

COUP D'ŒIL :

PRÉVENTION DES INFECTIONS
TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET
PAR LE SANG CHEZ LES COMMUNAUTÉS
ETHNOCULTURELLES

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

At a glance: Prevention of sexually transmitted and blood borne infections among ethnocultural communities

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

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

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : novembre 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP40-148/2015F-PDF

ISBN : 978-0-660-03797-4

Pub. : 150147

COUP D'ŒIL :
PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES
SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG CHEZ LES
COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| AVANT-PROPOS | 1 |
| REMERCIEMENTS | 2 |
| QU'AVONS-NOUS CONSTATÉ? | 3 |
| Profil démographique (Enquête nationale auprès des ménages de 2011) | 3 |
| ITSS chez les communautés ethnoculturelles | 4 |
| Déterminants de la vulnérabilité et de la résilience aux ITSS | 5 |
| Racisme, discrimination et homophobie | 5 |
| Culture | 6 |
| Réseaux de soutien sociaux | 7 |
| Statut socioéconomique | 8 |
| Sexe et genre | 8 |
| Immigration | 9 |
| Croyances en matière de santé et hygiène de vie | 9 |
| POURQUOI EST-CE IMPORTANT? | 10 |
| Promotion de la santé et du bien-être | 10 |
| Promotion des contacts sociaux et culturels | 10 |
| Prévention de la mauvaise santé mentale et de la maladie mentale | 11 |
| Augmentation de l'accès aux services et aux soins de santé | 11 |
| Renforcement de la résilience | 11 |
| DOMAINES D'ACTION. | 12 |
| QUE POUVONS-NOUS FAIRE DE PLUS? | 14 |
| POUR EN SAVOIR PLUS | 15 |
| RÉFÉRENCES | 16 |



AVANT-PROPOS

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont un problème de santé publique important qui exige l'attention et la prise de mesures. Ces infections se transmettent d'une personne à une autre, principalement par contact sexuel (p. ex. l'infection à *Chlamydia trachomatis*) ou par contact par le sang (p. ex. l'hépatite C). Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, les taux croissants d'ITSS soulignent la nécessité d'une vigilance continue à l'égard de la santé publique au Canada. En particulier, les membres de communautés ethnoculturelles au Canada, qui comprennent les personnes (autres que les Autochtones) qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche, sont touchés de façon disproportionnée par de nombreux facteurs sociaux, structurels et économiques qui contribuent à de mauvais résultats en matière de santé, y compris les ITSS. Étant donné que les ITSS peuvent être évitées, la santé publique joue un rôle important dans la réduction et la gestion de la transmission des infections. Afin d'être efficaces, les programmes de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS doivent tenir compte des déterminants de la santé et d'autres facteurs connexes en matière de santé.

Le présent document « coup d'œil » est fondé sur les résultats du *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada*, publié en 2009. Le présent document élargit la portée du rapport d'étape afin de tenir compte des facteurs qui ont une incidence sur la vulnérabilité et la résilience aux ITSS. Le VIH et les autres ITSS (p. ex. chlamydie, gonorrhée, syphilis, hépatite C) partagent les mêmes voies de transmission (p. ex. sang, sperme et autres fluides corporels), les mêmes comportements à risque (p. ex. des relations sexuelles non protégées, partage de matériel d'injection de drogues contaminé) ainsi que les mêmes facteurs sociaux et structurels (p. ex. pauvreté, sans-abrisme, maladie mentale ainsi que stigmatisation et discrimination). La lutte contre les ITSS est une approche en amont importante en matière de prévention du VIH étant donné que la présence de certaines ITSS peut faciliter la transmission et l'acquisition du VIH.

Le présent document résume les données probantes et les lacunes de recherche actuelles liées à la prévention ainsi que les déterminants de la vulnérabilité et la résilience aux ITSS chez les minorités ethnoculturelles. Il vise à fournir aux professionnels de la santé publique, aux chercheurs, au personnel des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes communautaires des données probantes ainsi que des domaines d'action pour informer les programmes, les politiques et la recherche en matière de prévention des ITSS et par le sang qui luttent contre ces infections chez les différentes communautés ethnoculturelles au Canada. La comparaison des groupes ethnoculturels demeure un défi non seulement en raison de la déclaration incomplète des données en matière de race et d'ethnicité, mais également en raison de la diversité dans les différents sous-groupes. Le présent document cible principalement les personnes les plus vulnérables aux ITSS tout en reconnaissant qu'il n'existe aucune approche uniformisée étant donné l'importante diversité au sein des sous-groupes et des expériences de vie uniques que connaît chaque personne.

