



# Enquête transversale sur la prévalence des facteurs de risque et du VIH chez les Africains, les Caribéens et les Noirs en Ontario : l'étude A/C

Lawrence Mbuagbaw<sup>1,2,3,4\*</sup>, Winston Husbands<sup>5,6</sup>, Shamara Baidobonso<sup>7</sup>, Daeria Lawson<sup>1</sup>, Muna Aden<sup>8</sup>, Josephine Etowa<sup>9</sup>, LaRon Nelson<sup>5,10</sup>, Wangari Tharao<sup>8</sup>

## Résumé

**Contexte :** L'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a touché de façon disproportionnée les communautés africaines, caribéennes et noires (ACN) au Canada. Nous avons étudié les facteurs associés à l'infection par le VIH et la prévalence chez les membres des communautés ACN en Ontario.

**Méthodes :** Enquête transversale auprès des personnes ACN de première et de deuxième générations âgées de 15 à 64 ans à Toronto et à Ottawa (Ontario, Canada). Nous avons recueilli des données sociodémographiques, les cas autodéclarés de séropositivité au VIH et nous avons offert des tests de dépistage de type « gouttes de sang séché » (GSS) pour déterminer la prévalence de l'infection au VIH. Les facteurs associés à l'infection par le VIH ont été étudiés à l'aide de modèles de régression.

**Résultats :** Au total, 1 380 personnes ont été interrogées et 834 (60,4 %) ont été testées pour le VIH. La prévalence du VIH était de 7,5 % dans l'ensemble (intervalle de confiance [IC] à 95 % de 7,1–8,0) et de 6,6 % (IC à 95 % de 6,1–7,1) dans la population adulte (15 à 49 ans). Des facteurs comme un âge plus élevé (rapport de cotes ajusté [RCa] 2,8; IC à 95 % : 2,77–2,82), la naissance à l'extérieur du Canada (RCa 4,7; IC à 95 % : 1,50–14,71), la langue française (RCa 9,83; IC à 95 % : 5,19–18,61), sans emploi (RCa 1,85; IC à 95 % : 1,62–2,11), l'emploi à temps partiel (RCa 4,64; IC à 95 % : 4,32–4,99), la consommation de substances pendant les rapports sexuels (RCa 1,66; IC à 95 % : 1,47–1,88) et l'orientation homosexuelle (RCa 19,68; IC à 95 % : 7,64–50,71) et bisexuelle (RCa 2,82; IC à 95 % : 1,19–6,65) étaient associés à un test positif au VIH. Ceux qui ont un diplôme d'études secondaires (RCa 0,01; IC à 95 % : 0,01–0,02), un diplôme collégial (RCa 0,00; IC à 95 % : 0,00–0,01) ou une formation universitaire (RCa 0,00; IC à 95 % : 0,00–0,01), un logement plus adéquat (RCa 0,85; IC à 95 % : 0,82–0,88), un capital social plus élevé (RCa 0,61; IC à 95 % : 0,49–0,74) et des antécédents d'infections transmissibles sexuellement (RCa 0,40; IC à 95 % : 0,18–0,91) étaient moins susceptibles d'avoir un test de dépistage positif au VIH.

**Conclusion :** L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est liée à des facteurs sociodémographiques, socio-économiques et comportementaux chez les personnes ACN en Ontario.

**Citation proposée :** Mbuagbaw L, Husbands W, Baidobonso S, Lawson DO, Aden M, Etowa J, Nelson L, Tharao WE. Enquête transversale sur la prévalence des facteurs de risque et du VIH chez les Africains, les Caribéens et les Noirs en Ontario : l'étude A/C. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2022;48(10):474–83. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i10a03f>

**Mots-clés :** VIH, populations à haut risque, Africains, Caribéens et Noirs, utilisation des ressources en soins de santé, Canada

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



## Affiliations

<sup>1</sup> Département des méthodes, des données et de l'impact de la recherche en santé de l'Université McMaster, Hamilton, ON

<sup>2</sup> Unité de biostatistique, The Research Institute, Centre de soins de santé St-Joseph, Hamilton, ON

<sup>3</sup> Centre d'élaboration de pratiques exemplaires en santé (CDBPH), Hôpital central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

<sup>4</sup> Département de santé mondiale, Université de Stellenbosch, Le Cap, Afrique du Sud

<sup>5</sup> Réseau ontarien de traitement du VIH, Toronto, ON

<sup>6</sup> École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto, ON

<sup>7</sup> Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax, NS

<sup>8</sup> Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands, Toronto, ON

<sup>9</sup> Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa, ON

<sup>10</sup> École des sciences infirmières, Université Yale, New Haven, CT, États-Unis

## \*Correspondance :

[mbuagblc@mcmaster.ca](mailto:mbuagblc@mcmaster.ca)



## Introduction

Les personnes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) au Canada sont beaucoup plus vulnérables au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en raison des déterminants sociaux qui se recoupent et qui limitent leur capacité à obtenir des résultats optimaux en matière de santé (1). Cette situation est aggravée par la stigmatisation et la discrimination liées au VIH envers les communautés affectées par le VIH (2,3). Au Canada, les personnes ACN constituent 2,5 % de la population, mais 16 % des personnes vivant avec le VIH (4). En Ontario, les personnes ACN ne représentent que 5 % de la population, mais elles représentent 25 % de tous les nouveaux cas d'infection (4). En dépit de ces chiffres, il existe peu de renseignements sur l'épidémie de VIH dans les communautés ACN vivant au Canada, et il n'existe actuellement aucune estimation officielle de la prévalence du VIH dans ces communautés. Les données de surveillance provinciales sur le VIH n'incluaient pas l'origine ethnique jusqu'à récemment (5,6), ce qui peut être un facteur contributif. Même si l'épidémie de VIH dure depuis près de 40 ans, il n'existe pas de données racialisées concernant les personnes ACN au Canada. Par conséquent, il n'existe pas d'estimation acceptée de la prévalence du virus chez les Canadiens ACN. De plus, d'autres facteurs systémiques et structurels peuvent limiter les ressources nécessaires pour mener des recherches sur les personnes ACN, notamment les expériences de stigmatisation et de discrimination raciale (2,3), ainsi que les obstacles linguistiques (7) et les problèmes liés à la migration (8).

