infection par le VIH.
- Environ 7 % des participants à l'enquête qui sont des PVVIH ont été diagnostiqués au cours de l'année dernière.

Actions Principales

- Mener davantage de recherches sur l'efficacité clinique et les impacts sociaux de la prophylaxie préexposition (PrEP)/prophylaxie post-exposition (PPE) sur les communautés africaines, caribéennes et noires (ACN), en particulier les femmes ACN.
- Promouvoir la PrEP/PPE en tant qu'outil de prévention du VIH pour les personnes ACN.
- Lever les obstacles socio-économiques à l'accès à la PrEP/PPE.
- Recueillir ou synthétiser les données existantes pour évaluer les performances des communautés ACN le long de la cascade 90-90-90.
- Garantir l'accès aux soins et au traitement du VIH, indépendamment du statut de résidence ou d'autres facteurs.

Ce que nous avons découvert

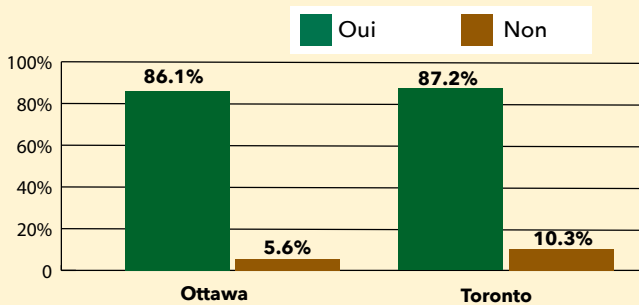
Fait à l'appui

Strengths

- 86,7 % des participants à l'enquête qui sont des PVVIH avaient accès à une prise en

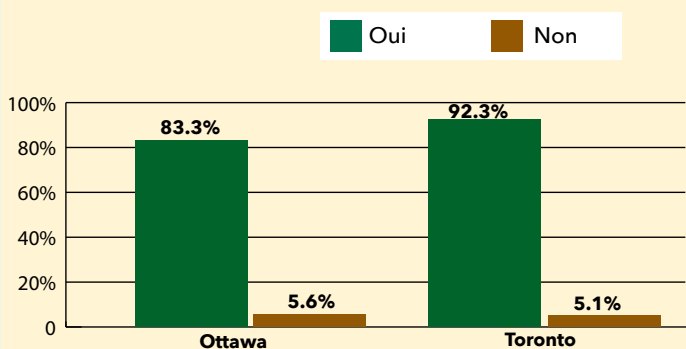
charge professionnel de l'infection par VIH

Figure 9- 1: Actuellement sous suivi professionnel pour l'infection par le VIH



- 88,0 % des PVVIH qui ont répondu à l'enquête prenaient des médicaments prescrits pour l'infection par le VIH.

Figure 9- 2: Prise actuelle de médicaments prescrits pour l'infection par le VIH



Remarque : Les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100 %. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses dans le calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse.

Dans leurs propres termes

Forces

- Les participants aux groupes de discussion ont fait remarquer que la PrEP et la PPE étaient très efficaces pour prévenir l'infection par le VIH.

Faiblesses

- La plupart des participants à l'enquête ne connaissaient pas et n'avaient pas

Faiblesses

- 8,0 % des participants à l'enquête qui sont des PVVIH n'avaient pas accès à une prise en charge professionnelle pour l'infection par le VIH au moment où l'enquête a été menée.
- 5,3 % des participants à l'enquête qui sont des PVVIH ne prenaient pas de médicaments prescrits pour l'infection par le VIH.
- Les raisons pour ne pas prendre les médicaments prescrits pour le VIH sont les suivantes : le fait de ne pas avoir de médecin, d'avoir trop de difficultés à se procurer les médicaments contre le VIH (par exemple, le transport, la distance à parcourir pour se rendre à la pharmacie, les heures d'ouverture de la clinique ou de la pharmacie), de ne pas pouvoir les payer et de ne pas en avoir besoin pour le moment.
- 4,0 % des participants à l'enquête qui sont des PVVIH ont été diagnostiqués dans les six mois précédant la réalisation de l'enquête ; 2,7 % ont été diagnostiqués sept à douze mois auparavant, 2,7 % ont été diagnostiqués un à deux ans auparavant et 82,7 % ont été diagnostiqués deux ans auparavant ou plus.

d'expérience directe de l'utilisation de la PrEP/ PPE.

- Les participants aux groupes de discussion ont laissé entendre que la PrEP/PPE n'était pas connue dans les communautés ACN, car ces médicaments étaient à l'origine présentées comme étant destinées aux hommes blancs homosexuels

“Donc même quand on va à la PrEP, qui est la préexposition, c’est censé être comme le disent les homosexuels, les homosexuels blancs, c’est censé être comme la contraception. Vous la prenez. Vous ne tombez pas enceinte.” (Femme, Toronto, FG6)

- Les participants aux groupes de discussion ont fait remarquer que peu de recherches avaient été menées sur l’utilisation de la PrEP/ PPE chez les personnes ACN, en particulier les femmes.
- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont signalé des problèmes d’accessibilité, tels que le fait que ces médicaments ne sont pas couverts par le l’Assurance-santé de l’Ontario et que les régimes privés d’assurance maladie sont très coûteux et donc peu abordables pour beaucoup.

- Les participants aux groupes de discussion qui ont accédé au traitement ont décrit leur sentiment de stigmatisation lorsqu’ils ont demandé une PrEP/ PPE et n’ont apprécié de devoir continuellement prouver leur besoin de traitement.

“Ne me demandez pas... ne me demandez pas de pièce d’identité. Ne me demandez pas de carte d’assurance maladie. Donnez-la-moi parce que vous croyez que j’en ai besoin. Je ne viendrais pas ici si je n’en ai pas besoin. Je pense que ça ne ferait que... ça aiderait à la façon dont nous, les noirs, accédons à la PrEP.” (Femme, Toronto, FG6)

Implications en matière de Politiques et de Pratique

Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient avoir accès aux soins et aux médicaments. Les conclusions de l’Étude A/C sont prometteuses, car elles montrent que la grande majorité des personnes ACN séropositives ont accès à ces ressources, qui sont essentielles pour une vie longue, saine et de bonne qualité après un diagnostic de VIH. Les obstacles financiers menacent l’accès aux médicaments anti-VIH pour les personnes séropositives, ainsi que l’accès à la PrEP et à la PPE (outils de prévention) pour les personnes séronégatives. Pour que l’Ontario puisse répondre efficacement au VIH dans les communautés ACN, qui sont confrontées à des taux plus élevés de pauvreté et de faibles revenus, les obstacles financiers à l’accès au traitement et à la prévention du VIH doivent être levés. Comme ces obstacles reposent sur des politiques publiques, ils sont entièrement modifiables. Lorsque les personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement, elles sont en mesure d’obtenir une suppression virale, ce qui entraînera une plus grande suppression virale et un risque moindre de transmission au niveau de la population, réduisant ainsi le risque du VIH pour tous les Ontariens.

Chapitre 10: Accès et utilisation des services de santé et des services



Chapitre 10:

Accès et utilisation des services de santé et des services sociaux

Principaux Résultats

- **Ceux qui ont répondu au sondage en français étaient moins susceptibles d'avoir un prestataire de soins de santé primaires que ceux qui l'ont rempli en anglais, mais ils étaient plus susceptibles d'avoir accès à des médecins spécialistes.**
- **La plupart des participants à l'enquête, quelle que soit leur langue, avaient subi un test de dépistage du VIH.**
- **Les personnes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder aux services de santé et aux services sociaux.**

Actions Principales

- **Recueillir des données pour évaluer dans quelle mesure les inégalités d'accès à l'information et aux services sociaux et de santé liée au VIH existent pour les personnes ACN en général et les personnes ACN francophones en particulier.**
- **Offrir une formation sur la lutte contre l'oppression, la discrimination et les préjugés inconscients aux prestataires de services de santé et de services sociaux.**
- **Développer et évaluer des interventions pour améliorer les connaissances et les compétences des prestataires de services de santé et de services sociaux en matière de services ethno-raciaux adaptés aux personnes ACN.**
- **Identifier les modèles optimaux pour fournir des services de santé, sociaux et liés au VIH aux communautés ACN.**

Ce que nous avons trouvé

Faits à l'appui

Forces

- La grande majorité des participants au

sondage, quelle que soit la langue dans laquelle ils ont répondu au sondage, ont qualifié leur santé de bonne à excellente.

Figure 10- 1: État de santé autodéclaré par langue

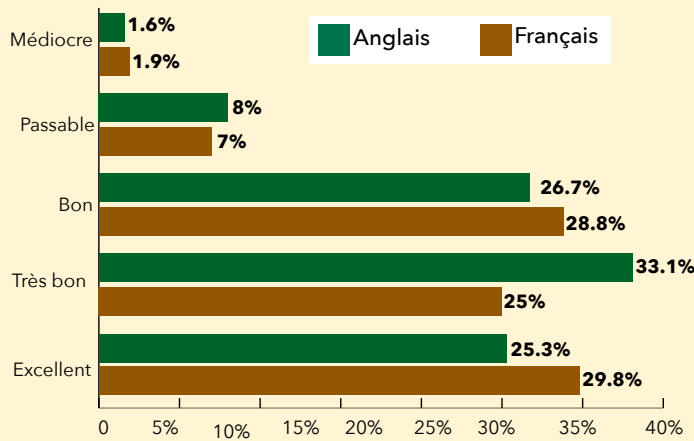
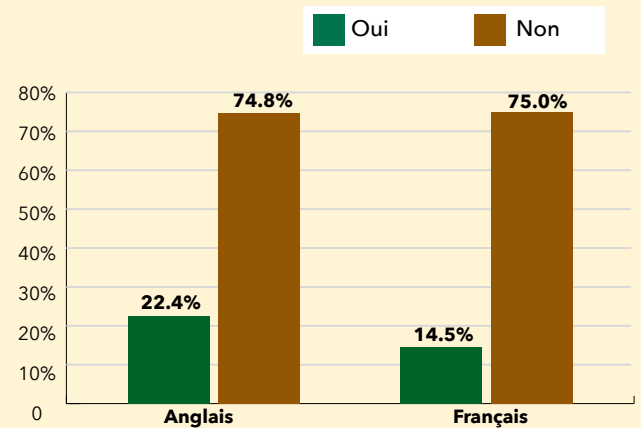


Figure 10- 3: Difficulté d'accès aux soins de santé par langue



- Dans l'ensemble, 68,8% des participants au sondage avaient un médecin de famille ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) ; et 78,1% des participants qui ont répondu au sondage en anglais et 73,1% de ceux qui l'ont rempli en français ont consulté un prestataire de soins de santé au cours des 12 derniers mois

- La plupart des participants au sondage qui ont eu recours aux soins de santé au cours des 12 derniers mois (76,1%) ont consulté un médecin de famille ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) .

Figure 10- 2: Accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois par langue

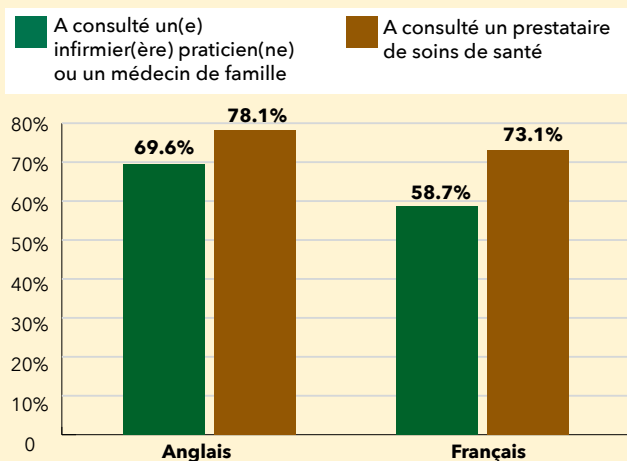
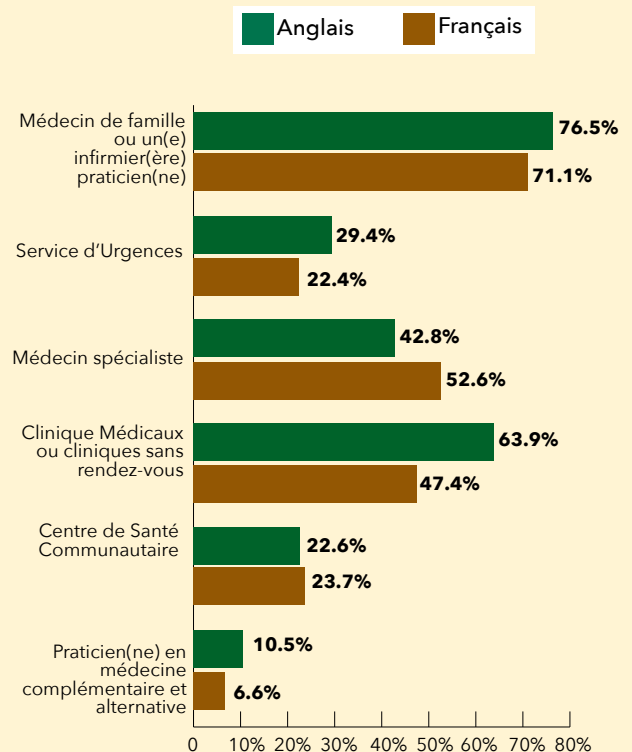


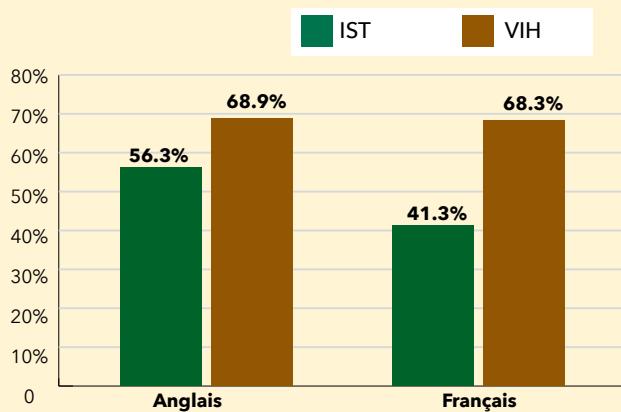
Figure 10- 4: Utilisation des services médicaux par langue



- La plupart des participants à l'enquête qui ont eu accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois (74,8%) ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté d'accès.