REMERCIEMENTS

L'Agence tient à remercier les nombreuses personnes dont les conseils et la rétroaction ont permis de s'assurer que la présente ressource contient des données probantes actuelles et pertinentes en matière d'ITSS chez les communautés ethnoculturelles. De plus, l'Agence tient à souligner la contribution du personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections au présent document.

QU'AVONS-NOUS CONSTATÉ?

Les communautés ethnoculturelles canadiennes diffèrent d'un point de vue ethnique, culturel, linguistique et spirituel et elles sont influencées par les déterminants de la santé de plusieurs façons. Les membres de ces communautés comprennent les personnes ayant vécu au Canada depuis de nombreuses générations ainsi que les immigrants récents ou les nouveaux arrivants. La reconnaissance de la diversité, y compris les différences au sein des groupes culturels et entre ces groupes et l'intersection des identités sociales comme la race, la classe, l'orientation sexuelle, le genre et l'identité de genre, est importante pour comprendre la stigmatisation et la discrimination ainsi que pour tenir compte des facteurs qui contribuent à de mauvais résultats en matière de santé, comme la vulnérabilité aux ITSS.

Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, près de 6,3 millions de personnes s'identifiaient elles-mêmes comme étant membres d'un groupe de minorité visible, ce qui représente 19,1 % de la population totale.

Profil démographique (Enquête nationale auprès des ménages de 2011)¹

- On a déclaré plus de 200 origines ethniques différentes au sein de la population canadienne.
- Les trois groupes de minorité visible les plus importants, les communautés sud-asiatique, chinoise et noire, représentaient 61,3 % des minorités visibles.
- L'âge médian des personnes membres des minorités visibles était de 33,4 ans.
- 78,0 % de tous les immigrants qui sont arrivés au Canada entre 2006 et 2011 étaient des minorités visibles.
- 13,1 % de tous les immigrants récents étaient nés aux Philippines, suivies de la Chine (10,5 %) et de l'Inde (10,4 %).
- 22,0 % de la population totale représentait la première génération (personne née à l'extérieur du Canada), comparativement à 17,4 % qui représentait la deuxième génération (personne née au Canada comptant au moins un parent né à l'extérieur du Canada) et à 60,7 % qui représentait la troisième génération (personne née au Canada comptant deux parents nés au Canada).
- 72,8 % des immigrants ont déclaré une autre langue maternelle que l'anglais ou le français. Les langues les plus courantes autres que les deux langues officielles du Canada étaient le chinois, le tagalog, l'espagnol et le pendjabi.
- 94,8 % des immigrants vivaient dans quatre provinces : l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec et l'Alberta; 63,4 % vivaient dans les régions de Toronto, de Vancouver ou de Montréal.

ITSS chez les communautés ethnoculturelles

Au Canada, les communautés ethnoculturelles demeurent touchées de façon disproportionnée par les ITSS. Toutefois, il est important de noter que les données en matière d'ITSS pour les sous-populations, y compris les communautés ethnoculturelles, sont limitées et sous-déclarées, ce qui complexifie la détermination et la lutte contre les problèmes de santé associés aux ITSS. Les taux d'ITSS peuvent être considérablement différents au sein de différentes communautés ethnoculturelles et entre ces communautés. En raison de la diversité de ces communautés et de la variation dans la déclaration des renseignements en matière de race et d'ethnicité, il est important de reconnaître que les données en matière d'ITSS ne sont pas représentatives de toutes les minorités ethnoculturelles au Canada. La recherche et les données épidémiologiques indiquent que :

- Les personnes nées dans des pays où le VIH est endémique¹ représentent 16,9 % des nouvelles infections au VIH et 14,9 % des personnes infectées au VIH au Canada, même si elles ne représentent que 2,2 % de la population canadienne².
- Le taux estimé de nouvelles infections chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique est 9,0 fois plus élevé que chez les autres Canadiens³.
- La majorité des déclarations des résultats positifs au test du VIH chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et qui ont été exposées au VIH par contact hétérosexuel sont observées chez les personnes qui se disent Noires⁴.
- En 2012, des 534 résultats positifs au test du VIH issus de l'examen médical de l'immigration, 58,4 % étaient observés chez des personnes nées en Afrique et au Moyen-Orient⁵.
- De nombreux immigrants qui arrivent au Canada proviennent de pays où la prévalence du virus de l'hépatite C est élevée; on estime que 35 % des infections au virus de l'hépatite C au Canada sont observées au sein de la population née à l'étranger⁶.
- Le virus du papillome humain (VPH) est l'ITSS la plus commune et constitue un facteur causal dans la majorité des cas de cancer du col de l'utérus. Le VPH cause également la plupart des cancers de l'anus et certains cancers du vagin, de la vulve, du pénis et de l'oropharynx. Certains groupes d'immigrants, y compris les femmes de l'Asie du Sud et du Sud-Est, présentent des taux plus faibles de dépistage du cancer du col de l'utérus que les femmes nées au Canada⁷.
- La prévalence de l'herpès génital est élevée chez les femmes africaines et caribéennes comparativement à la population canadienne générale⁸.