Étant donné que 52 % de la population ACN au Canada (plus d'un demi-million de personnes) vit en Ontario (9), les enquêtes visant à mieux comprendre leur vulnérabilité à l'infection par le VIH sont bénéfiques à l'échelle nationale, notamment l'intervention prévue par le gouvernement du Canada pour réduire le fardeau et les répercussions des infections transmissibles sexuellement et par le sang (10).

L'objet de cette étude (l'étude A/C) est d'éclairer les politiques et les pratiques du gouvernement de l'Ontario, au Canada, concernant les soins aux personnes ACN séropositives en étudiant les facteurs sous-jacents qui augmentent le risque et la vulnérabilité des personnes ACN. Dans cet article, nous faisons rapport des facteurs associés à l'infection par le VIH et de la prévalence de l'infection.

## Méthodes

De janvier à décembre 2019, nous avons mené une enquête transversale auprès des personnes ACN à Toronto et à Ottawa, en Ontario, au Canada. L'étude A/C a été approuvée par les comités d'éthique pertinents et le protocole complet de l'étude A/C est publié ailleurs (11). Notre étude est présentée selon les lignes directrices « *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* » (STROBE) (12). Les participants ont

consenti au questionnaire, au prélèvement de type « gouttes de sang séché » (GSS) et au couplage des données avec les bases de données administratives.

## Admissibilité

Les Africains, les Caribéens et les Noirs pouvaient participer s'ils répondaient aux critères suivants : vivre à Toronto ou à Ottawa et dans les municipalités environnantes; être nés dans un pays des Caraïbes ou de l'Afrique subsaharienne ou avoir un parent né dans l'un de ces pays; être âgés de 15 à 64 ans au moment de l'enquête; pouvoir communiquer en français ou en anglais; et avoir donné leur consentement éclairé. L'inclusion de jeunes d'à peine 15 ans nous a permis de saisir leurs expériences uniques et des mesures de sauvegarde spéciales ont été mises en place, notamment des conseillers et des liens avec les soins (11).

## Prélèvement d'échantillons

Notre estimation de la taille de l'échantillon a été éclairée par les données de recensement et d'enquête sur la répartition des populations ACN des Caraïbes et de l'Afrique à Toronto et à Ottawa (13,14), une prévalence présumée de 2 % du VIH chez la première et deuxième génération de personnes ACN et l'approche de l'intervalle de confiance de Wilson avec correction de continuité (15). Ces données ont généré un échantillon de 1 500 participants, soit 1 000 à Toronto et 500 à Ottawa, respectivement.

## Recrutement

Des recruteurs formés ont approché des personnes potentiellement admissibles en tant qu'ACN (réseaux sociaux, événements et lieux occupés par des personnes ACN) pour leur demander s'ils souhaitaient participer à l'étude.

## Collecte de données

Nous avons obtenu le consentement éclairé écrit pour l'entrevue et pour le prélèvement d'un échantillon de GSS. Les participants pouvaient consentir à l'entrevue seulement ou à l'entrevue et aux GSS, mais ils ne pouvaient pas accepter uniquement le test de GSS.

Le questionnaire s'est déroulé en français ou en anglais. Il comprenait les renseignements sociodémographiques, des données sur le comportement sexuel, la consommation de substances, le don de sang, l'accès aux systèmes et services de santé et leur utilisation, ainsi que le dépistage, les soins et le traitement du VIH. De plus amples renseignements sur l'élaboration et le contenu du questionnaire se trouvent dans le protocole publié (11). Un échantillon de GSS a été prélevé auprès de tous les participants qui ont consenti à cette partie de l'étude; l'Agence de la santé publique du Canada a analysé des échantillons pour déterminer la présence d'anticorps contre le VIH. Des honoraires de 40 \$ CA ont été offerts à chaque participant. On a également offert un test de dépistage du VIH aux participants au point d'intervention.



## Analyse statistique

Le résultat principal a été le résultat d'un test de dépistage du VIH dans les GSS (positif/négatif). Les caractéristiques des participants analysées étaient le groupe d'âge, la ville, la langue dans laquelle l'enquête a été menée, le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le lieu de naissance, le niveau de scolarité, l'emploi, la capacité de répondre aux besoins de base, la situation du logement, les infections transmissibles sexuellement (ITS) qui avaient déjà fait l'objet d'un test, l'état sérologique autodéclaré du VIH et l'indice de capital social (16). L'indice de capital social a été estimé à partir des niveaux d'accord ou de désaccord sur les perceptions des personnes au sujet de leur quartier (16).

Nous avons résumé les données continues avec les moyennes et les écarts-types, ou les médianes (quartile 1; quartile 3). Les données catégoriques ont été décrites à l'aide de chiffres et de pourcentages. Nous avons comparé notre échantillon au profil du Recensement canadien de 2016 (17) et nous avons pondéré les données pour qu'elles correspondent à l'âge, au sexe et à la répartition urbaine des Noirs dans le recensement. La prévalence du VIH a été estimée comme étant la proportion de personnes séropositives parmi les personnes testées. Nous avons appliqué le coefficient de variation (CV) (utilisé par Statistique Canada) pour déterminer quelles valeurs pouvaient être déclarées à partir de petits sous-groupes (18).