- La plupart des participants à l'enquête ont subi un test de dépistage du VIH, quelle que soit leur langue, et la plupart de ceux qui ont répondu à l'enquête en anglais ont également été testés pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

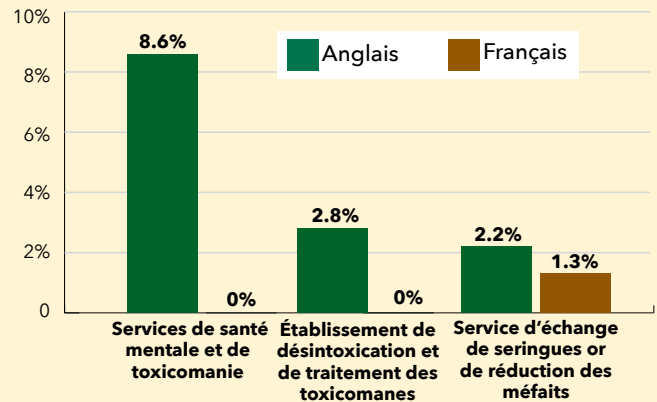
Figure 10- 5: A déjà subi le dépistage d'une IST ou du VIH



Faiblesses

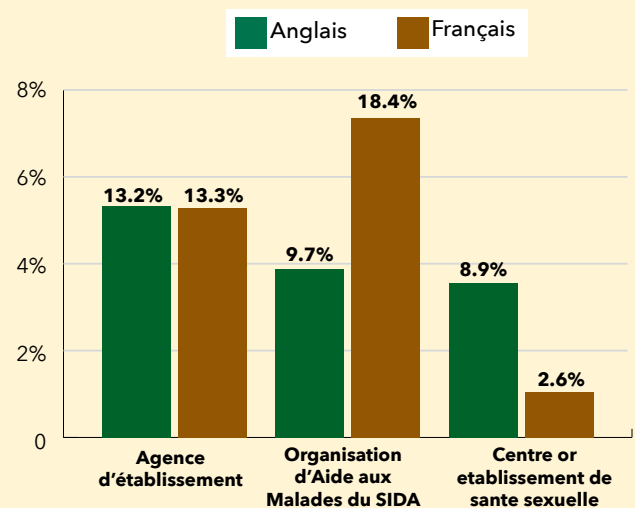
- Ceux qui ont répondu à l'enquête en français étaient moins susceptibles d'avoir un médecin de famille ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) par rapport à ceux qui l'ont répondu en anglais.
- Il y avait des disparités dans l'utilisation des soins de santé selon la langue. Ceux qui ont répondu au sondage en anglais étaient plus susceptibles d'avoir accès : aux médecins de famille ou aux infirmiers(ères) praticiens(nes), aux services d'urgence, ou aux cliniques de consultation sans rendez-vous et aux praticiens(nes) en médecine alternative ou complémentaire. Cependant, ceux qui ont répondu au sondage en français étaient plus susceptibles de consulter des médecins spécialistes.
- Le recours aux services de santé mentale et la dépendance aux substances était globalement faible, mais plus élevé chez ceux qui ont répondu au sondage en anglais que chez ceux qui l'ont rempli en français

Figure 10- 6: Utilisation des services de santé mentale et de toxicomanie par langue



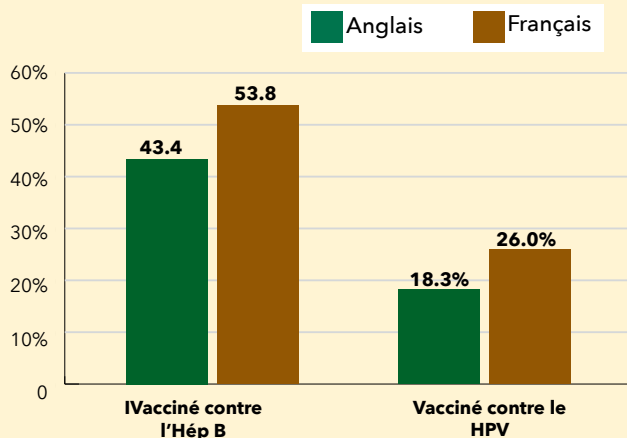
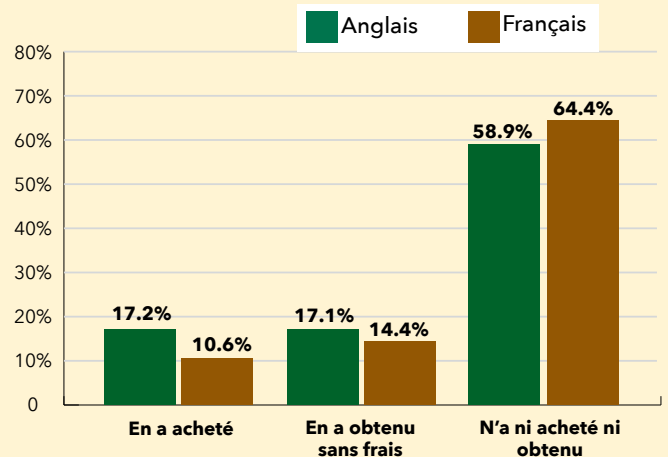
- Dans l'ensemble, 13,2% des participants au sondage qui ont eu accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois ont utilisé des agences d'établissement (pour les services liés à l'immigration), 10,3% ont utilisé des organisations de services de lutte contre le sida et 8,5% ont utilisé des centres ou des établissements de santé sexuelle. Il existe cependant des disparités d'accès selon la langue.

Figure 10- 7: Utilisation des services santé et des services sociaux par langue



- 21,8% des participants au sondage qui avaient accès aux soins de santé au cours des 12 derniers mois ont eu des difficultés pour y accéder.

- Les niveaux de vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus humain étaient globalement faibles et il y avait des disparités selon la langue.
- Moins de la moitié de ceux qui ont répondu à l'enquête en français (41,3%) ont déjà subi un test de dépistage d'une ITS.
- Dans l'ensemble, la plupart des participants à l'enquête n'ont pas eu accès aux préservatifs au cours de la dernière année.

Figure 10- 8: Déjà immunisé par la langue**Figure 10- 9: Accès aux préservatifs au cours des 12 derniers mois par langue**

Remarque : Les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100 %. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses dans le calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse.

Dans leurs propres termes

Faiblesses

- Les participants aux groupes de discussion savaient que les préservatifs étaient disponibles gratuitement pour les personnes ACN.
- À Ottawa, plusieurs participants ont identifié un organisme en particulier comme une ressource précieuse au service des communautés anglophones et francophones. Les participants ont également exprimé un fort besoin de collaboration entre les organisations francophones.

« Je crois que d'après nous, donc les organismes quels soient par exemple [un organisme de services de lutte contre le sida] il est bilingue, il est francophone, il est anglophone. Il faut des collaborations avec d'autres organismes francophones pour qu'ils puissent vraiment arriver, pour qu'ils puissent faire des campagnes de sensibilisations, voir comment aller même les gens qui sont enfermées, comment on, moi je vois que c'est ça qu'on peut faire, faire la force, partager, mettre ensemble, combattre, combattre ensemble donc faire une bonne collaboration avec d'autres organismes qui sont francophones et voir comment on peut travailler puis, pour avoir une bonne, une bonne suite quoi. » (Femme, Toronto, FG1)

Threats

- Les participants aux groupes de discussion ont souligné à quel point il est difficile pour les francophones d'accéder aux services de santé et aux services sociaux dans leur langue maternelle et que l'accès aux services de santé et aux services sociaux variait selon le statut d'immigration.
- Les participants francophones aux groupes de discussion ont identifié de nombreuses lacunes en matière d'éducation dans leur communauté. Par exemple, on a noté qu'il n'y a qu'une seule agence de santé communautaire francophone à Toronto et que ses ressources sont limitées.
- Plusieurs participants ont également évoqué le taux élevé de pauvreté dans la communauté ACN, le logement insalubre, l'emploi dans des emplois précaires ou à bas salaire, le faible niveau d'éducation et le racisme systémique comme obstacles à l'accès aux services de santé nécessaires.
- Les obstacles institutionnels et liés aux soins de santé comprenaient le manque d'empathie, le refus de fournir les traitements demandés et le manque de confidentialité. Ces facteurs ont contribué à un sentiment de méfiance qui a conduit à une réticence à demander ou à revenir pour des soins de santé. Un participant a même fait remarquer que plusieurs agents de santé ne comprennent pas les expériences vécues par leurs patients ACN.

« J'ai une relation d'amour-haine avec les soins de santé. Personnellement, je ne vais pas aux urgences et je ne vais pas aux cliniques sans rendez-vous. Je m'en fiche. Je dois voir des médecins que je connais. Parce que nous avons beaucoup de traumatismes existants, qu'il s'agisse d'un traumatisme générationnel de, voyez-vous, du colonialisme, nous avons beaucoup de traumatismes de... d'autres noirs ont beaucoup de traumatismes dus à d'autres choses. Mais le traumatisme même de migrer vers ce pays. Et parfois... et des abus et d'autres choses et quand vous allez chercher des soins de santé et que vous commencez à expliquer cela à des gens qui ne comprennent pas vraiment d'où vous venez, c'est difficile. (Femme, Toronto, FG6)

Implications en matière de politiques et de pratique

Les résultats de l'Étude A/C relatif à l'accès et à l'utilisation des services de santé et des services sociaux doivent être interprétés dans un contexte plus large, car de faibles niveaux d'utilisation des services peuvent refléter des obstacles à l'accès ou un manque d'accès aux services. Bien que le Canada offre un accès presque universel aux services de santé essentiels, il est bien établi que l'accès aux soins de santé n'est pas égal pour tous. Par exemple, des données plus générales montrent que bien que le français soit une langue officielle, les francophones font face à des obstacles plus importants pour accéder aux services de santé au Canada que les anglophones ; les résultats de l'Étude A/C montrent également cette disparité. Par exemple, la conclusion selon laquelle les francophones utilisent davantage les soins spécialisés que les soins primaires suggère qu'ils font face à des obstacles pour accéder aux soins primaires et donc accéder aux soins spécialisés, leur condition étant plus avancée. En plus de l'accès, l'expérience lors de l'utilisation du service est également importante. Fournir des services linguistiquement appropriés est un point de départ pour offrir un environnement de service positif aux personnes ACN. Les prestataires de services doivent également prendre des mesures pour comprendre les expériences vécues par les personnes ACN, telles que la compréhension du racisme systémique et institutionnel contre les noirs, comment ceux-ci façonnent les expériences des personnes ACN et comment celles-ci affectent leur santé et leur bien-être. S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé contribuera à améliorer la santé de la population, réduisant ainsi le besoin de services de santé. Comme la compréhension du racisme anti-noir systémique et institutionnel, comment ceux-ci façonnent les expériences des gens ACN et comment ceux-ci affectent leur santé et leur bien-être. S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé contribuera à améliorer la santé de la population, réduisant ainsi le besoin de services de santé telle que la compréhension du racisme anti-noir systémique et institutionnel, comment ceux-ci façonnent les expériences des gens ACN et comment ceux-ci affectent leur santé et leur bien-être. S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé contribuera à améliorer la santé de la population, réduisant ainsi le besoin de services de santé.

Chapitre 11: Racisme anti-noir et autres formes d'oppression



Chapitre 11:

Racisme anti-noir et autres formes d'oppression

Principaux Résultats

- Les participants à l'enquête ont indiqué que le racisme, le sexisme et la xénophobie (en fonction du statut d'immigrant) étaient les trois principales raisons de traitement injuste
- De nombreux participants aux groupes de discussion ont décrit des expériences de racisme systémique dans le système de soins de santé et dans la société canadienne dans son ensemble.
- L'information sur les droits de l'homme était considérée comme un moyen de lutter contre le racisme systémique contre les noirs dans le secteur de la santé

Principales Actions

- Lutter contre le racisme, le sexisme et la xénophobie contre les personnes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) dans toutes les interventions visant à réduire les désavantages structurels affectant les communautés ACN.
- Créer une structure de gouvernance dirigée par les communautés ACN pour coordonner la collecte, l'accès, l'analyse, l'interprétation, ainsi que la dissémination des données systématiques désagrégées collectées sur la race et l'équité dans les secteurs de la santé et des services sociaux.
- Créer une structure pour garantir que les parties prenantes des ACN puissent utiliser au mieux les données pour l'élaboration de programmes et le plaidoyer en matière de politique.
- Renforcer l'accès à l'information sur les droits civiques et de santé des consommateurs pour les personnes ACN

Ce que nous avons trouvé

Faits à l'appui

Forces

- 24,5% des participants à l'enquête avaient rarement ou n'avaient jamais été traités avec moins de courtoisie que les autres.
- Parmi les participants à l'enquête, 37,8% se sont vu offrir rarement ou n'avaient jamais reçu un service moins bon que les autres dans un magasin ou un restaurant.
- La plupart des participants au sondage (57,7%) avaient rarement ou n'avaient jamais été menacés ou harcelés.
- 43,8% des participants à l'enquête ont déclaré que les gens n'agissaient que rarement ou jamais comme s'ils avaient peur d'eux.

Faiblesses

- 59,3% des participants à l'enquête ont été traités avec moins de courtoisie que les autres au moins une fois par an. Les trois principales raisons à cela étaient le racisme, le sexisme et le statut d'immigrant.
- 43,6% ont été davantage maltraités que les autres personnes dans les restaurants et les magasins. Les trois principales raisons à cela étaient le racisme, le sexisme et le statut d'immigrant.