¹ Le terme « personnes provenant de pays où le VIH est endémique » est un terme épidémiologique souvent utilisé dans le cadre des activités de surveillance et de recherche portant sur le VIH/sida et désigne une population qui est composée majoritairement de personnes noires de descendance africaine et caribéenne. Les pays où le VIH est endémique sont définis comme ceux où la prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est d'au moins 1,0 % et qui présentent un des éléments suivants : au moins 50 % des cas de VIH sont attribués à une transmission hétérosexuelle; un ratio hommes/femmes d'au plus 2:1 pour les infections prévalentes; une prévalence supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux. La liste des pays où le VIH est endémique compte actuellement 71 pays. Parmi ceux-ci, 42 sont situés en Afrique (la plupart en Afrique subsaharienne), 26, dans les Caraïbes et en Amérique centrale/Amérique du Sud et 3, en Asie.

- Au sein d'un échantillon de jeunes de la rue au Canada, 27,2 % des participants qui se disaient membres d'une minorité ethnoculturelle présentaient un résultat positif au test de dépistage des ITSS, comparativement à 19,7 % des jeunes blancs de la rue⁹. En particulier, la prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite B (8,4 %) est beaucoup plus élevée chez les jeunes de la rue membres d'une communauté ethnoculturelle comparativement aux jeunes blancs et autochtones de la rue. La prévalence de la chlamydie était également élevée chez les jeunes de la rue membres d'une communauté ethnoculturelle (9,5 %) comparativement aux jeunes blancs de la rue (7,1 %).

Déterminants de la vulnérabilité et de la résilience aux ITSS

Même si le fait d'être membre d'une communauté ethnoculturelle en soi n'est pas un facteur de risque des ITSS, de nombreux facteurs façonnent les expériences individuelles en matière de santé et de maladie. Chez les communautés ethnoculturelles, ces facteurs peuvent comprendre différents degrés et différentes répercussions de racisme, de discrimination, d'homophobie, de culture, de réseaux de soutien social, de statut socioéconomique, de sexe et de genre, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'immigration, de croyances en matière de santé et d'hygiène de vie. Selon les circonstances individuelles de la vie, certains de ces facteurs ont des répercussions sur les personnes et les communautés de différentes façons et ne sont pas nécessairement les mêmes pour toutes les ITSS ou les communautés ethnoculturelles. Ces facteurs doivent être pris en considération lors de l'élaboration et de la personnalisation de programmes de prévention des ITSS à l'intention de publics précis.

Racisme, discrimination et homophobie

- Le racisme (croyance qu'un groupe est supérieur aux autres et les actions précises qui découlent de cette croyance), la discrimination (traitement inéquitable ou injuste fondé sur la classe, la catégorie ou le groupe auquel une personne s'identifie ou appartient) et l'homophobie (peur ou haine de l'homosexualité chez les autres, qui se manifeste souvent par le préjudice, la discrimination, l'intimidation ou des actes de violence) qui surviennent tant parmi les groupes ethnoculturels qu'entre ceux-ci peuvent augmenter la vulnérabilité aux ITSS en raison de leur influence sur l'accès à la prévention, au dépistage, au traitement, aux soins et au soutien en matière d'ITSS^{10,11,12,13}.
- Le racisme et la discrimination peuvent entraîner des conséquences à long terme sur la santé et des inégalités de nombreuses façons. Le racisme et la discrimination peuvent entraîner des taux accrus de stress psychologique et de répercussions physiologiques, des occasions économiques inéquitables, un accès inéquitable aux ressources en matière d'éducation et de logement et aux ressources sociales, d'adoption de comportements à risque en matière de santé, de victimisation et de violence^{14,15}.
- Les expériences d'homophobie et de transphobie (peur ou haine des personnes transgenres, qui se manifeste souvent par le préjudice, la discrimination, l'intimidation ou des actes de violence) peuvent entraîner une dépression, de l'anxiété et des pensées suicidaires¹⁶. L'interaction du racisme, de l'homophobie et de la transphobie peut entraîner des comportements sexuels à risque accrus liés aux ITSS et donc augmenter la vulnérabilité aux ITSS¹⁷.