Les facteurs associés à l'infection par le VIH ont été évalués à l'aide de modèles linéaires généralisés, ajustés en fonction des covariables pertinentes. Les covariables ont été entrées dans des modèles distincts sous forme de blocs composés de données démographiques (âge [les six groupes d'âge ont été traités comme ordinaux], identité de genre, niveau de

scolarité, lieu de naissance, langue, ville), socio-économiques (situation d'emploi, capacité de répondre aux besoins de base, situation du logement, indice de capital social) et de variables du comportement sexuel (âge lors de la première relation sexuelle, consommation de substances pendant les relations, sexe transactionnel, orientation sexuelle, avoir subi un test d'ITS). Nous avons utilisé des erreurs types robustes pour tenir compte du regroupement dans les villes (Toronto et Ottawa). Seules les covariables statistiquement significatives ( $p < 0,05$ ) ont été entrées dans le modèle complet. L'ajustement du modèle a été évalué à l'aide du critère d'information Akaike (AIC) en comparant des modèles complets à des modèles partiels (un AIC inférieur indique un meilleur ajustement). La multicolinéarité a été évaluée à l'aide du facteur d'inflation de la variance avec un facteur  $> 25$  suggestif de la multicolinéarité. Le taux d'erreur de type 1 a été établi à 5 %. Les rapports de cotes ajustés (RCA) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % sont déclarés. Les données ont été analysées à l'aide de la version 16.0 de Stata.

## Résultats

### Caractéristiques des participants

Nous avons inclus un total de 1 380 personnes âgées de 15 à 64 ans. Un plus grand nombre de personnes ont été recrutées à Toronto ( $n = 854/61,9\%$ ), ont répondu au sondage en anglais ( $n = 1\,276/92,5\%$ ) et étaient des femmes ( $n = 853/63,4\%$ ). La plupart des participants ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage d'une ITS ( $n = 762/63,8\%$ ) et du VIH ( $n = 950/74,6\%$ ), la plupart ayant déclaré leur séropositivité ( $n = 848/91,9\%$ ). Seulement 834 participants ( $60,4\%$ ) ont accepté le test de GSS. Le **tableau 1** présente le profil sociodémographique complet des participants.

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants selon les résultats des analyses ponctuelles de gouttes de sang séché pour le virus de l'immunodéficience humaine (non pondérés)**

Variable	Test positif (n = 67)		Test négatif (n = 767)		Aucun test (n = 546)		Total (n = 1 380)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Âge (années)<sup>a</sup></b>								
15 à 19	3	4,6	93	12,3	61	11,7	157	11,7
20 à 29	4	6,2	263	34,7	159	30,5	426	31,7
30 à 39	18	27,7	193	25,4	127	24,4	338	25,1
40 à 49	22	33,8	148	19,5	116	22,3	286	21,3
50 à 59	16	24,6	49	6,5	43	8,3	108	8,0
60 à 64	2	3,1	13	1,7	15	2,9	30	2,2
<b>Ville</b>								
Toronto	38	56,7	457	59,6	359	65,8	854	61,9
Ottawa	29	43,3	310	40,4	187	34,2	526	38,1
<b>Langue</b>								
Anglais	51	76,1	729	95,0	496	90,8	1 276	92,5
Français	16	23,9	38	5,0	50	9,2	104	7,5



Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants selon les résultats des analyses ponctuelles de gouttes de sang séché pour le virus de l'immunodéficience humaine (non pondérés) (suite)

Variable	Test positif (n = 67)		Test négatif (n = 767)		Aucun test (n = 546)		Total (n = 1 380)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexe<sup>a</sup></b>								
Masculin	26	40,6	279	36,9	186	35,5	491	36,5
Féminin	38	59,4	477	63,0	338	64,5	853	63,4
Intersexué	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
<b>Identité de genre<sup>a</sup></b>								
Homme	22	34,9	276	36,5	183	34,9	481	35,8
Femme	39	61,9	468	61,8	335	63,9	842	62,6
Personnes trans	0	0,0	2	0,3	4	0,8	6	0,4
Personnes non binaires	2	3,2	11	1,5	2	0,4	15	1,1
<b>Orientation sexuelle</b>								
Hétérosexuel	44	74,6	619	85,4	421	87,7	1 084	85,8
Homosexuel	9	15,3	26	3,6	24	5,0	59	4,7
Bisexuel	4	6,8	56	7,7	27	5,6	87	6,9
Autre	2	3,4	24	3,3	8	1,7	34	2,7
<b>Né au Canada<sup>a</sup></b>								
Oui	3	4,7	183	24,4	112	21,5	298	22,3
<b>Formation<sup>a</sup></b>								
Université	4	6,6	10	1,3	16	3,1	30	2,3
Collège	15	24,6	174	23,1	120	23,3	309	23,3
École secondaire	14	23,0	136	18,1	99	19,3	249	18,8
Inférieur aux études secondaires	28	45,9	432	57,4	279	54,3	739	55,7
<b>Emploi</b>								
Sans emploi	46	68,7	331	43,2	264	48,4	641	46,4
Temps partiel	12	17,9	147	19,2	103	18,9	262	19,0
Temps plein	9	13,4	289	37,7	179	32,8	477	34,6
<b>Capacité de répondre aux besoins de base<sup>b</sup></b>								
Pas du tout difficile	8	12,7	201	28,4	106	21,9	315	25,1
Un peu difficile	18	28,6	221	31,2	155	32,0	394	31,4
Assez difficile	19	30,2	152	21,5	122	25,2	293	23,3
Très difficile	18	28,6	134	18,9	102	21,0	254	20,2
<b>Situation de logement<sup>b</sup></b>								
Inadéquat	15	25,4	120	16,7	95	19,8	230	18,3
À peine suffisant	8	13,6	85	11,8	63	13,1	156	12,4
Assez adéquat	21	35,6	276	38,4	196	40,7	493	39,2
Très adéquat	15	25,4	238	33,1	127	26,4	380	30,2
<b>Testé pour une ITS<sup>a</sup></b>								
Oui	43	72,9	443	63,6	276	62,9	762	63,8
<b>Séropositivité autodéclarée<sup>a</sup></b>								
VIH+	47	82,5	4	0,8	24	7,0	75	8,1
VIH-	10	17,5	520	99,2	318	93,0	848	91,9