Figure 11- 1: Raisons d'un traitement avec moins de courtoisie

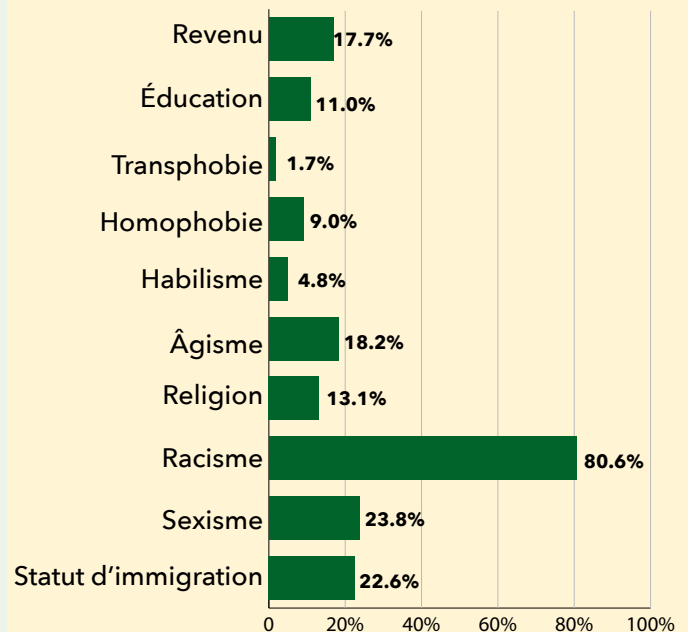
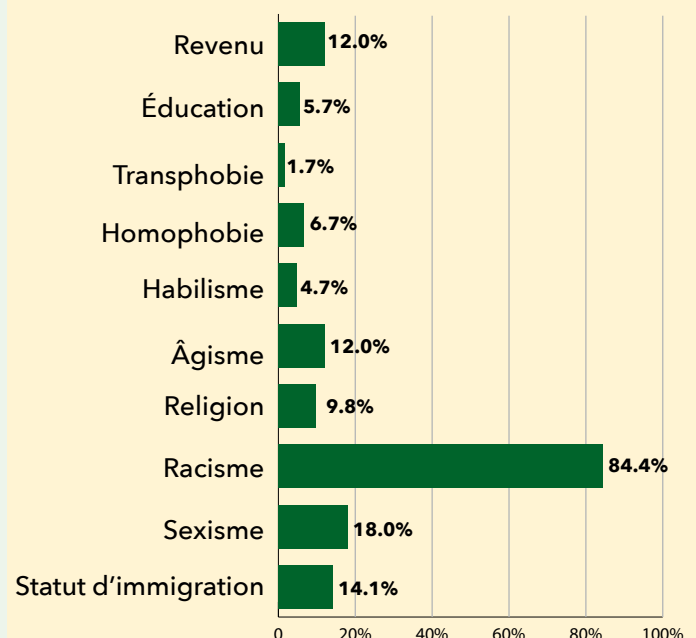
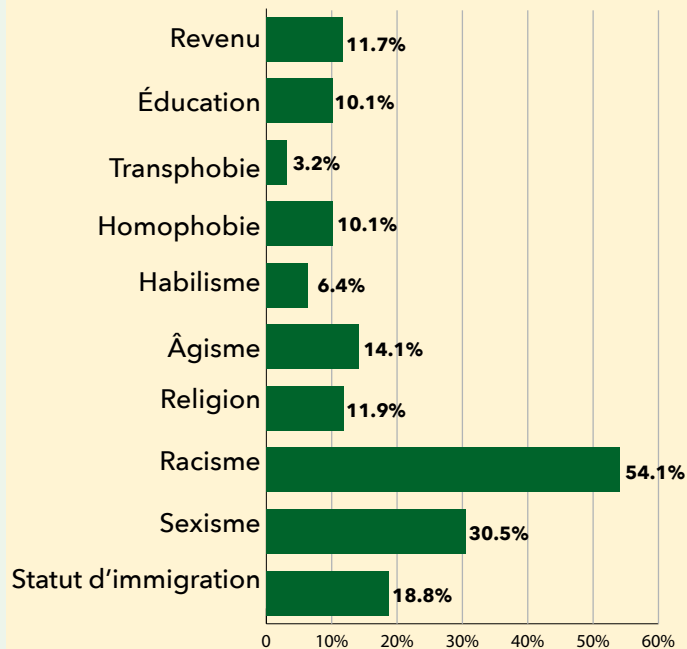


Figure 11- 2: Raisons du mauvais service dans les restaurants et les magasins



- 27,3% des participants à l'enquête ont été menacés ou harcelés au moins une fois par an. Les trois principales raisons à cela étaient le racisme, le sexisme et le statut d'immigrant

Figure 11- 3: Raisons d'être menacé ou harcelé



- Parmi les participants à l'enquête, 50,4% ont été traités comme s'ils n'étaient pas aussi intelligents que les autres au moins une fois par an. Le racisme, le sexisme et le statut d'immigration étaient les trois principales raisons de ce traitement injuste
- 38,0% des participants à l'enquête ont déclaré que les gens agissaient comme s'ils avaient peur d'eux au moins une fois par an. Les trois principales raisons à cela étaient le racisme, le sexisme et le statut d'immigrant.

Figure 11- 4: Raisons d'être traité comme n'étant pas intelligent

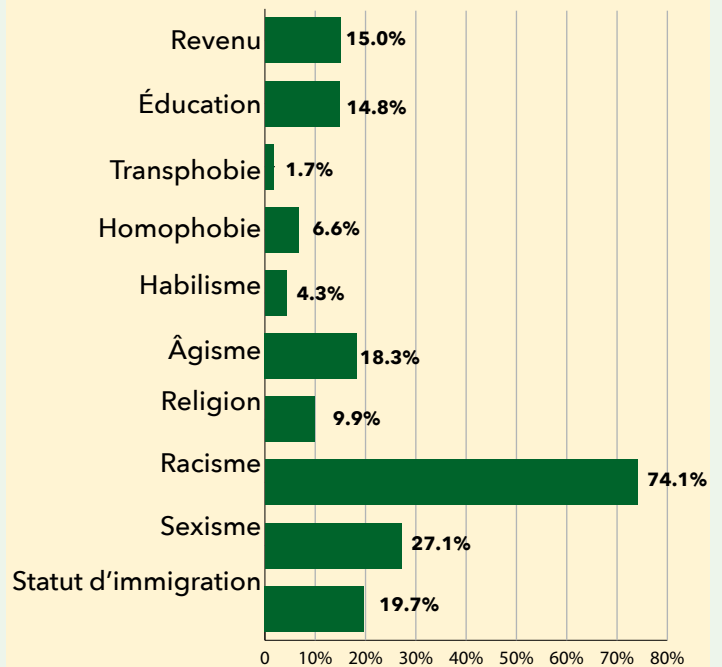
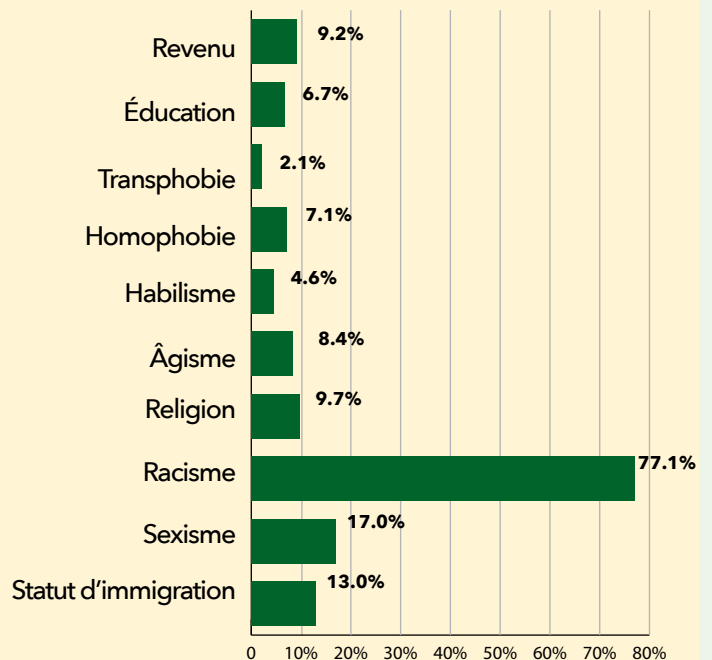


Figure 11- 5: Raisons pour lesquelles les gens ont peur de vous



Remarque: les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100%. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été utilisées lors du calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui a donné chaque réponse. En outre, les participants à l'enquête pouvaient choisir plusieurs raisons pour lesquelles un traitement injuste était infligé, de sorte que ces pourcentages élèvent à plus de 100%.

Dans leurs propres termes

Forces

- En réponse au racisme systémique contre les noirs auquel le système de santé canadien est confronté, plusieurs participants aux groupes de discussion ont parlé de l'importance de disposer d'informations sur leurs droits civiques et de santé des consommateurs afin de se défendre et prendre des décisions éclairées dans le système de santé.

« Alors que nous travaillons pour améliorer l'engagement dans le traitement, il est essentiel que les droits humains soient respectés et que les personnes vivant avec le VIH et à risque de contracter le VIH soient habilitées à recevoir des informations pour prendre des décisions sur le dépistage et le traitement qui leur conviennent... » (Modérateur, Toronto, FG6)

« ... Changer... le contact spécifique des noirs avec le système de santé en éduquant les noirs sur la façon dont ils doivent communiquer avec leurs prestataires de soins de santé, comment se défendre eux-mêmes lorsqu'ils accèdent aux soins de santé, comment avoir des connaissances avant d'aller à accéder aux soins de santé. » (Femme, Toronto, FG6)

Faiblesses

- Les facteurs structurels et institutionnels qui ont contribué à la vulnérabilité au VIH comprenaient la pauvreté, le racisme anti-noir et les obstacles à l'accès à l'information sur le VIH, la prévention du VIH, les ressources, les soins de santé et les soutiens. Les participants ont également discuté du racisme systémique dans la société canadienne dans son ensemble.

« Mais derrière tout cela, ce qui motive vraiment tous ces facteurs de surface, c'est le racisme. La communauté africaine, caribéenne et noire est soumise au racisme au quotidien et nous savons quel impact cela a en surface lorsque, vous savez, vous devez faire face au racisme dans tous les aspects de votre vie. Donc, je pense que si vous voulez dessiner comme un lien direct plus large en termes de vulnérabilité au VIH, je pense à tout ce qui concerne, comme vous le savez, le logement, l'emploi, l'éducation, tout ce qui, vous savez, crée cette vulnérabilité, tous liés au racisme et à la colonisation. » (Homme, Ottawa, FG5)

- Plusieurs participants ont parlé du taux élevé de pauvreté dans les communautés ACN, et en particulier les immigrants ACN récents. Ils ont également noté que le statut d'immigrant constituait également un obstacle à l'accès aux services. Par exemple, les travailleurs étrangers temporaires et les anciens étudiants qui restent au Canada avec un permis de travail n'ont souvent pas accès aux services de santé universels.

Implications en matière de politiques et de pratique

La recherche à tous les niveaux montre que les communautés ACN sont affectées de manière disproportionnée par le VIH par rapport aux autres races. Comme le montrent les résultats de l'Étude A/C les personnes ACN subissent généralement un traitement injuste en raison du racisme anti-noir, du sexisme et de la xénophobie. Le racisme et la xénophobie anti-noir structurels et institutionnels perpétuent la vulnérabilité au VIH à travers la pauvreté endémique et les obstacles à l'accès aux ressources et aux services, par exemple. Le racisme, le sexisme et la xénophobie anti-noir créent des systèmes oppressifs qui mettent à l'écart les communautés ACN, les rendant vulnérables à la mauvaise santé et à de mauvais résultats sociaux et économiques. Ces systèmes d'oppression créent des conditions sociales néfastes qui augmentent fondamentalement les inégalités et par conséquent les vulnérabilités. Par exemple, en raison du racisme systémique contre les noirs, les personnes ACN sont surreprésentées dans les logements pauvres omniprésents et les emplois précaires ou à bas salaires, qui conduisent directement et indirectement à une mauvaise santé. Lorsque le racisme systémique anti-noir croise la xénophobie systémique, les effets peuvent être aggravés, les immigrants ACN étant confrontés à un chemin particulièrement difficile vers une pleine participation à la société et à l'économie du Canada. De plus, lorsque ceux-ci se croisent avec le sexisme, les impacts sur les femmes ACN sont encore plus graves.

Chapitre 12: Expérience d'immigration



Chapitre 12:

Expérience d'immigration

Principaux Résultats

- Les immigrants qui avaient vécu plus longtemps au Canada étaient plus probable d'avoir fait des études postsecondaires, d'occuper un emploi à temps plein, d'avoir un prestataire de soins de santé primaires et de n'avoir aucune difficulté à subvenir aux besoins de base avec le revenu de leur ménage.
- Les participants à l'enquête qui avaient vécu au Canada pendant 5 à 9 ans étaient plus probable d'avoir moins de connaissances sur le VIH que les autres immigrants et ceux nés au Canada.
- À mesure que le temps passé au Canada augmentait, la probabilité de subir un traitement injuste augmentait ainsi que la probabilité d'attribuer ce traitement au racisme plutôt qu'au statut d'immigrant

Actions Principales

- Développer des interventions structurelles pour assurer la reconnaissance de l'expérience professionnelle et la formation des immigrants Africains, Caribéennes et Noirs (ACN).
- Lutter contre le racisme anti-noir, la xénophobie et le protectionnisme dans toutes les interventions visant à aider les immigrants à s'établir et à s'intégrer dans la société canadienne.
- Recueillir des données pour évaluer dans quelle mesure la discrimination sur le marché du travail existe pour les personnes ACN en général, et les immigrants ACN en particulier.
- Fournir une formation continue sur le VIH et les ressources disponibles à toutes les personnes ACN, pas seulement aux nouveaux immigrants.