- Certains membres des communautés ethnoculturelles sont confrontés à différentes formes de discrimination en raison du chevauchement d'identités, y compris la race, la classe, l'ethnicité, l'identité de genre, l'âge, les capacités et l'orientation sexuelle. Cette situation peut avoir des répercussions graves et durables sur l'identité et la santé mentale d'une personne et peut également augmenter la vulnérabilité aux ITSS^{18,19,20}.
- La stigmatisation liée au VIH (croyances négatives, sentiments ou attitudes envers les personnes qui vivent ou sont associées avec le VIH/sida) provient souvent de la peur et de l'ignorance du VIH et de sa transmission. La stigmatisation liée au VIH peut renforcer les inégalités existantes, peut entraîner la honte, l'isolement social, la dépression ainsi que la stigmatisation intériorisée et peut avoir une incidence sur l'accès aux services de santé et au soutien en matière de santé²¹.
- Des études menées auprès d'hommes de l'Asie de l'Est et du Sud ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes révèlent que le racisme au sein de la communauté homosexuelle et l'homophobie au sein de leur communauté ethnoculturelle peuvent entraîner l'isolement, une faible estime de soi et une vulnérabilité accrue aux ITSS^{22,23}.
- De nombreux jeunes noirs, africains et caribéens signalent le racisme comme principal obstacle à l'accès aux services de santé sexuelle. Les résultats issus de l'enquête Toronto Teen Survey révèlent que cette population a déclaré la plus faible fréquentation de clinique de santé sexuelle (34 %) ^{24,25}.
- Des antécédents de discrimination peuvent entraîner la méfiance des communautés ethnoculturelles à l'égard des professionnels de la santé publique, des institutions et des services de prévention des ITSS^{26,27,28}. L'identification des dirigeants des communautés ethnoculturelles pour soutenir les questions liées aux ITSS peut aider à régler la stigmatisation et l'isolement et renforcer les efforts existants en matière de prévention des ITSS²⁹.

Culture

- La culture est un élément important de notre identité qui va au-delà des symboles, des comportements, des pratiques, des valeurs et des attitudes que nous avons en commun. La culture est façonnée par des contextes historiques, socioéconomiques et politiques, par les relations entre les groupes culturels et au sein même de ceux-ci ainsi que par les pratiques et les attitudes institutionnalisées qui en découlent³⁰.
- La culture est dynamique et continue. Elle peut se modifier et s'adapter aux forces internes et externes, y compris l'immigration. Elle peut également avoir une influence sur les connaissances, les compétences et les comportements en matière de sexualité, les comportements sexuels et les résultats de santé. Pour de nombreux groupes, la culture est une source de force et de résilience^{31,32}. Les valeurs et les croyances culturelles peuvent aider à surmonter les obstacles et à guider les personnes vers une santé et un bien-être accrus³³.
- Les croyances culturelles influencent la perception, l'expérience et l'expression de la santé et de la maladie. Ces croyances peuvent comprendre des opinions sur les causes de la maladie³⁴, les mesures de promotion de la santé ou les mesures préventives acceptables

(p. ex. vaccins, condoms, contraception³⁵) et la volonté ou le confort ou l'inconfort à discuter des questions de santé avec les partenaires, la famille, les amis ou les fournisseurs de soins de santé³⁶.

- Dans certaines cultures, les questions liées aux relations sexuelles sont considérées comme étant taboues, ce qui complique la discussion et la reconnaissance des ITSS tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de différentes communautés culturelles. Cette situation peut entraîner les personnes à éviter ou à retarder l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement des ITSS^{37,38,39,40}.
- Les pratiques traditionnelles et culturelles comme les rituels de nettoyage, la circoncision et la mutilation génitale féminine (MGF) peuvent augmenter la vulnérabilité d'une personne aux ITSS⁴¹. Par exemple, la mutilation génitale féminine peut entraîner des cicatrices aux voies génitales d'une femme qui augmentent la probabilité de déchirure au cours d'un rapport sexuel, ce qui peut faciliter la transmission d'une ITSS d'un partenaire infecté⁴².
- Les différences culturelles en matière de perception de la santé mentale, de la maladie mentale et de la consommation d'alcool et de drogues peuvent contribuer à la stigmatisation et influencer l'accès d'une personne aux traitements, aux soins et au soutien^{43,44,45}.
- La religion peut jouer un rôle important dans le façonnement des valeurs, des croyances et des pratiques individuelles en matière de sexualité, y compris l'accès aux renseignements et aux services en matière d'ITSS et l'utilisation de méthodes de contraception ou de condoms⁴⁶.
- Des services de santé inclusifs et adaptés à la réalité culturelle (services qui reconnaissent les relations de pouvoir et de confiance entre le professionnel de soins de santé et le patient) peuvent renforcer la résilience envers les ITSS en améliorant l'accès des minorités ethnoculturelles aux services⁴⁷.