Abréviations : ITS, infections transmissibles sexuellement; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

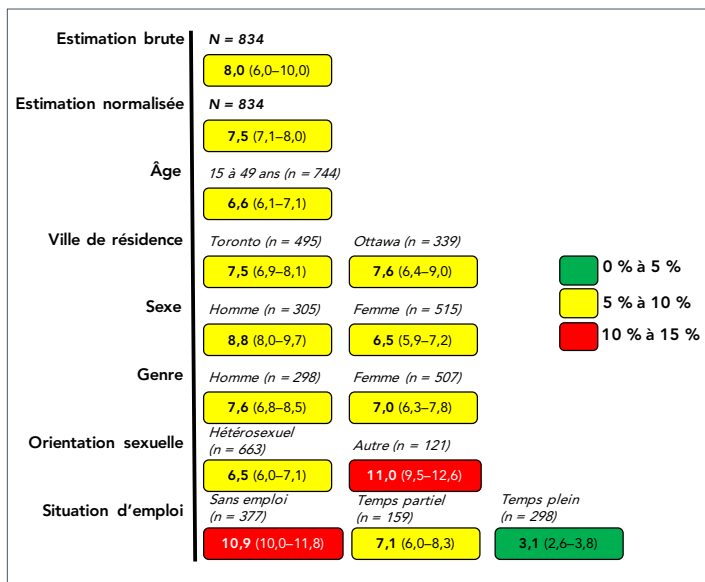
<sup>a</sup> Il manque moins de 5 %

<sup>b</sup> Il manque de 5 % à 10 %

## Prévalence de l'infection au VIH

Après avoir pondéré l'échantillon en fonction de l'âge, du sexe et de la ville de résidence des ACN en Ontario, la prévalence était de 7,5 % (IC à 95 % : 7,1–8,0). La prévalence du VIH dans la population adulte (15 à 49 ans) était de 6,6 % (IC à 95 % : 6,1–7,1). La prévalence dans certains sous-groupes est illustrée à la figure 1.

**Figure 1 : Prévalence du virus de l'immunodéficience humaine chez les sous-groupes de personnes d'origine africaine, caribéenne et Noires à Toronto et à Ottawa, Ontario**



## Facteurs associés à l'infection au VIH

Dans le modèle démographique, les personnes âgées (RCa 1,86; IC à 95 % : 1,58–2,18), les personnes ayant une identité de genre non binaire (RCa 5,20; IC à 95 % : 1,18–7,28; comparativement aux hommes), les personnes nées à l'extérieur du Canada (RCa 3,19; IC à 95 % : 1,88–5,40) et les personnes ayant répondu au sondage en français (RCa 8,11; IC à 95 % : 2,34–28,14) étaient plus susceptibles d'avoir un test de dépistage positif au VIH. Les femmes (RCa 0,58; IC à 95 % : 0,58–0,59) comparativement aux hommes, et les personnes ayant un diplôme d'études secondaires (RCa 0,15; IC à 95 % : 0,05–0,46), collégiales (RCa 0,08; IC à 95 % : 0,07–0,08) ou universitaires (RCa 0,05; IC à 95 % : 0,04–0,07) comparativement aux personnes sans diplôme d'études secondaires étaient moins susceptibles d'avoir un résultat de test positif.

Dans le modèle socio-économique, les personnes sans emploi (RCa 2,38; IC à 95 % : 2,17–2,62) ou qui travaillaient seulement à temps partiel (RCa 1,35; IC à 95 % : 1,04–1,76) étaient plus susceptibles d'avoir un test de dépistage du VIH positif. Les personnes ayant de meilleures conditions de logement (RCa 0,71; IC à 95 % : 0,69–0,74) et ayant un indice de capital social plus élevé (RCa 0,55; IC à 95 % : 0,51–0,60) étaient moins susceptibles d'avoir un résultat de test positif.

Dans le modèle comportemental, les personnes qui se sont identifiées comme étant homosexuelles (RCa 8,63; IC à 95 % : 5,86–12,72) et bisexuelles (RCa 2,45; IC à 95 % : 1,25–4,8) étaient plus susceptibles d'avoir un test de dépistage du VIH positif que celles qui se sont identifiées comme étant hétérosexuelles. Les personnes ayant un âge plus élevé à la première relation sexuelle (RCa 0,91; IC à 95 % : 0,88–0,95), les personnes ayant déclaré avoir consommé des substances pendant le sexe (RCa 0,51; IC à 95 % : 0,39–0,66), les personnes ayant déclaré avoir eu plus de partenaires sexuels (RCa 0,78; IC à 95 % : 0,74–0,82) et les personnes ayant déjà subi un test pour une ITS (RCa 0,51; IC à 95 % : 0,27–0,94) étaient moins susceptibles d'avoir un résultat de test positif.