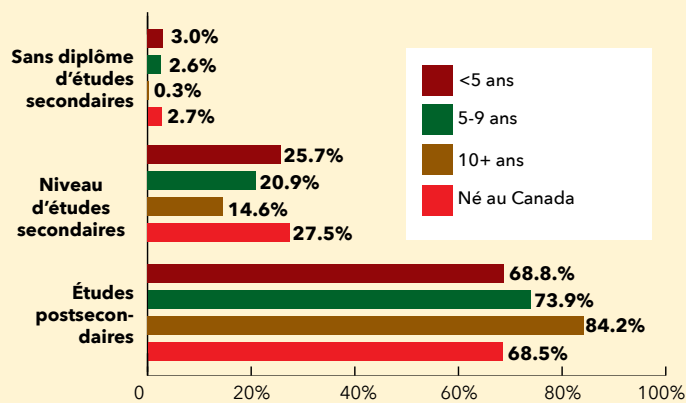
Ce que nous avons trouvé

Faits à l'appui

Forces

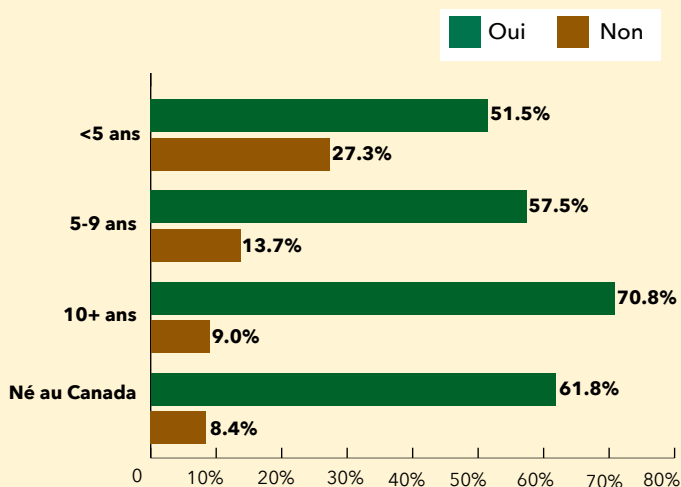
- Les participants à l'enquête qui étaient des immigrants étaient plus susceptibles d'être très scolarisés et plus ils étaient au Canada, plus ils étaient instruits.

Figure 12- 1: Plus haut niveau de scolarité atteint en fonction du temps passé au Canada



- À mesure que le temps passé au Canada augmentait, la probabilité d'avoir un médecin de famille augmentait également. 55,2% des personnes au Canada depuis moins de cinq ans avaient un médecin de famille, comparativement à 68,6% de celles au Canada pendant 5 à 9 ans, 85,1% de celles au Canada pendant 10 ans ou plus et 83,9% de celles nées au Canada. À mesure que le temps passé au Canada augmentait, la probabilité d'avoir accès à un médecin de famille ou à un(e) infirmier(ère) praticien(ne) au cours de la dernière année augmentait également.

Figure 12- 2: Visite chez un médecin de famille ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) au cours de la dernière année au Canada

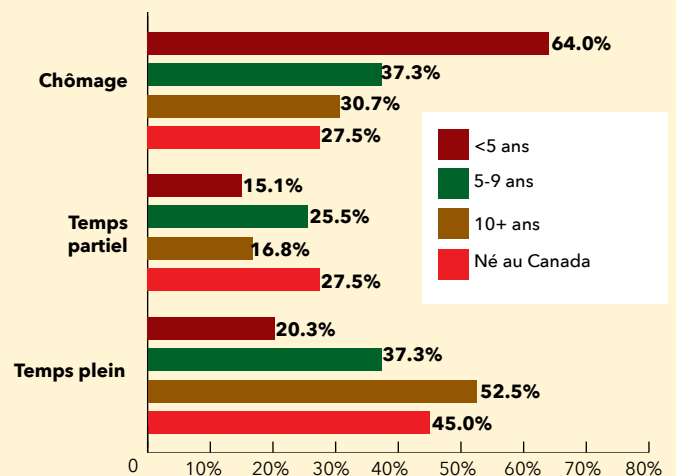


- Indépendamment de la durée du séjour des participants au sondage au Canada, environ la moitié avaient subi un test de dépistage des IST dans le passé - 57,8% de ceux au Canada depuis moins de cinq ans, 47,7% de ceux au Canada depuis 5 à 9 ans, 56,5% de ceux au Canada depuis 10 ans ou plus et 58,7% des personnes nées au Canada (58,7%).

Faiblesses

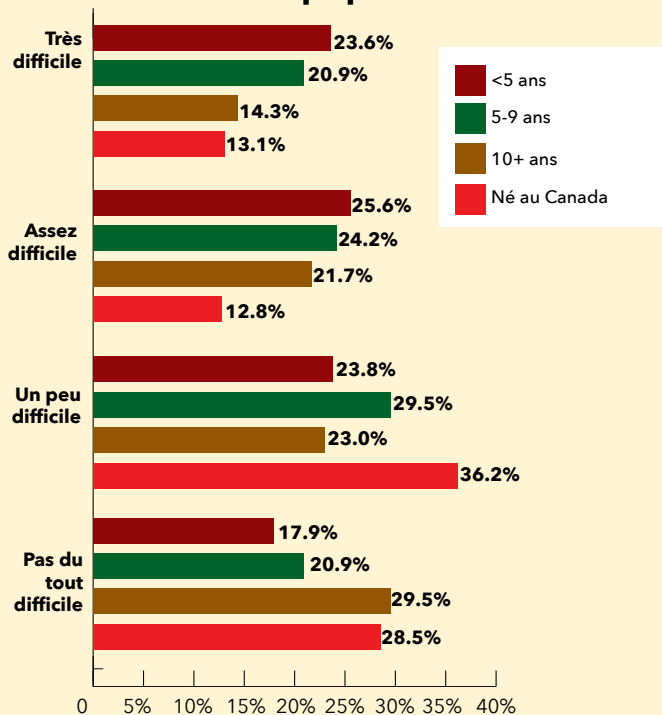
- La plupart des participants au sondage, quelle que soit la durée de leur séjour au Canada, ont déclaré ne pas avoir eu accès à un organisme de services de lutte contre le sida au cours de la dernière année - 68,5% de ceux ayant fait moins de cinq ans au Canada, 61,4% de ceux ayant fait entre 5 et 9 ans au Canada, 70,5% de ceux qui ont fait 10 ans ou plus au Canada et 70,1% de ceux nés au Canada. Cela signifie qu'ils n'ont pas eu accès à l'éducation ou à l'information, aux opportunités de bénévolat ou à tout autre service ou ressource fournie par les services de lutte contre le sida.
- Les immigrants étaient plus susceptibles d'être au chômage que les participants nés au Canada. À mesure que le temps passé au Canada augmentait, la probabilité d'occuper un emploi à temps plein augmentait également.

Figure 12- 3: Situation d'emploi en fonction du temps passé au Canada



- Les immigrants étaient plus susceptibles d'avoir de la difficulté à subvenir aux besoins de base avec le revenu de leur ménage que ceux qui sont nés au Canada. À mesure que le temps passé au Canada augmentait, les immigrants avaient moins de difficulté à répondre à ces besoins.

Figure 12- 4: Satisfaction des besoins de base grâce au revenu du ménage en fonction du temps passé au Canada



- Les connaissances approfondies en matière de VIH étaient les plus courantes chez les immigrants qui avaient vécu au Canada pendant 10 ans ou plus (65,2%) et ceux qui sont nés au Canada (60,7%)
- À mesure que le temps passé au Canada augmentait, les participants au sondage étaient plus susceptibles d'être traités avec moins de courtoisie que les autres - 50,3% de ceux au Canada pendant moins de cinq ans, 56,9% de ceux au Canada entre 5 à 9 ans, 66,8% de ceux qui étaient au Canada depuis 10 ans ou plus et 76,5% des personnes nées au Canada. Les personnes qui avaient une présence plus longue au Canada étaient moins susceptibles

d'attribuer cela à leur statut d'immigration.

Figure 12- 5: Connaissances liées au VIH en fonction du temps passé au Canada

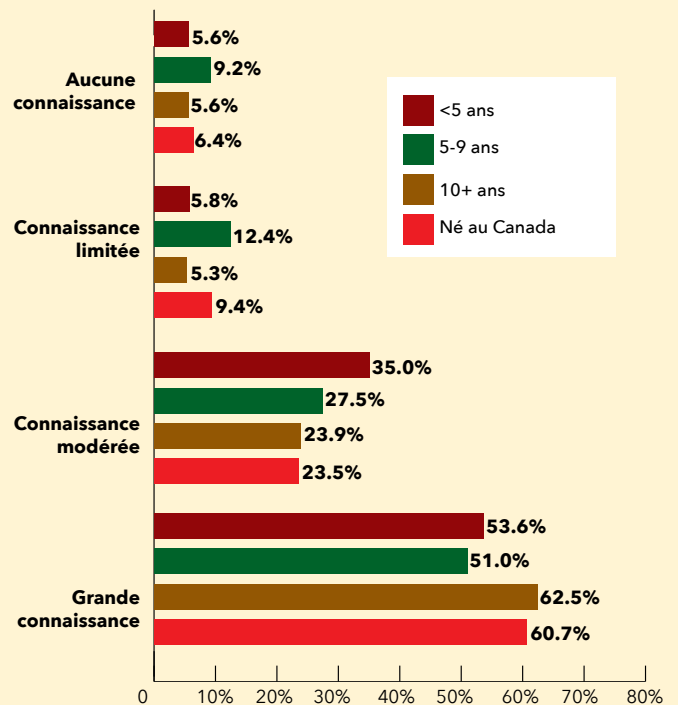
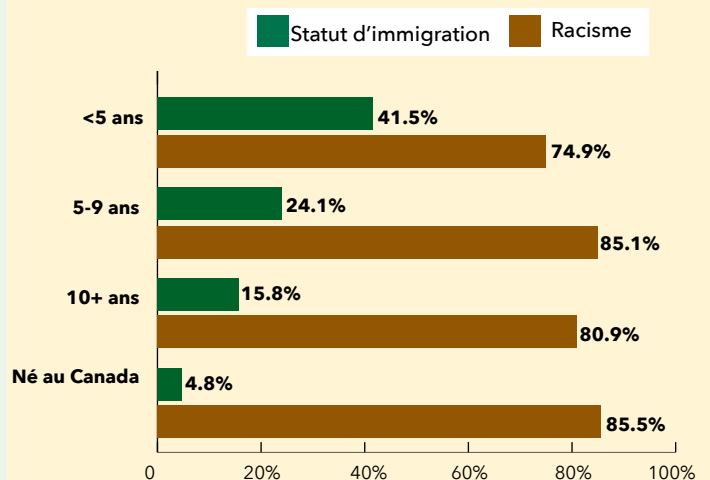
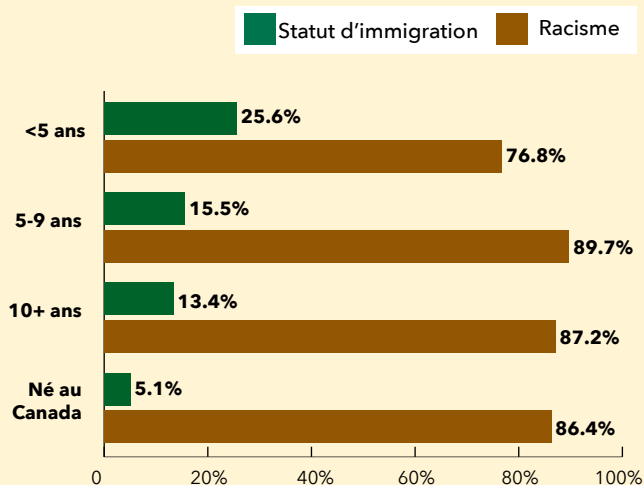


Figure 12- 6: Raisons de traitement moins courtois en fonction du temps passé au Canada



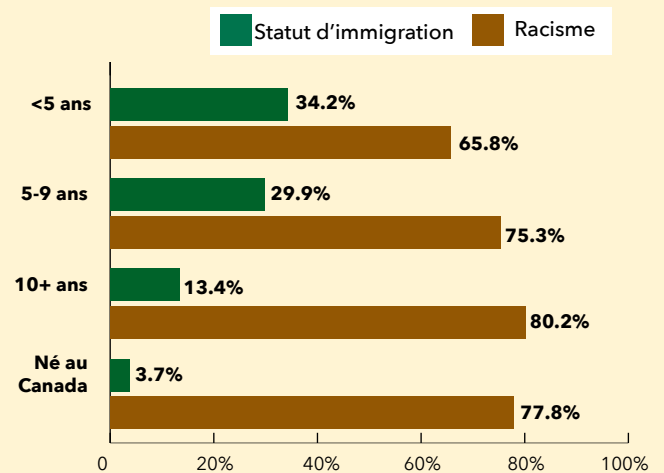
- La probabilité de recevoir un service moins bon que les autres dans les restaurants et les magasins augmentait à mesure que le temps passé au Canada augmentait - 28,7% de ceux au Canada pendant moins de cinq ans, 37,9% de ceux au Canada entre 5 à 9 ans, 55,6% de ceux au Canada depuis 10 ans ou plus et 66,4% des personnes nées au Canada. À mesure que le temps passé au Canada augmentait, la probabilité d'attribuer ce traitement injuste au statut d'immigrant diminuait.

Figure 12- 7: Raisons de mauvais traitements dans les restaurants et les magasins en fonction du temps passé au Canada



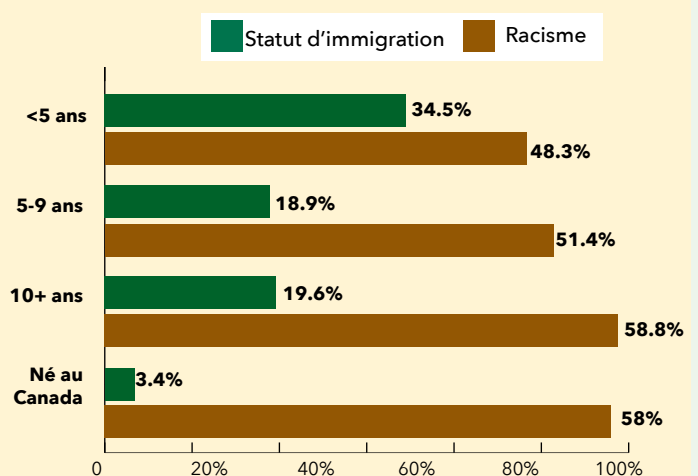
- Une présence plus longue était associée à une probabilité plus élevée d'être traité comme si l'on n'était pas intelligent - 42,0% de ceux au Canada pendant moins de cinq ans, 50,3% de ceux au Canada entre 5 et 9 ans, 58,1% de ceux au Canada depuis 10 ans ou plus et 63,4% des personnes nées au Canada. Les personnes vivant au Canada plus longtemps étaient plus susceptibles d'attribuer ce traitement injuste au racisme.

Figure 12- 8: Raisons pour que les gens agissent comme si l'on n'était pas intelligent en fonction du temps passé au Canada



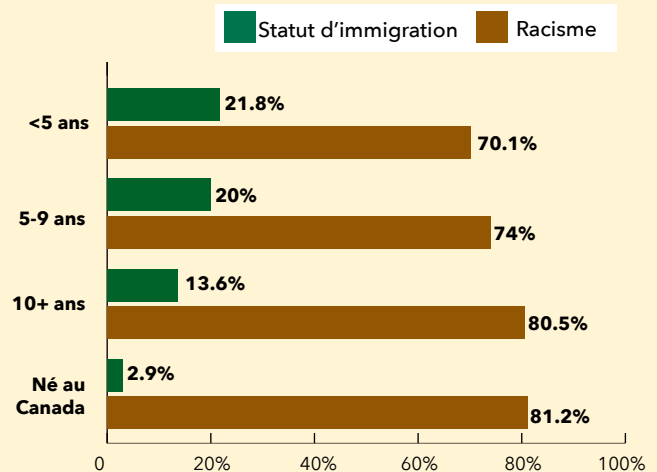
- 39,9% des participants au sondage nés au Canada avaient été menacés ou harcelés. Les pourcentages correspondants étaient de 31,7% de ceux au Canada depuis 10 ans ou plus, 24,2% de ceux au Canada entre 5 et 9 ans et 20,3% de ceux au Canada depuis moins de cinq ans. À mesure que le temps passé au Canada augmentait, les participants au sondage étaient plus susceptibles d'attribuer ces mauvais traitements au racisme.

Figure 12- 9: Raisons d'être menacé ou harcelé en fonction du temps passé au Canada



- Les participants au sondage qui avaient passé plus de temps au Canada étaient également plus susceptibles de voir des gens agir comme s'ils avaient peur d'eux - 25,7% de ceux au Canada pendant moins de cinq ans, 32,7% de ceux au Canada entre 5 et 9 ans, 47,8% de ceux au Canada depuis 10 ans ou plus et 57,0% des personnes nées au Canada. À mesure que le temps passé au Canada augmentait, les participants à l'enquête étaient moins susceptibles d'attribuer ce traitement injuste au statut d'immigrant et plus susceptibles de l'attribuer au racisme.

Figure 12- 10: Raisons pour lesquelles les gens agissent comme s'ils ont peur de vous en fonction du temps passé au Canada



Remarque: les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100%. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses lors du calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse.

Implications en matière de politiques et de pratique

À l'instar d'autres données probantes, ces résultats montrent qu'au fil du temps, les expériences des immigrants ACN deviennent plus cohérentes avec celles de leurs homologues nés au Canada. Cela est vrai pour les expériences positives et négatives. Par exemple, les immigrants ACN étaient plus susceptibles de trouver un emploi à temps plein s'ils avaient vécu plus longtemps au Canada, mais ils étaient également plus susceptibles de subir un traitement injuste. Notamment, alors que la plupart des personnes ACN attribuaient ce traitement injuste au racisme, la proportion de personnes faisant cette attribution augmentait avec le temps passé au Canada. Cette constatation suggère que, à mesure que le temps passé au Canada augmente, les personnes ACN sont plus susceptibles d'être victimes de racisme, de reconnaître un traitement injuste comme du racisme, ou les deux. Chez les immigrants ACN, l'attribution d'un traitement injuste au statut d'immigrant a diminué à mesure que le temps passé au Canada augmentait, ce qui donne à penser que l'expérience d'immigration est moins problématique lorsqu'ils s'intègrent davantage à la société canadienne. Bien que les immigrants de longue date aient des niveaux d'emploi plus élevés que les immigrants plus récents, leur niveau d'emploi ne reflète pas leur niveau de scolarité. Cela concorde avec les preuves montrant que les personnes ACN au Canada, y compris les immigrants, sont victimes de discrimination sur le marché du travail, ce qui entraîne des niveaux plus élevés de chômage et de sous-emploi par rapport à leurs homologues non ACN. Les preuves montrent également que les immigrants ACN sont également confrontés à une déqualification parce que leur expérience professionnelle et leurs titres ne sont pas reconnus, ce qui est le résultat de la combinaison du racisme, de la xénophobie et du protectionnisme. L'interaction complexe de ces facteurs et la durée de vie au Canada doivent être prises en compte lors de l'élaboration de politiques, de programmes et de services pour aider les immigrants à intégrer et à se retrouver dans la société canadienne.

Chapitre 13: Soutien social communautaire



Chapitre 13:

Soutien social communautaire

Principaux Résultats

- Moins de la moitié des participants à l'enquête étaient d'accord avec les déclarations indiquant qu'il y avait un soutien social dans leur communauté .
- Les participants de Toronto étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux inférieurs de soutien social dans les communautés Africaines, Caribéennes et Noires (ACN) par rapport à ceux d'Ottawa.
- Les participants ont identifié les organisations communautaires, les organisations confessionnelles et les modèles de rôle comme des ressources importantes pour lutter contre le VIH dans les communautés ACN.

Actions Principales

- Impliquer les organisations confessionnelles et locales dans la réponse au VIH dans les communautés ACN.
- Augmenter le sentiment de communauté et de connexion parmi les personnes ACN.
- Tirer parti des atouts de la communauté, y compris le leadership politique et religieux, dans les efforts visant à lutter contre le racisme anti-noir, les problèmes sociaux et de santé affectant les communautés ACN.

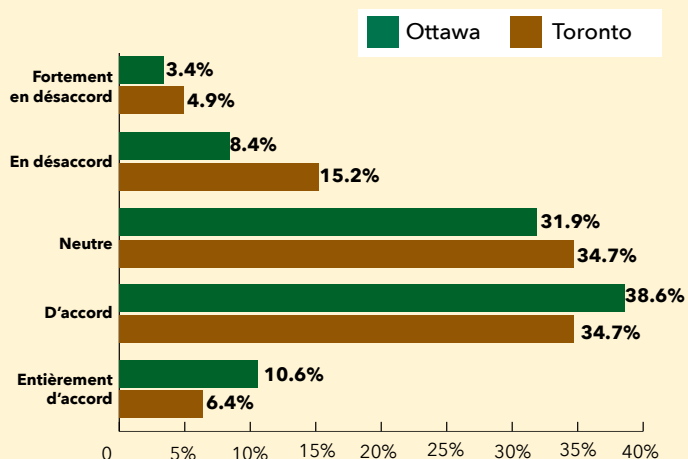
Ce que nous avons trouvé

Faits à l'appui

Forces

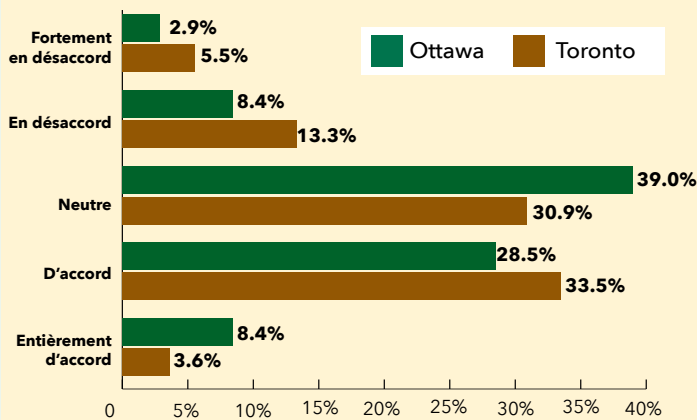
- Les participants à l'enquête qui étaient des immigrants étaient plus susceptibles d'être très scolarisés et plus ils étaient au Canada, plus ils étaient instruits.

Figure 13- 1: Personnes ACN disposées à s'entraider par ville



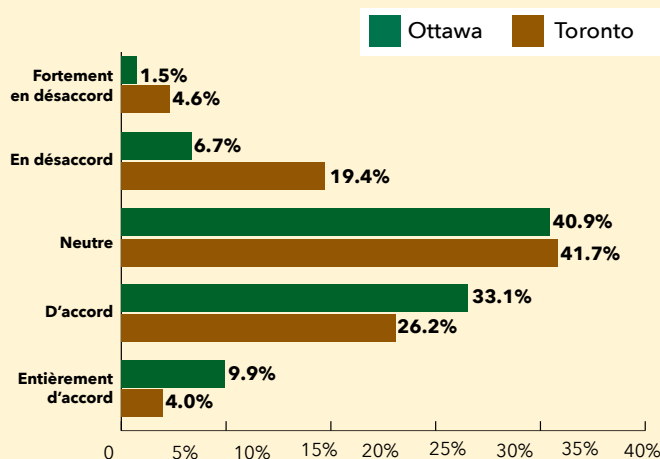
- Dans l'ensemble, 37,0% des participants au sondage ont déclaré que les personnes ACN formaient une communauté très unie (36,9% à Ottawa et 37,1% à Toronto).

Figure 13- 2: Personnes estimant que les personnes ACN forment une communauté unie par ville



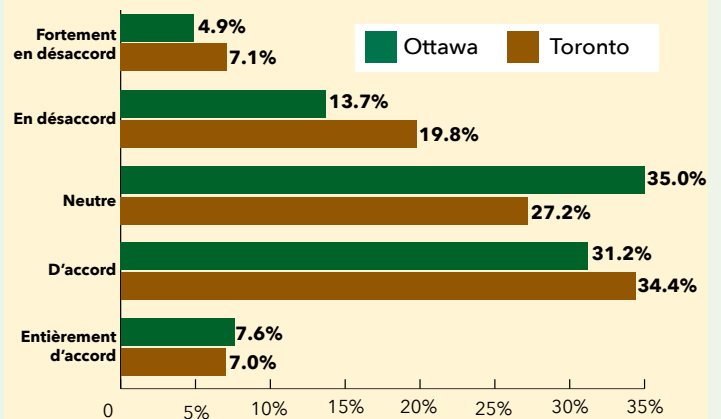
- 43,0% des participants à l'étude à Ottawa croyaient que l'on pouvait faire confiance aux ACN, tandis que 30,2% de ceux de Toronto étaient d'accord avec cette affirmation. Dans l'ensemble, 35,0% des participants à l'étude étaient d'accord avec cette affirmation.

Figure 13- 3: Sentiment que les personnes ACN sont dignes de confiance par ville



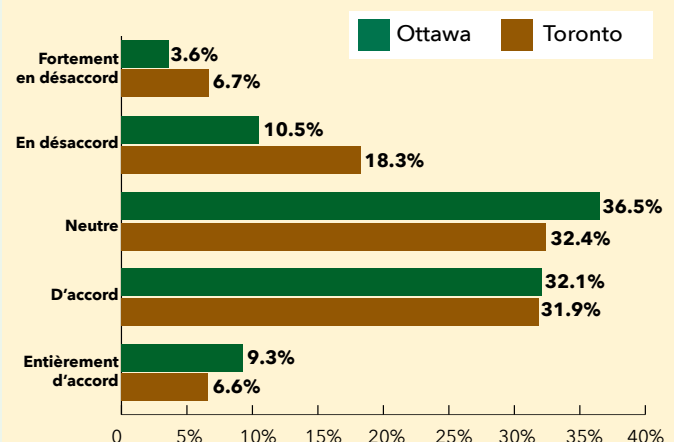
- 40,4% des participants à l'étude (38,8% à Ottawa et 41,4% à Toronto) sont convenus qu'il y avait de nombreuses occasions de travailler avec des personnes ACN sur des questions touchant la communauté ACN.

Figure 13- 4: Sentiment d'existence de nombreuses opportunités de travailler avec les personnes ACN sur des problèmes affectant la communauté noire par ville



- En tout, 39,6% des participants à l'étude sont convenus que les groupes communautaires ACN soutenaient la communauté. Les pourcentages par ville étaient de 41,4% à Ottawa et de 39,5% à Toronto.

Figure 13- 5: Sentiment d'existence de nombreux groupes communautaires ACN qui soutiennent la communauté par ville



Faiblesses

- 20,1% des participants à Toronto et 11,8% de ceux d'Ottawa n'étaient pas d'accord avec l'énoncé selon lequel les personnes ACN étaient disposées à s'entraider. Dans l'ensemble, 16,9% des participants au sondage n'étaient pas d'accord avec cet énoncé et 33,6% n'étaient ni d'accord ni en désaccord.
- En tout, 23,2% des participants à l'étude étaient en désaccord avec le fait que les personnes ACN formaient une communauté étroitement unie (16,2% pour Ottawa et 27,5% pour Toronto), et 34,0% n'étaient ni d'accord ou ni en désaccord.
- 24,0% des participants au sondage à Toronto n'étaient pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle on pouvait faire confiance aux personnes ACN. Le pourcentage correspondant pour Ottawa

était de 8,2%. Dans l'ensemble, 18,0% des participants au sondage n'étaient pas d'accord avec l'énoncé et 41,4% n'étaient ni d'accord ni en désaccord.

- 30,1% des participants à l'enquête étaient neutres sur la question de savoir si les personnes ACN avaient ou non de nombreuses occasions de travailler ensemble sur des questions touchant la communauté ACN, et 23,8% n'étaient pas d'accord. À Ottawa, 18,6% des participants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation et 26,9% n'étaient pas d'accord à Toronto.
- Dans l'ensemble, 20,8% des participants au sondage (14,1% à Ottawa et 25,0% à Toronto) n'étaient pas d'accord avec le fait que de nombreux groupes communautaires ACN appuyaient la communauté, et 34,0% étaient neutres sur le sujet.