Dans le modèle complet (y compris les facteurs démographiques, socio-économiques et comportementaux), les personnes plus âgées (RCa 2,8; IC à 95 % : 2,77–2,82), les personnes nées à l'extérieur du Canada (RCa 4,7; IC à 95 % : 1,5–14,71), les personnes qui ont répondu à l'enquête en français (RCa 9,83; IC à 95 % : 5,19–18,61), les personnes sans emploi (RCa 1,85; IC à 95 % : 1,62–2,11) ou travaillant à temps partiel (RCa 4,64; IC à 95 % : 4,32–4,99), les personnes qui ont déclaré avoir consommé des substances pendant les relations sexuelles (RCa 1,66; IC à 95 % : 1,47–1,88) et les personnes qui se sont identifiées comme étant homosexuelles (RCa 19,68; IC à 95 % : 7,64–50,71) ou bisexuelles (RCa 2,82; IC à 95 % : 1,19–6,65) étaient plus susceptibles d'avoir un test de dépistage du VIH positif. En revanche, les personnes ayant un diplôme d'études secondaires (RCa 0,01; IC à 95 % : 0,01–0,02), collégiales (RCa 0,00; IC à 95 % : 0,00–0,01) ou universitaires (RCa 0,00; IC à 95 % : 0,00–0,01), comparativement aux personnes sans diplôme d'études secondaires, les personnes ayant déclaré une situation de logement plus adéquate (RCa 0,85; IC à 95 % : 0,82–0,88), les personnes ayant un indice de capital social plus élevé (RCa 0,61; IC à 95 % : 0,49–0,74) et les personnes ayant déclaré avoir déjà subi un test de dépistage d'une ITS (RCa 0,40; IC à 95 % : 0,18–0,91) étaient moins susceptibles d'avoir un résultat de test positif. Les résultats des modèles sont présentés au **tableau 2**.

## Discussion

Dans cette étude, la prévalence globale de l'infection à VIH chez les adultes était de 6,6 % (IC à 95 % : 6,1–7,1) et variait entre les sous-groupes, confirmant ainsi le rôle des facteurs sociodémographiques, socio-économiques et comportementaux liés à la vulnérabilité au VIH. Ces résultats ont été mis en évidence dans l'analyse multivariable dans laquelle nous avons identifié l'âge, l'éducation, le lieu de naissance, la langue, l'emploi, le logement, le capital social, l'orientation sexuelle et les comportements de dépistage des ITS à associer à l'infection par le VIH.



Tableau 2 : Résumé des modèles linéaires généralisés pour les facteurs associés à un test positif du virus de l'immunodéficience humaine

Bloc	Variable	Modèles partiels			Modèle complet (n = 348) AIC 4 105		
		RCa		Valeur p	RCa		Valeur p
		n	IC à 95 %		n	IC à 95 %	
Démographique (n = 797) AIC 4 787	Âge	1,86	1,58–2,18	< 0,001	2,8	2,77–2,82	< 0,001
	<b>Identité de genre</b>						
	Homme	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	Femme	0,58	0,58–0,59	< 0,001	1,16	0,83–1,62	0,393
	Autre	5,20	1,18–7,28	< 0,001	Non indiqué <sup>a</sup>		s.o.
	<b>Niveau d'éducation</b>						
	Inférieur aux études secondaires	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	École secondaire	0,15	0,05–0,46	0,001	0,01	0,01–0,02	< 0,001
	Collège	0,08	0,07–0,08	< 0,001	0,00	0,00–0,01	< 0,001
	Université	0,05	0,04–0,07	< 0,001	0,00	0,00–0,00	< 0,001
	<b>Lieu de naissance</b>						
	Canada	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	Autre	3,19	1,88–5,4	< 0,001	4,7	1,5–14,71	0,008
	<b>Langue</b>						
	Anglais	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	Français	8,11	2,34–28,14	0,001	9,83	5,19–18,61	< 0,001
	<b>Ville</b>						
Toronto	1	1	s.o.	Non inclus dans le modèle			
Ottawa	0,79	0,62–1,01	0,064	Non inclus dans le modèle			
Économique (n = 731) AIC 6 175	<b>Emploi</b>						
	Sans emploi	2,38	2,17–2,62	< 0,001	1,85	1,62–2,11	< 0,001
	Temps partiel	1,35	1,04–1,76	0,024	4,64	4,32–4,99	< 0,001
	Temps plein	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	Capacité de répondre aux besoins de base	0,89	0,73–1,08	0,223	Non inclus dans le modèle		
	Situation de logement	0,71	0,69–0,74	< 0,001	0,85	0,82–0,88	< 0,001
	Indice de capital social	0,55	0,51–0,60	< 0,001	0,61	0,49–0,74	< 0,001
Comportemental (n = 369) AIC 5 435	Âge lors de la première relation	0,91	0,88–0,95	< 0,001	0,99	0,92–1,07	0,797
	<b>Consommation de substances pendant les relations sexuelles</b>						
	Non	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	Oui	0,51	0,39–0,66	< 0,001	1,66	1,47–1,88	< 0,001
	Nombre de partenaires sexuels	0,78	0,74–0,82	< 0,001	0,80	0,69–0,93	0,004
	Rencontres sexuelles transactionnelles	1,17	0,47–2,91	0,741	Non inclus dans le modèle		
	<b>Orientation sexuelle</b>						
	Hétérosexuel	1	1	s.o.	1	1	s.o.
	Homosexuel	8,63	5,86–12,72	< 0,001	19,68	7,64–50,71	< 0,001
	Bisexuel	2,45	1,25–4,8	0,009	2,82	1,19–6,65	0,018
	Autre	1,02	0,03–32,11	0,992	6,92	0,53–89,73	0,139
	<b>Avoir déjà subi un test d'ITS</b>						
Non	1	1	s.o.	1	1	s.o.	
Oui	0,51	0,27–0,94	0,032	0,40	0,18–0,91	0,030	

Abréviations : AIC, critère d'information Akaike; IC, intervalle de confiance; ITS, infections transmissibles sexuellement; RCa, rapport de cotes ajusté; s.o., sans objet

<sup>a</sup> Non indiqué en raison de données insuffisantes





Ce travail met en évidence plusieurs enjeux clés. Premièrement, 82,5 % des personnes ayant obtenu un résultat positif au test ont déclaré leur séropositivité; c'est-à-dire qu'elles étaient au courant de leur séropositivité. La sensibilisation à la séropositivité est la première des cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA pour 2030 (19), et ce travail confirme que même si les pays atteignent ces cibles au niveau national, les sous-populations vulnérables pourraient ne pas y parvenir. Les Africains, les Caribéens et les Noirs de l'Ontario sont à 12,5 % de la cible de 2030. Cependant, les personnes peuvent sous-déclarer leur séropositivité par crainte de stigmatisation et de discrimination, comme le montrent d'autres études (20).

En plus des facteurs décrits dans la littérature, nous avons trouvé d'autres facteurs qui peuvent expliquer la vulnérabilité des personnes ACN au VIH ou les conséquences néfastes de l'infection par le VIH. Nous avons constaté que les personnes ayant déclaré un capital social plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une infection au VIH, ce qui suggère que les soutiens familiaux et communautaires peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de la résilience des personnes ACN. Ces mécanismes peuvent fonctionner en atténuant les désavantages systémiques qui prédisposent les personnes au VIH (21), mais aussi en favorisant des comportements préventifs.

Les Africains, les Caribéens et les Noirs qui ne sont pas nés au Canada étaient plus susceptibles de subir un test de dépistage positif au VIH. Il est possible que ceux qui ne sont pas nés au Canada aient immigré de pays où la prévalence sous-jacente du VIH est élevée. De plus, nous devons tenir compte du fait que les immigrants noirs, indépendamment du risque de base, vivent d'autres vulnérabilités liées au revenu et à l'emploi qui augmentent leur risque de contracter le VIH, notamment le choc culturel, le désavantage socio-économique et racial des immigrants (22).

Les personnes qui ont répondu au sondage en français étaient également plus susceptibles d'avoir un résultat de test positif. Ces personnes constituent une minorité ethnique et linguistique en Ontario et, par conséquent, elles peuvent être confrontées à des obstacles socio-économiques supplémentaires en raison de leur statut linguistique et de leur statut de migrant. Un examen de la portée de l'accès aux soins contre le VIH pour les francophones dans les provinces à majorité anglophone a mis en évidence les difficultés auxquelles les professionnels de la santé sont confrontés pour fournir des soins aux clients francophones (7).

L'augmentation de l'âge était associée à une plus grande probabilité d'un résultat de test positif. Ce résultat est semblable aux tendances nationales, qui montrent une prévalence croissante du VIH chez les 15 à 19 ans jusqu'au groupe des 30 à 39 ans, puis une baisse constante (23). Dans notre étude, le groupe des 50 à 59 ans affichait la prévalence du VIH la plus élevée. Il est possible que les personnes plus âgées vivent avec

le VIH depuis plus longtemps et qu'elles aient connu d'autres facteurs (e.g. progrès de la compréhension de la prévention et des efforts de santé publique au cours des dernières décennies) qui pourraient accroître la longévité des personnes vivant avec le VIH.

Les tests de dépistage des ITS antérieurs étaient associés à un risque de VIH plus faible. Nous supposons que les personnes qui ont déjà subi un test de dépistage des ITS peuvent avoir une meilleure idée de leur risque d'ITS, y compris le VIH. De plus, le fait d'avoir une ITS augmente le risque d'infection par le VIH (24); par conséquent, le dépistage et le traitement des ITS devraient réduire le risque d'infection par le VIH.

Dans l'ensemble, nos constatations corroborent les recherches antérieures soulignant le besoin de renseignements, de dépistage et de services de traitement pour les personnes ACN (25) ainsi qu'un écart entre le risque perçu et le risque réel d'infection par le VIH (26). Même si nous avons discuté de ces facteurs séparément, ils sont interreliés et ils interagissent probablement de manière complexe en créant une vulnérabilité au VIH. Cette étude a été menée auprès des personnes ACN, toutefois les résultats pourraient s'appliquer à d'autres groupes racialisés ou en quête d'équité au Canada et nous aider à mieux comprendre la vulnérabilité au VIH.

### Limites de l'étude

Cette étude comporte des limites. Premièrement, la taille de l'échantillon prévue de 1 500 personnes n'a pas été atteinte; cependant, la taille de l'échantillon de 1 500 personnes était fondée sur une prévalence présumée du VIH de 2 %. Étant donné que la prévalence était plus élevée, une taille d'échantillon plus petite était suffisante. Deuxièmement, il s'agit d'une étude transversale qui exclut les inférences sur la causalité ou la nature temporelle des associations mentionnées ici. Troisièmement, les inexactitudes et la non-réponse à certaines questions étaient inévitables, ce qui pouvait entraîner un biais de rappel et un biais de désirabilité sociale. De plus, malgré la pondération, les personnes qui ont choisi de se soumettre à un test de GSS ne sont pas nécessairement représentatives de la population des ACN, et il peut exister un biais de sélection. Quatrièmement, la langue dans laquelle les participants ont choisi de remplir le questionnaire pourrait ne pas être un reflet fidèle de leur langue principale de communication.