Remarque: les valeurs présentées dans les figures et le texte peuvent ne pas équivaloir à 100%. Bien que les valeurs manquantes ne soient pas présentées, elles ont été incluses lors du calcul des pourcentages. Par conséquent, les valeurs présentées ci-dessus reflètent le pourcentage de participants à l'enquête qui ont donné chaque réponse.

Dans leurs propres termes

Forces

- De nombreux participants ont identifié les réseaux communautaires comme des ressources précieuses pour exploiter le soutien social, ce qui comprenait l'utilisation de modèles, de pairs et d'organisations communautaires. Ils ont également parlé de la nécessité d'un engagement communautaire dans la lutte contre le VIH.

« Nous devons engager notre communauté, peut-être par le biais de la narration, de la danse, du théâtre et quelqu'un a mentionné qu'une communauté préfère parcourir des brochures parce qu'il est toujours considéré comme culturellement inapproprié de parler de sexe et du VIH. (Femme, Toronto, FG2)

- Plusieurs participants aux groupes de discussion ont reconnu l'importance d'améliorer le soutien par les pairs pour les personnes ACN vivant avec le VIH.

« Mais cette connexion avec les pairs est l'outil le plus puissant dont nous disposons. Il n'y a rien de plus grand que ça. Donc, avoir ces programmes comme nous que nous avons, comme Speakers' Bureau, ou Buddy Program, où les gens vont partager leurs expériences dans la communauté, ou nous les associons à quelqu'un d'autre vivant avec le VIH mais qui est, vous savez, un novice, récemment testé positif, donc ils ne savent pas grand-chose à ce sujet. Ce sont probablement les outils les plus puissants que nous utilisons pour lutter contre le VIH. » (Homme, Ottawa, FG5)

- De nombreux participants aux groupes de discussion ont identifié les organisations confessionnelles et locales comme des acteurs importants du partage d'informations ainsi que de la lutte contre les normes sociales et la stigmatisation.
- Les participants aux groupes de discussion ont reconnu que les communautés ACN ont du mal à travailler ensemble. Plusieurs ont parlé de la nécessité pour les communautés ACN, malgré les différences de composition et de priorités, de se respecter les unes les autres et de travailler ensemble pour lutter contre le VIH.

Faiblesses

- Il était évident que les normes sociales en vigueur au sein des communautés ACN contribuaient à la stigmatisation, un obstacle fréquemment cité à la divulgation du statut VIH à la famille et aux amis, et à la pleine participation à la société. Les participants aux groupes de discussion ont raconté des histoires de membres de la communauté rejetés après avoir partagé leur statut VIH avec des personnes faisant partie de leurs réseaux de soutien.

“Donc, l'autre point était que les noirs ont besoin d'unité et de ne pas penser qu'ils sont meilleurs que les autres noirs et de ne pas venir en quelque sorte détruire ce qui a déjà été fait auparavant.” (Modérateur, FG2

Implications en matière de politiques et de pratique

Les résultats de l'Étude A/C montrent que le soutien social et la connexion avec la communauté sont essentiels pour lutter contre le VIH et d'autres problèmes affectant les personnes ACN. Les approches qui tirent parti des forces et des ressources de la communauté comprennent la mobilisation des organisations communautaires, des dirigeants communautaires, des organisations confessionnelles, des pairs et des modèles, par exemple. D'un point de vue socio-écologique, ces approches peuvent aider à renforcer la capacité de la communauté ACN à prévenir le VIH et à soutenir les personnes ACN vivant avec le VIH. Ces résultats de l'Étude A/C montrent également qu'il est nécessaire d'accroître le soutien social et la connectivité dans les communautés ACN, et que le soutien social et la connexion communautaires sont plus élevés à Ottawa qu'à Toronto. L'augmentation du soutien social communautaire a le potentiel de conférer des avantages au-delà de ceux liés au VIH. D'autres avantages comprennent une plus grande capacité à plaider en faveur de changements structurels qui permettront de lutter contre le racisme anti-noir et d'améliorer les déterminants sociaux de la santé des personnes ACN.

Chapitre 14: Conclusions et recommandations



Chapitre 14:

Conclusions et recommandations

Conclusions

Le VIH continue d'être une pandémie mondiale, et les communautés Africaines, Caribéennes et Noires (ACN) vivant en Ontario et au Canada restent touchées de manière disproportionnée par le VIH (Gouvernement du Canada, 2017; Initiative ontarienne d'épidémiologie et de surveillance du VIH, nd; Réseau ontarien de traitement du VIH, nd). Les résultats de l'Étude A/C et d'autres recherches démontrent que les déterminants sociaux de la santé et les déterminants structurels des inégalités en santé, tels que les barrières linguistiques, la stigmatisation et le racisme anti-noir, et d'autres formes de discrimination ont des conséquences négatives sur la prévention du VIH et le lien avec et la participation aux soins des personnes ACN vivant avec le VIH (PV VIH) en Ontario (Gardezi et al., 2008; Millett et al., 2012; Samson et Spector, 2012; Simbiri et al., 2010).

Le fardeau disproportionné du VIH dans les communautés ACN ne peut être compris ou traité efficacement sans s'attaquer à ces facteurs sociaux et structurels. Par exemple, les connaissances sur le VIH à elles seules ne suffisent pas à réduire la transmission, car des facteurs sociaux et structurels, tels que la stigmatisation, font obstacle à l'acquisition de connaissances, et la connaissance ne se traduit pas toujours directement par un changement de comportement. (Faust et Yaya, 2018; JC Kerr et al., 2014; Mihan et al., 2016; Ojikutu et al., 2012). De plus, la modification des comportements individuels est insuffisante pour lutter contre le VIH au

niveau de la population, car les comportements sont influencés par des facteurs sociaux (par exemple, les réseaux sexuels), structurels (par exemple, la stigmatisation du VIH) et d'autres facteurs contextuels (par exemple, la charge virale communautaire), qui sont des facteurs importants au niveau de la population qui ne sont pas sous le contrôle d'un individu (Bailey et al., 2017; Baral et al., 2013; Krieger, 2008; Montaner et al., 2006, 2010; Williams, 2003). Même le recours au dépistage du VIH est influencé par des barrières structurelles et des facteurs indépendants de la volonté de l'individu (Bolszewicz et al., 2015; Kaai et al., 2012). La stigmatisation du VIH et la discrimination raciale sont également associées à un faible taux de rétention et d'accès aux soins du VIH, ce qui est essentiel pour contrôler la charge virale du VIH au niveau de la population (Earnshaw et al., 2013; C. Logie et al., 2013; Montaner et al., 2006, 2010). Par conséquent, des approches collaboratives et multisectorielles qui appliquent une optique socio-écologique et combattent la discrimination et d'autres formes d'oppression sont nécessaires pour lutter contre le VIH dans les communautés ACN de l'Ontario.

L'expérience de l'immigration et la xénophobie, les barrières linguistiques, le racisme anti-noir, le sexisme, la pauvreté et la stigmatisation du VIH ne sont que quelques-uns des facteurs structurels qui causent des inégalités, augmentent la vulnérabilité au VIH, diminuent l'état de santé général et menacent le bien-

être des personnes ACN. Il est fondamental d'accorder une attention suffisante à ces facteurs structurels, car :

«Les déterminants de la distribution de la maladie ne sont pas réductibles à des mécanismes de causalité de la maladie...., (qui se produisent dans le corps des individus)... les schémas de santé et de maladie de la population constituent l'expression biologique incarnée des modes de vie et de travail offerts différemment par l'économie politique de chaque société et l'écologie politique, et (2) les politiques et pratiques qui bénéficient et préservent les privilèges économiques et sociaux des groupes dominants, structurent et contraignent simultanément les conditions de vie et de travail qu'elles imposent à tous les autres, façonnant ainsi des voies particulières de manifestation (Krieger, 2008). »

Ainsi, les façons dont les communautés ACN sont intégrées dans les systèmes sociaux, économiques, juridiques, d'éducation, de santé et d'éducation de l'Ontario les rendent plus vulnérables au VIH. Ce phénomène ne peut pas être pleinement expliqué uniquement par des facteurs au niveau individuel.

Cette étude a établi que les politiques inéquitables et anti-noires génèrent des préjudices multiplicatifs dans les communautés noires. Cela est illustré par les obstacles économiques, juridiques et sociaux auxquels les communautés ACN, telles que la pauvreté, le sous-emploi, les bas salaires, les défis pour obtenir la citoyenneté, le faible accès aux services de soins de santé et les formes croisées de discrimination, entre autres, qui tous contribuent à la vulnérabilité au VIH et à un moindre accès aux services de santé (Creese et Wiebe, 2012; Gouvernement du Canada, 2020; Jackson, 2017; J. Kerr et al., 2018; Millett et al.,

2012; Mullings et al., 2016; The Conference Board of Canada, 2017). Ces déterminants sociaux alimentent des pandémies comme le VIH (Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé, 2007). De plus, un certain nombre d'études au Canada ont montré que les immigrants racialisés sont victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur race et de leur statut d'immigrant (CH Logie et al., 2016; Simich et al., 2006).

Les résultats de l'Étude A/C ont montré que, bien que le Canada ait deux langues officielles, les personnes francophones ACN étaient confrontées à un désavantage supplémentaire, car les barrières linguistiques auxquelles font face les personnes francophones ACN sont devenues un thème important. Nos résultats sont similaires à d'autres attribuant des niveaux plus faibles d'utilisation des services de santé chez les francophones aux barrières linguistiques (de Moissac et Bowen, 2017; Djiaudeau et al., 2020). L'utilisation et l'accès aux services de santé sont des déterminants importants de la santé et du bien-être (Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé, 2007). De plus, «dans certains endroits, la qualité des services de santé en français a conduit les francophones vivant dans des provinces à majorité anglophone à éviter les soins», comme l'Ontario (de Moissac et Bowen, 2017). Même lorsqu'il y a des prestataires de soins de santé bilingues, ceux-ci signalent des difficultés à fournir des services de santé de qualité aux patients francophones (Djiaudeau et al., 2020). Les soins adaptés à la culture comprennent des soins appropriés sur le plan linguistique (Kreuter et al., 2003).

Recommandations

Le leadership ACN est nécessaire pour lutter contre le VIH, le racisme anti-noir, les problèmes sociaux et de santé affectant les communautés ACN. Par conséquent, il est impératif de tirer parti des ressources communautaires et de la capacité de leadership de l'ACN. Les leaders locaux, religieux et politiques des communautés ACN ont un rôle important à jouer dans la promotion du changement. Le sens de la communauté, le capital social de la communauté et les liens avec la communauté sont tous des facilitateurs importants de l'action communautaire, et ceux-ci devraient être améliorés dans les communautés ACN. Les données sont un outil important pour suivre et évaluer les progrès accomplis dans la lutte contre le racisme systémique contre les noirs, et les données sur la race sont sensibles et peuvent être politisées et interprétées de manière préjudiciable aux communautés ACN. Par conséquent, la collecte, l'accès, l'analyse, l'interprétation, la gouvernance et la diffusion de données ventilées sur la race et d'autres données liées à l'équité dans les secteurs de la santé et des services sociaux devraient avoir lieu sous la direction des personnes ACN.

Un changement de politique est nécessaire pour résoudre les facteurs structurels affectant les communautés ACN. Des interventions structurelles sont nécessaires pour: remédier aux désavantages qui mènent à la vulnérabilité au VIH, protéger le bien-être social et économique des PVVIH ACN, faire du dépistage du VIH une partie systématique des services de santé, garantir l'accès aux soins et au traitement du VIH indépendamment du statut de résidence ou d'autres facteurs, éliminer les obstacles socio-économiques à l'accès à la prophylaxie pré et post-exposition et assurer la reconnaissance de l'expérience professionnelle et de la formation que les immigrants ACN apportent au Canada. La diffusion généralisée des autotests du VIH est un autre changement de politique qui devrait avoir un effet positif

sur la lutte contre le VIH dans les communautés ACN.

La recherche reste un outil important pour la production de connaissances, le développement des interventions et le plaidoyer. Deux informations clés qui restent insaisissables sont la prévalence et l'incidence du VIH dans les communautés ACN. Ce sont des mesures importantes de la charge de morbidité qui devraient être évaluées régulièrement. Il est également important de connaître le niveau de suppression virale dans les communautés ACN et comment les personnes ACN se débrouillent le long de la cascade 90-90-90, et ceux-ci doivent également être estimés régulièrement. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur l'efficacité clinique et les impacts sociaux de la prophylaxie pré et post-exposition dans les communautés ACN. Enfin, étant donné la diversité des communautés ACN, les diverses formes croisées, la discrimination et l'oppression identifiées dans l'Étude A/C, et les barrières uniques auxquelles font face les personnes francophones ACN et les immigrants ACN, il est important de recueillir des données relatives à l'équité sur l'accès, l'utilisation et les résultats dans les secteurs de la santé et des services sociaux, ainsi que sur les expériences du marché du travail.

L'accès aux services de santé et aux services sociaux, ainsi que l'expérience de l'utilisation de ces services sont tous deux importants. Les fournisseurs de services peuvent améliorer la pertinence culturelle de leurs services en éliminant les barrières linguistiques, en particulier celles auxquelles font face les personnes francophones ACN. De plus, les prestataires de services peuvent travailler avec les parties prenantes ACN pour utiliser des données spécifiques aux ACN, telles que celles de l'Étude A/C, pour développer des programmes et des services. Les formations anti-oppression, anti-discrimination et préjugés

inconscients peuvent également donner aux prestataires de services des outils et des compétences pour améliorer leur capacité à fournir des soins de qualité aux personnes ACN. Les interventions visant à améliorer les connaissances et les compétences des prestataires de services dans la fourniture de services ethno-raciaux appropriés devraient être évaluées.

Des actions au niveau communautaire sont également nécessaires. Les normes sociales au sein des communautés ACN, telles que celles qui découragent les personnes ACN de parler ouvertement du VIH, servent à limiter les connaissances liées au VIH et à perpétuer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH. Il est donc important de lutter contre la stigmatisation du VIH et d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des informations relatives au VIH dans les communautés ACN. La prophylaxie pré et post-exposition est un outil important de prévention du VIH qui devrait être promu au sein des communautés ACN. Enfin, le renforcement de l'accès à l'information sur les droits civiques et des consommateurs de santé pour les personnes ACN peut aider à renforcer les capacités d'auto-représentation lors de l'accès aux services de santé et sociaux.

Si les facteurs au niveau individuel sont insuffisants pour lutter seuls contre le VIH, ils jouent toujours un rôle important dans le risque de VIH. Les connaissances relatives au VIH restent importantes pour la prise de décisions éclairées sur la santé et les pratiques sexuelles. Les efforts visant à accroître les connaissances sur le VIH devraient particulièrement cibler les jeunes ACN, les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada. Les sujets importants, basés sur les résultats de l'Étude A/C, comprennent : le risque de VIH lorsque l'alcool et la marijuana sont consommés pendant les rapports sexuels, la durée entre l'exposition au VIH et un résultat de test positif, les avantages d'une détection précoce (traitement précoce, longévité et la réduction

de la transmission du VIH), et la prévalence et l'incidence du VIH dans les communautés ACN du Canada.

Annexe A:

Méthodologie de recherche

Annexe B:

**Équipe de recherche, organisations
partenaires et remerciements**

Liste des références



Annexe A: Méthodologie de recherche

Conception : L'Étude A/C a utilisé une approche à méthodes mixtes. Au cours de la première phase, l'équipe a mené une enquête transversale sur les adultes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) dans la Région du Grand Toronto (RGT) et à Ottawa / la Région de la capitale nationale. L'enquête a été utilisée pour collecter des données quantitatives ainsi que des échantillons de sang. Au cours de la deuxième phase, l'équipe a tenu un événement de deux jours suivant le processus du World Café qui a été mis à profit pour partager les résultats de la première phase et collecter des données qualitatives à l'aide de groupes de discussion (GD). En tout, il y a eu 12 groupes de discussion - deux en français et quatre en anglais pour la RGT, deux en français et quatre en anglais pour Ottawa. Six groupes de discussion ont eu lieu le premier jour de l'événement, et les six autres ont eu lieu le deuxième jour. L'étude a été menée selon les principes de la recherche communautaire – dans " un grand effort de collaboration entre les chercheurs et les membres de la communauté pour mener des recherches visant à résoudre un problème communautaire (Mbuagbaw et coll., 2020, p. 2).

Éligibilité: La population cible de la première phase était les personnes «nées dans un pays des Caraïbes ou d'Afrique subsaharienne ou nées ailleurs (y compris au Canada) avec un parent né dans l'un de ces pays» " (Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3). Les participants devaient également être âgés de 15 à 64 ans au moment du sondage et résider dans la Région du Grand Toronto (RGT) ou à Ottawa. Les participants devaient avoir «la capacité de communiquer en anglais ou en français [et être] capables de donner un consentement éclairé»(Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3).

Pour la deuxième phase, la population cible était constituée d'adultes ACN résidant dans la RGT ou à Ottawa et de ceux qui fournissent des

services aux personnes ACN dans ces villes.

Taille de l'échantillon cible : La taille de l'échantillon pour la première phase était basée sur : une gamme de valeurs de la prévalence estimée du VIH parmi les personnes ACN de première et de deuxième génération; « La répartition des populations ACN des Caraïbes (58%) et d'Afrique (42%), dérivée de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2016; et la proportion de personnes ACN dans la RGT et à Ottawa. En utilisant des quotas qui reflètent ces distributions et une prévalence du VIH de 2%, [et] en appliquant l'approche Wilson [intervalle de confiance] avec correction de continuité, nous avons calculé une taille d'échantillon [cible] de 1 500 (1 000 dans la RGT et 500 à Ottawa) » (Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3).

La taille de l'échantillon cible pour la deuxième phase était de 96 à 120 (8 à 10 personnes par groupe de discussion).

Recrutement : Les participants à la première phase ont été recrutés dans les deux localités en utilisant une stratégie de recrutement par les pairs. Dans la RGT et à Ottawa, l'équipe a « recruté et formé un cadre diversifié de 25 et 17 pairs recruteurs respectivement, qui [étaient] globalement représentatifs de la population cible (y compris les personnes vivant avec le VIH). Des pairs recruteurs formés [ont contacté] des personnes ACN potentiellement éligibles à travers"(Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3) les réseaux sociaux (par exemple. Le Black Toronto Community Support et Racial Health Equity Network sur Facebook), les événements (par exemple. Afrofest, la Zone de Santé ACN à Ottawa, le Festival Caribéen de Toronto, Pride, Blockorama, le Villagefest, Braids for AIDS, Black Owned Summer) et le marché d'hiver) et des lieux peuplés de personnes ACN (par exemple, TAIBU et les centres de santé communautaire de Black Creek, La Passerelle, etc.). Les lieux

fréquentés par les personnes ACN ont été sélectionnés avec la contribution des membres de l'équipe locale et des collaborateurs. Ceux qui étaient intéressés à participer [ont] reçu une carte portant le code unique du recruteur, puis renvoyés au coordonnateur de l'étude. Les participants qui ont contacté le coordonnateur [ont] été invités à fournir le code et [ont] été programmés pour une entrevue avec un intervieweur de l'étude. Les codes sur les cartes de recrutement [étaient] également utilisés pour savoir où et comment les participants ont été recrutés pour optimiser les efforts de traçage et de suivi (Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3) des modèles de recrutement. Le personnel du projet a également assisté à des événements et traçage fréquenté des lieux qui ont attiré un grand nombre de personnes ACN. Le personnel a recruté des participants à partir de ces événements et lieux, après avoir déterminé leur éligibilité à l'enquête. L'équipe de recherche a également recruté des participants dans divers lieux, événements et réseaux en ligne où des personnes ACN se rassemblent.

Les participants aux groupes de discussion ont été recrutés lors d'un événement virtuel de deux jours suivant le processus de World Café (décrit ci-dessous). L'événement a été promu sur les réseaux sociaux des ACN en utilisant les médias sociaux et un dépliant contenant le lien d'inscription et une description de l'objectif de l'étude et de l'événement. Au total, 87 personnes des deux villes ont participé le premier jour et 84 personnes ont participé au second. Les participants comprenaient des membres et des dirigeants de la communauté, des fournisseurs de services, des décideurs et d'autres utilisateurs des connaissances. Les participants à l'événement World Café ont été invités lors de l'inscription s'ils voulaient également participer aux discussions de groupe, et seuls ceux qui ont manifesté leur intérêt et donné leur consentement ont été inclus dans les groupes de discussion.

Consentement : Dans les deux phases, la participation à cette étude de recherche

était totalement volontaire et les participants pouvaient refuser de participer entièrement, refuser de répondre aux questions ou se retirer de l'étude. Les participants ont été informés que le retrait de l'étude n'affecterait pas leur relation avec les membres de l'équipe de l'Étude A/C. Alors que le consentement écrit a été obtenu lors de la première phase, la participation aux groupes de discussion de la deuxième phase était basée sur le consentement verbal.

Compensation : Chaque participant au sondage a reçu une rémunération de 40 \$ CA et chaque participant au groupe de discussion a reçu une rémunération de 30 \$ CA par groupe de discussion.

Collecte de données pour la première phase

Lieux : La collecte de données pour l'Étude A/C a eu lieu dans la RGT et à Ottawa, deux grands centres métropolitains de l'Ontario, au Canada. Des pairs chercheurs formés ont mené des entretiens à partir de différents sites dans les deux centres, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Enquête: «L'enquête de l'Étude A/C consiste en un questionnaire disponible en français et en anglais couvrant plusieurs domaines, notamment: les informations sociodémographiques; les [pratiques] sexuelles; la consommation de substances; le don de sang; l'accès et l'utilisation des systèmes et services de santé; et les connaissances sur le VIH, le dépistage, les soins et les traitements »(Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3); La stigmatisation du VIH; les expériences de racisme et les autres formes de discrimination; et le soutien social communautaire. L'enquête était disponible sous forme de questionnaire auto-administré ou assisté par un intervieweur sur une tablette ou un ordinateur portable.

Prélèvement d'échantillons et analyses de laboratoire:

Un échantillon de goutte de sang séché (GSS) a été demandé à chaque participant à l'enquête, et «les participants étaient libres de refuser et de rester dans l'enquête» (Mbuagbaw et coll., 2020, p. 3). Les échantillons ont été testés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en quête d'anticorps contre le VIH. Les résultats des tests ont été liés aux données de l'enquête à des fins d'analyse, tout en préservant l'anonymat.

Liaison avec les données administratives:

«Pour examiner les questions d'accès et d'utilisation des services de santé, un nombre croissant d'études de recherche en Ontario incluent une option permettant aux participants de consentir à fournir leurs renseignements personnels [(c.-à-d. Les numéros de l'Assurance-Santé de l'Ontario qui peuvent être lié aux données administratives de l'Institut des sciences de l'évaluation clinique (ICES); <https://www.ices.on.ca/>)] (Mbuagbaw et coll., 2020, p. 4). Cela a également été fait dans le cadre de l'Étude A/C, et les données seront utilisées pour lancer une cohorte d'observation de personnes ACN.

Un certain nombre de mesures ont été prises pour assurer la confidentialité des participants et la sécurité des données. Plusieurs variables de liaison ont été recueillies, notamment le nom, la date de naissance, le sexe et le numéro de l'Assurance-santé. Au moment de la collecte des données, ces variables ont été saisies (par l'enquêteur ou le participant) dans un logiciel «boîte noire» sur le site de l'entrevue. Le logiciel a utilisé un algorithme spécial pour générer un code unique pour chaque individu, puis a automatiquement purgé le nom, la date de naissance, le sexe et le numéro l'Assurance-Santé de l'Ontario de l'individu de sa mémoire. Le code ne peut pas être retracé jusqu'à l'individu, mais le code unique sera envoyé au ICES où il sera utilisé pour relier les données du questionnaire de l'Étude A/C aux données du ICES pour les individus avec des codes uniques correspondants. Seule l'équipe de recherche

verra les informations, et les informations ne quitteront pas l'environnement ICES, Les renseignements sont protégés en fonction des règles et des lois en vigueur pour protéger les renseignements sur la santé de toute personne vivant en Ontario.

La collecte de données pour la deuxième phase :

L'événement Virtuel World Café : L'équipe de recherche a organisé un événement virtuel de deux jours (30 et 31 juillet 2020) sur la plateforme de visioconférence Zoom pour partager les résultats de l'étude, solliciter les contributions de la communauté, collecter des données qualitatives et générer des recommandations pour aller de l'avant. L'événement a été éclairé par les principes de la recherche communautaire. Cette dernière un mécanisme habilitant qui peut transformer une capacité accrue en action pour l'application des connaissances. L'événement de la journée a commencé par des présentations sur l'Étude A/C et ses résultats par les membres de l'équipe de recherche. Il y avait trois présentations chaque jour, et les présentations ont mis en évidence les résultats liés aux principaux objectifs de l'étude. Ces présentations ont été suivies d'une période de questions et réponses en grand groupe et de discussions de groupe virtuelles. Les groupes de discussion ont été suivis d'une période de compte rendu en grand groupe où les points clés des discussions ont été résumés et partagés par le facilitateur et le rapporteur de chaque groupe de discussion. Chaque journée s'est terminée par une brève réflexion sur les moments forts de la journée.

Groupe de discussions : Il y a eu un total de 12 groupes de discussion. Chaque groupe de discussion était dirigé par un animateur qui était soutenu par un rapporteur. Tous les animateurs et rapporteurs ont été brièvement formés à la méthodologie des groupes de discussion et ont reçu un guide de discussion bilingue (français et anglais) qui comprenait :

des informations pour accueillir les participants et faciliter les présentations, des informations clés sur les formulaires de consentement et des questions à poser pendant les discussions de groupe. (Y compris les relances). Il y avait six groupes de discussion chaque jour - trois avec des participants résidant dans la RGT (un en français et deux en anglais) et trois avec des participants résidant à Ottawa (un en français et deux en anglais). Les participants au groupe de discussion ont discuté de la recherche en santé avec les communautés ACN, du dépistage du VIH et du conseil, et des expériences de réponse aux besoins de base le premier jour. Le deuxième jour, ils ont discuté de la vulnérabilité et des risques liés au VIH, des accès aux services et connaissances relatives au VIH. Chaque groupe de discussion a été enregistré et transcrit textuellement. Les textes des boîtes de discussion ont été notés et constituaient une partie des notes de terrain de chaque groupe de discussion.

Analyse : Pour la première phase, des statistiques descriptives (les fréquences / les pourcentages, les moyennes, les médianes) ont été calculées pour caractériser les personnes ACN qui ont participé à l'Étude A/C et présenter les principaux résultats répondant aux objectifs clés de l'étude. Le cas échéant, une régression multivariée a été utilisée pour déterminer les associations. Pour la deuxième phase, chaque transcription des notes de groupe de discussion a été codée selon le processus de codage ouvert¹ et une analyse thématique a été menée pour identifier les principaux thèmes.

Approbation éthique : "L'Étude A/C a été conçue en tenant dûment compte des normes éthiques conventionnelles dans le contexte des réalités et des attentes de la communauté.

En plus de l'expérience collective dans la conduite de la recherche communautaire de haute qualité, l'équipe de recherche a déployé des efforts concertés pour aborder des questions importantes liées à la rémunération des participants, gérer plusieurs rôles (par exemple., en tant que chercheur, recruteur, membre de la communauté), consentement éclairé, confidentialité, adéquation soutien aux pairs recruteurs et stratégies pour aborder des sujets sensibles, illégaux ou stigmatisants »(Mbuagbaw et coll., 2020, p. 7).

Les comités d'éthique de la recherche des établissements suivants ont approuvé l'étude : Santé publique de Toronto, Santé publique d'Ottawa, l'Université Laurentienne, l'Université d'Ottawa et l'Université de Toronto.