### Forces de l'étude

Cette étude a été menée par des chercheurs ACN, conformément aux principes d'autonomie et d'autodétermination de la recherche communautaire, et a permis de s'assurer que les participants, les recruteurs et les autres membres de la collectivité étaient traités avec respect et d'une manière culturellement appropriée. Notre approche en matière d'application des connaissances a accordé la priorité à la collectivité et a été mise en œuvre jusqu'à présent au moyen de présentations communautaires et d'un rapport communautaire



en français et en anglais (27,28). Il s'agit de la plus importante étude sur les personnes ACN au Canada, avec des estimations de la prévalence du VIH par sous-groupes. De plus amples renseignements sur l'étude A/C sont [accessibles en ligne](#) (en anglais).

## Conclusion

Les Africains, les Caribéens et les Noirs de l'Ontario présentent un haut risque d'infection par le VIH et ce risque est lié à des facteurs sociodémographiques, socio-économiques et comportementaux. Des interventions visant à améliorer le bien-être social et économique des personnes ACN en éliminant les obstacles structurels aux renseignements, au dépistage du VIH, à la prophylaxie pré et post-exposition et à d'autres ressources qui freinent la transmission du VIH sont nécessaires. Une étude de cohorte sur les ACN ou un couplage avec des bases de données administratives serait un moyen idéal de mesurer les tendances à long terme du risque de VIH, de l'accès aux services de santé et des résultats en matière de santé.

## Déclaration des auteurs

L. M. — Ébauche originale

D. O. L. — Rédaction de l'ébauche originale; analyse officielle; examen et révision

L. M. — Conception de l'étude; élaboration d'instruments de collecte de données

W. E. T. — Conception de l'étude; élaboration d'instruments de collecte de données; examen et révision

W. H. — Conception de l'étude; élaboration d'instruments de collecte de données; examen et révision

L. E. N. — Conception de l'étude; élaboration d'instruments de collecte de données; examen et révision

J. E. — Conception de l'étude; élaboration d'instruments de collecte de données; examen et révision

S. B. — Examen de l'analyse; examen et révision

Tous les auteurs ont examiné et approuvé la version finale.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

## Intérêts concurrents

Aucun.

## Remerciements

Nous souhaitons souligner le soutien des laboratoires nationaux de dépistage du VIH et de rétrovirologie de l'Agence de la santé publique du Canada pour l'exécution des tests de dépistage de gouttes de sang séché; les membres des communautés, les intervieweurs, les coordonnateurs d'étude et les organismes communautaires (Women's Health in Women's Hands, Black Creek Community Health Centre, Somerset West Community Health Centre, Canadian of African Descent Health Organization, AIDS committee of Ottawa, African Canadian Association of Ottawa, TAIBU Community Health Centre, Africans in Partnership Against AIDS, African and Black Diaspora Global Network, Black Health Alliance, Bruce House, Regent Park Community Health Centre), les institutions partenaires et les participants qui ont consacré leur temps précieux à cette recherche. Nous remercions également les nombreux collaborateurs, collègues et partenaires qui ont participé dès les premières étapes de ce projet.

## Financement

Ce travail est appuyé par une bourse du Réseau ontarien de traitement du VIH.

Cette étude a été appuyée par les Instituts de recherche en santé du Canada au moyen d'une subvention de fonctionnement dans le cadre du Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida.

## Références

1. Ontario Advisory Committee on HIV+V/AIDS. Focusing our efforts. HIV/AIDS Strategy to 2026. Toronto, ON: OAN; 2016. <https://bit.ly/2IPra7E>
2. Ontario HIV Treatment Network. African, Caribbean and Black Communities. Toronto, ON: OHTN; 2018. <http://www.ohtn.on.ca/research-portals/priority-populations/african-caribbean-and-black-communities/>
3. Kerr J, Northington T, Sockdjou T, Maticka-Tyndale E. Perceived Neighborhood Quality and HIV-related Stigma among African Diasporic Youth; Results from the African, Caribbean, and Black Youth (ACBY) Study. *J Health Care Poor Underserved* 2018;29(2):651–63. DOI
4. Canadian HIV/AIDS Black, African and Caribbean Network. CHABAC Awareness Day. CHABAC; 2018. [http://www.blackhivday.ca/awareness\\_day\\_fact\\_sheet\\_2018\\_EN\\_final.pdf](http://www.blackhivday.ca/awareness_day_fact_sheet_2018_EN_final.pdf)
5. Bourgeois AC, Edmunds M, Awan A, Jonah L, Varsaneux O, Siu W. Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2016 Relevé des maladies transmissibles au Canada 2017;43(12):282–91. DOI