¹Le codage ouvert est la phase initiale du processus de codage dans l'analyse qualitative des données. Les codes sont des mots et des expressions utilisés pour étiqueter et organiser des données qualitatives, et ils sont utilisés pour identifier des thèmes. Dans le codage ouvert, les codes sont créés en fonction des données elles-mêmes plutôt que d'être pré-spécifiés. C'est un processus itératif qui tend à conduire à une identification plus complète des thèmes au sein des données.

Annexe B: Équipe de recherche, organisations partenaires et remerciements

Équipe de recherche (classée par ordre alphabétique par nom de famille):

Muna Aden, Centre de santé communautaire de la santé des femmes entre les mains des femmes

Dre Shamara Baidoobonso

Dre Fatimah Jackson-Best, Alliance pour la santé des noirs

Dr Charles Daboné, Université d'Ottawa

Dr Pascal Djiaheu, Université McMaster

Dre OmiSoore Dryden, Université Dalhousie

Dr Egbe Etowa

Dre Josephine Etowa, Université d'Ottawa *

Gareth Henry, Coalition noire pour la prévention du sida

Dr Winston Husbands, Réseau ontarien de traitement du VIH *

Haoua Inoua, Comité du sida d'Ottawa

Dre Aisha Lofters, Hôpital St. Michael's

Dr Lawrence Mbuagbaw, Université McMaster *

Mary Ndung'u, Hôpital Women's College

Dr LaRon Nelson, Hôpital St. Michael's et Université Yale *

Suzanne Obiorah, Centre de santé communautaire Somerset Ouest *

Fanta Ongoiba, Africains en partenariat contre le sida

Maureen Owino, Comité pour le traitement accessible du sida

Dre Rita Shahin, Santé publique de Toronto

Wangari Tharao, Centre de santé communautaire de la santé des femmes entre les mains des femmes

Dr Sanni Yaya, Université d'Ottawa

*Co-chercheur principal

Équipe de recherche (classée par ordre alphabétique par nom de famille):

Ihechi Dinneh, Université d'Ottawa

Esther Ekong, Université d'Ottawa

Akalewold Gebremeskel, Université d'Ottawa

Dr Bishwajit Ghose, Université d'Ottawa

Daeria Lawson, Université McMaster

Tola Mbulaheni, Université de Toronto

Agatha Nyambi, Réseau ontarien de traitement du VIH

Clemence Ongolo-Zogo, Université McMaster

Collaborateurs (classée par ordre alphabétique par nom de famille):

Jean Bacon, Réseau ontarien de traitement du VIH

Dre Dana Paquette, Agence de la santé publique du Canada

Andrew Hendriks, Santé publique Ottawa

Khaled Salam, Comité du sida d'Ottawa

Dr Bagnini Kohoun, Université d'Ottawa

Kristin Westland, Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC

Personnel du projet (classée par ordre alphabétique par nom de famille):

Coordonnateurs: Akalewold Gebremeskel, Medys Kihembo, Hilary Nare

Lawrence, Natyshaihembaru, Natyshaihembaru, Natyshaihembaru, Ana Mateus, Morgan, GeAnne Nelson, Nelson Niyongabo, Nontobeko (Nonty) Nkala, Jane K. Odongo, Alie Pierre, Destiny (Stacy) Savary, Abiyot Seifu, Venance Tirwakunda et Junic Wokuri

Intervieweurs / Recruteurs: Olubusayo Abegunde, Lishan Alemu, Fatimatou Barry, Amanda Chinemelu, Ajuna Byaruhanga Dianah, Ihechi Dinneh, Ito Ekanem, Ofonmbuk Esther Ekong, Hella Fesehay, Monique Hughes, Ayan Jama, Majorie Kabahu

Organisations partenaires (classée par ordre alphabétique par nom de famille):



Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude aux membres des communautés africaines, caribéennes et noires de la région du Grand Toronto et de la région de la capitale d'Ottawa qui ont participé à cette étude. Nous vous sommes très reconnaissants, car votre participation a fait de ce projet de recherche novateur un succès. Nous remercions également les pairs intervieweurs et les recruteurs qui ont effectué le travail préparatoire dans leurs communautés pour recueillir ces données importantes. Malgré toutes les difficultés, le travail acharné et le dévouement ont abouti à cette grande réussite.

Diverses organisations et individus ont également énormément contribué à ce projet. Nous tenons à exprimer notre gratitude à nos organisations partenaires des deux régions pour leur généreuse collaboration et leurs conseils judicieux tout au long de la mise en œuvre de l'étude A/C. Des remerciements particuliers vont également au: Conseil africain et caribéen sur le VIH / sida en Ontario; Programme de recherche sur les femmes et le VIH; les ambassadeurs de la santé communautaire au centre de santé communautaire La santé des femmes dans les mains des femmes; Liben Gebremikael et Maheshi Thilakasena du centre de santé communautaire TAIBU; Cheryl Prescod, Doris Forlemu-Kamwa et Katrina D. Sealy du centre de santé communautaire de Black Creek; Sarah

au nord du centre de santé communautaire Somerset Ouest; Cory Wong du Comité du sida d'Ottawa; Le révérend Joseph Kiirya du ministère du Jourdain; Fades International Hair; Ken de Jaku Konbit; Dre Ilene Hyman pour l'analyse des données qualitatives; Keresa Arnold pour l'édition du rapport; Frantz Brent-Harris pour les services de conception graphique; Jacob Sanwidi pour avoir traduit le rapport en français; et Annie-Danielle Grenier pour la transcription des discussions des groupes de discussion. De plus, nous tenons à remercier la généreuse équipe qui nous a aidés avec l'événement World Café, qui comprend: Eno Akan-Essien comme co-modérateur de l'événement; Mwali Muray, Ayan Jama, Jane K. Odongo, Kemi Ariyo, Fatimatou Barry et Olubusayo Abegunde pour avoir animé les discussions de groupe; et Tofi Ajibolade, Esther Ekong, Dr Ikenna Mbagwu, Noelie Mutombo, Dre Lovelyn Ubangha, Monica Vu et Irene Wanyoto pour avoir pris des notes.

Enfin, nous tenons à remercier les anciens membres de l'équipe de recherche qui ont apporté leurs idées et leur expertise aux premières étapes du projet : Hector Addison, Kwaku Adomako, Keresa Arnold, Dre Dara Friedman, Dre Jemila Hamid, Albert Imbufe, Dr Hugues Loemba, Henry Luyombya, Lydia Makoroka, Dr Paul Mkandawire, Pamela Obegu, Pamela A. Oickle, Dr Chinedu Oraka, Valerie Pierre-Pierre, Shannon Ryan et Eugene Williams.

Liste des références

- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions. *Lancet (London, England)*, *389*(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)
- Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. (2013). Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, *13*(1), 482. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-482>
- Bolsewicz, K., Vallely, A., Debattista, J., Whittaker, A., & Fitzgerald, L. (2015). Factors impacting HIV testing: A review – perspectives from Australia, Canada, and the UK. *AIDS Care*, *27*(5), 570–580. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.986050>
- Creese, G., & Wiebe, B. (2012). 'Survival employment': Gender and deskilling among African immigrants in Canada. *International Migration*, *50*(5), 56–76. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2009.00531.x>
- de Moissac, D., & Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare Management Forum*, *30*(4), 207–212. <https://doi.org/10.1177/0840470417706378>
- Djiadeu, P., Yusuf, A., Ongolo-Zogo, C., Nguemo, J., Odhiambo, A. J., Mukandoli, C., Lightfoot, D., Mbuagbaw, L., & Nelson, L. E. (2020). Barriers in accessing HIV care for Francophone African, Caribbean and Black people living with HIV in Canada: A scoping review. *BMJ Open*, *10*(8), e036885. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036885>
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Dovidio, J. F., & Williams, D. R. (2013). Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience. *The American Psychologist*, *68*(4), 225–236. <https://doi.org/10.1037/a0032705>
- Faust, L., & Yaya, S. (2018). The effect of HIV educational interventions on HIV-related knowledge, condom use, and HIV incidence in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *18*(1), 1254. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6178-y>
- Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., Panoram, A., George, C., Remis, R. S., Willms, D., McGee, F., & Adebajo, S. (2008).

Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20, 718–725.

Government of Canada, S. C. (2017, February 8). *Census Profile, 2016 Census—Canada and Ontario*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=PR&Code2=35&SearchText=ontario&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1&type=1>

Government of Canada, S. C. (2020, February 25). *Canada's Black population: Education, labour and resilience*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020002-eng.htm>

Jackson, A. (2017, October 26). The reality of racial discrimination underlined in new Census Data. *Broadbent Institute*. https://www.broadbentinstitute.ca/andrew_ajackson/the_reality_of_racial_discrimination_underlined_in_new_census_data

Kaai, S., Bullock, S., Burchell, A. N., & Major, C. (2012). Factors that affect HIV testing and counseling services among heterosexuals in Canada and the United Kingdom: An integrated review. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 4–15. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.11.011>

Kerr, J. C., Valois, R. F., Diclemente, R. J., Fletcher, F., Carey, M. P., Romer, D., Vanable, P. A., & Farber, N. (2014). HIV-related stigma among African-American youth in the northeast and southeast US. *AIDS and Behavior*, 18(6), 1063–1067. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0687-6>

Kerr, J., Northington, T., Sockdjou, T., & Maticka-Tyndale, E. (2018). Perceived neighborhood quality and HIV-related stigma among African diasporic youth: Results from the African, Caribbean, and Black Youth (ACBY) Study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(2), 651–663. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0049>

Kreuter, M. W., Lukwago, S. N., Bucholtz, R. D. D. C., Clark, E. M., & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: Targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 30(2), 133–146. <https://doi.org/10.1177/1090198102251021>

- Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *American Journal of Public Health, 98*(2), 221–230.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>
- Logie, C. H., Jenkinson, J. I. R., Earnshaw, V., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2016). A structural equation model of HIV-related stigma, racial discrimination, housing insecurity and wellbeing among African and Caribbean Black women living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS ONE, 11*(9).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162826>
- Logie, C., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. (2013). Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care and STDs, 27*(2), 114–122. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0296>
- Mbuagbaw, L., Tharao, W., Husbands, W., Nelson, L. E., Aden, M., Arnold, K., Baidooobonso, S., Dabone, C., Dryden, O., Etowa, E., Hamid, J., Jackson-Best, F., Kohoun, B., Lawson, D. O., Lofters, A. K., Luyombya, H., Mbulaheni, T., Mkandawire, P., Ndungu, M., ... Etowa, J. (2020). A/C Study protocol: A cross-sectional study of HIV epidemiology among African, Caribbean and Black people in Ontario. *BMJ Open, 10*(7), e036259.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036259>
- Mihan, R., Kerr, J., Maticka-Tyndale, E., & Team, T. A. (2016). HIV-related stigma among African, Caribbean, and Black youth in Windsor, Ontario. *AIDS Care, 28*(6), 758–763. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1158397>
- Millett, G. A., Peterson, J. L., Flores, S. A., Hart, T. A., Jeffries, W. L., Wilson, P. A., Rourke, S. B., Heilig, C. M., Elford, J., Fenton, K. A., & Remis, R. S. (2012). Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: A meta-analysis. *The Lancet, 380*(9839), 341–348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60899-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60899-X)
- Montaner, J. S. G., Hogg, R., Wood, E., Kerr, T., Tyndall, M., Levy, A. R., & Harrigan, P. R. (2006). The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet, 368*(9534), 531–536.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69162-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69162-9)
- Montaner, J. S. G., Lima, V. D., Barrios, R., Yip, B., Wood, E., Kerr, T., Shannon, K., Harrigan, P. R., Hogg, R. S., Daly, P., & Kendall, P. (2010). Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV

- diagnoses in British Columbia, Canada: A population-based study. *Lancet*, 376(9740), 532–539. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60936-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60936-1)
- Mullings, D. V., Morgan, A., & Quelleng, H. K. (2016). Canada the Great White North where anti-black racism thrives: Kicking down the doors and exposing the realities. *Phylon (1960-)*, 53(1), 20–41.
- Ojikutu, B., Nnaji, C., Sithole, J., Schneider, K. L., Higgins-Biddle, M., Cranston, K., & Earls, F. (2012). All Black people are not alike: Differences in HIV testing patterns, knowledge, and experience of stigma between US-born and non-US-born Blacks in Massachusetts. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(1), 45–54. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0312>
- Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative. (n.d.). *New HIV Diagnoses 2017 by Priority Population*. Retrieved October 26, 2020, from <http://www.ohesi.ca/priority-populations-2-2017/>
- Ontario HIV Treatment Network. (n.d.-a). *African, Caribbean and Black Communities*. Retrieved October 26, 2020, from <http://www.ohtn.on.ca/research-portals/priority-populations/african-caribbean-and-black-communities/>
- Ontario HIV Treatment Network. (n.d.-b). *Social Drivers*. Retrieved October 26, 2020, from <http://www.ohtn.on.ca/research-portals/social-drivers/>
- Samson, A. A., & Spector, N. M. P. (2012). Francophones living with HIV/AIDS in Ontario: The unknown reality of an invisible cultural minority. *AIDS Care*, 24(5), 658–664. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.630350>
- Simbiri, K. O. A., Hausman, A., Wadenya, R. O., & Lidicker, J. (2010). Access impediments to health care and social services between Anglophone and Francophone African immigrants living in Philadelphia with respect to HIV/AIDS. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(4), 569–579. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9229-8>
- Simich, L., Hamilton, H., & Baya, B. K. (2006). Mental distress, economic hardship and expectations of life in Canada among Sudanese newcomers. *Transcultural Psychiatry*, 43(3), 418–444. <https://doi.org/10.1177/1363461506066985>
- The Conference Board of Canada. (2017, April). *Racial Wage Gap—Society Provincial Rankings—How Canada Performs*. The Conference Board of Canada. [https://www.conferenceboard.ca/\(X\(1\)S\(jkrarux1kjj2hhewpwumdua\)\)/hcp/provincial/society/racial-gap.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1](https://www.conferenceboard.ca/(X(1)S(jkrarux1kjj2hhewpwumdua))/hcp/provincial/society/racial-gap.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1)

- Williams, G. H. (2003). The determinants of health: Structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 131–154. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00344>
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* [Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health]. World Health Organization. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