6. Haddad N, Li JS, Totten S, McGuire M. Le VIH au Canada : Rapport de surveillance, 2017. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2018;44(12):367–76. DOI
7. Djiaideu P, Yusuf A, Ongolo-Zogo C, Nguemo J, Odhiambo AJ, Mukandoli C, Lightfoot D, Mbuagbaw L, Nelson LE. Barriers in accessing HIV care for Francophone African, Caribbean and Black people living with HIV in Canada: a scoping review. *BMJ Open* 2020;10(8):e036885. DOI
8. Bekele T, Collins EJ, Maunder RG, Gardner S, Rueda S, Globerman J, Le TL, Hunter J, Benoit A, Rourke SB, Ohtn Cohort Study Team T. Childhood Adversities and Physical and Mental Health Outcomes in Adults Living with HIV: Findings from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *AIDS Res Treat* 2018;2018:2187232. DOI
9. Statistique Canada. Diversité de la population noire au Canada: un aperçu. Ottawa, ON : StatCan; 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2019002-fra.htm>
10. Agence de la santé publique du Canada. Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Ottawa, ON : ASPC; 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>
11. Mbuagbaw L, Tharao W, Husbands W, Nelson LE, Aden M, Arnold K, Baidooobonso S, Dabone C, Dryden O, Etowa E, Hamid J, Jackson-Best F, Kohoun B, Lawson DO, Lofters AK, Luyombya H, Mbulaheni T, Mkandawire P, Ndungu M, Nyambi A, Obiorah S, Ongoiba F, Ongolo-Zogo C, Oraka C, Shahin R, Yaya S, Hendricks A, Gebremeskel A, Inoua H, Etowa J. A/C study protocol: a cross-sectional study of HIV epidemiology among African, Caribbean and Black people in Ontario. *BMJ Open* 2020;10(7):e036259. DOI
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP, STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 2007;370(9596):1453–7. DOI
13. Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de 2016. Ottawa, ON : StatCan; 2018. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/Page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=&Code2=&Data=Count&SearchText=Canada&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=01>
14. Statistique Canada. Programme du recensement : Recensement de la population. Ottawa, ON : StatCan; 2016. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm?DGUID=2021A000011124>
15. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Stat Med* 1998;17(8):857–72. DOI
16. Vemuri AW, Grove JM, Wilson MA, Burch Jr WR. A tale of two scales: Evaluating the relationship among life satisfaction, social capital, income, and the natural environment at individual and neighborhood levels in metropolitan Baltimore. *Environ Behav* 2011;43(1):3–25. DOI
17. Statistique Canada. Produits de données, Recensement de 2016. Ottawa, ON : StatCan; 2017; (accédé 2020-12-07). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/index-fra.cfm>
18. Statistique Canada. 5.0 Exactitude et qualité des données. Ottawa, ON : StatCan; 2009. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13f0026m/2007001/ch5-fra.htm>
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Understanding fast-track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. Geneva, CH: UNAIDS; 2015. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/201506\\_JC2743\\_Understanding\\_FastTrack\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf)
20. Soni N, Giguère K, Boily M-C, Fogel JM, Maheu-Giroux M, Dimitrov D, Eshleman SH, Mitchell KM. Under-Reporting of Known HIV-Positive Status Among People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav* 2021;25(12):3858–70. DOI
21. Antabe R, Miller D, Kohoun B, Okonufua O, Husbands W. Black Resilience: A Strategic Asset for Engaging Heterosexual Black Canadian Men in Community Responses to HIV. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022;9(3):756–66. DOI
22. Blot S, Godbout C, Liu J, Bullock S, Tharao W, Iveniuk J, Tharao W, Iveniuk JD, Godoy S, Frans D, Allen A, Lee A, Gyamfowa A, Oyelowo O, Yehdego, Arnold MK, Maitland D, Soomarie D, Odhiambo J, Ndungu M, Habanyama M, Chigugudhlo D. MSAFIRI Post-Migration Health Project: Findings and HIV prevention strategy development for Ontario ACB people below the radar. Knowledge Translation and Exchange (KTE) Forum Summary Report. 2018.
23. Haddad N, Weeks A, Robert A, Totten S. Le VIH au Canada – rapport de surveillance, 2019. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2021;47(1):87–98. DOI



24. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Lutalo T, Li X, vanCott T, Quinn TC; Rakai Project Team. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001;357(9263):1149–53. [DOI](#)
25. Antabe R, Konkor I, McIntosh M, Lawson E, Husbands W, Wong J, Arku G, Luginaah I. "I went in there, had a bit of an issue with those folks": everyday challenges of heterosexual African, Caribbean and black (ACB) men in accessing HIV/AIDS services in London, Ontario. *BMC Public Health* 2021;21(1):315. [DOI](#)
26. Baidooobonso S, Bauer GR, Speechley KN, Lawson E; BLACCH Study Team. HIV risk perception and distribution of HIV risk among African, Caribbean and other Black people in a Canadian city: mixed methods results from the BLACCH study. *BMC Public Health* 2013;13:184. [DOI](#)
27. Baidooobonso S, Kihembo M, Nare H, Mbuagbaw L, Husbands W, Etowa J, Tharao W, Djiaideu P, Daboné C, Etowa E, Lawson D, Obiorah S, Ndung'u M, Ongoiba F, Inoua H, Odongo JK, Owino M, Nelson L, Gebremeskel A. A/C study community report: HIV among African, Caribbean, and Black people in Ontario. 2020. [https://acstudy.ca/wp-content/uploads/2021/02/A\\_C\\_report2020.pdf](https://acstudy.ca/wp-content/uploads/2021/02/A_C_report2020.pdf)
28. Baidooobonso S, Kihembo M, Nare H, Mbuagbaw L, Husbands W, Etowa J, Tharao W, Djiaideu P, Daboné C, Etowa E, Lawson D, Obiorah S, Ndung'u M, Ongoiba F, Inoua H, Odongo JK, Owino M, Nelson L, Gebremeskel A. Rapport Communautaire de l'étude A/C : Le VIH chez les Africains, Caribéennes et Noirs (ACN) en Ontario. 2020. [https://acstudy.ca/wp-content/uploads/2021/02/E%CC%81TUDE\\_AC.pdf](https://acstudy.ca/wp-content/uploads/2021/02/E%CC%81TUDE_AC.pdf)

## Recevez le **RMTC** dans votre boîte courriel

- Connaître les tendances
- Recevoir les directives en matière de dépistage
- Être à l'affût des nouveaux vaccins
- Apprendre sur les infections émergentes
- Recevoir la table des matières directement dans votre boîte courriel

### ABONNEZ-VOUS AUJOURD'HUI

Recherche web : RMTC+abonnez-vous