Réseaux de soutien sociaux

- Le soutien social peut jouer un rôle de protection dans la réduction des répercussions de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé (p. ex. le stress)^{48,49}.
- Certains immigrants connaissent une perte de réseaux de soutien social lorsqu'ils arrivent dans un nouveau pays comme le Canada, y compris la séparation des partenaires, de la famille élargie et des enfants⁵⁰.
- Le soutien social influence l'approche d'une personne envers la divulgation des ITSS, y compris la peur de la stigmatisation et de la discrimination et le manque de confidentialité et de vie privée^{51,52,53}.
- L'isolement social est un facteur de prédiction de relations sexuelles non protégées et est lié à la dépression et à la consommation d'alcool et de drogues, qui augmentent toutes la vulnérabilité aux ITSS^{54,55,56,57}.
- L'accessibilité d'endroits adaptés à la réalité culturelle où ces réseaux de soutien peuvent être formés peut aider à renforcer la résilience envers les ITSS.

Statut socioéconomique

- Au Canada, les communautés ethnoculturelles sont représentées de façon disproportionnée dans les catégories socioéconomiques inférieures en raison de nombreux facteurs sociaux, structurels et économiques. En 2011, 40,8 % de la population qui vivait dans un quartier à faible revenu faisait partie d'un groupe de minorité visible comparativement à d'autres quartiers où 24,2 % de la population faisait partie d'un groupe de minorité visible⁵⁸.
- Les occasions limitées d'emploi et de revenu plus élevé (p. ex. non-reconnaissance d'expérience de travail ou de titres de compétence étrangers) créent des disparités dans l'accès aux renseignements et aux services en matière de prévention et de traitement des ITSS, qui influencent directement la capacité d'une personne à se protéger des ITSS (p. ex. au moyen de l'utilisation du condom), à divulguer une ITSS et à recevoir un traitement pour une ITSS^{59,60,61,62}.
- La pauvreté et la dépendance économique peut influencer les femmes, peu importe leur origine ethnoculturelle, à demeurer dans des relations qui peuvent augmenter leur vulnérabilité aux ITSS, afin de combler des besoins de base (p. ex. logement, revenu)^{63,64}.

Sexe et genre

- Les normes et les rôles sexuels déterminés par la culture ont des répercussions sur la vulnérabilité aux ITSS, y compris la violence fondée sur le genre, la négociation de l'utilisation des condoms avec les partenaires et les attentes en matière de relations, de mariage et de reproduction^{65,66,67}.
- Les inégalités liées au genre varient d'une culture à l'autre et peuvent avoir une influence sur l'accès d'une femme aux services de dépistage, de prévention et de traitement des ITSS⁶⁸.
- Des études ont révélé que les femmes immigrantes connaissent un taux plus élevé de mauvaise santé physique et mentale, et qu'elles sont plus vulnérables aux changements sociaux comparativement aux hommes^{69,70}.
- Les normes culturelles liées à la masculinité et à la féminité, y compris l'homophobie, la transphobie et la stigmatisation des hommes gais et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, peuvent pousser les personnes à cacher leur sexualité et leur comportement sexuel, ce qui augmente non seulement leur propre vulnérabilité aux ITSS, mais également celle de leurs partenaires^{71,72,73,74}.
- L'amélioration du savoir-faire culturel et de la langue à propos de l'identité de genre, y compris la population transgenre et les populations dont le genre est non conforme au sein de communautés ethnoculturelles, peut aider à réduire les obstacles à l'accès aux services sociaux et aux services de santé ainsi que les expériences de discrimination.

Immigration

- Les immigrants et les réfugiés peuvent être plus vulnérables à une mauvaise santé mentale et aux maladies mentales étant donné qu'ils subissent du stress tant avant (p. ex. traumatisme pré-migratoire) qu'après la migration vers un nouveau pays, comme naviguer dans le système d'immigration et du statut de réfugié, le stress post-traumatique, la pauvreté, le racisme, le chômage et la perte de réseaux de soutien social^{75,76,77,78}.
- Les besoins concurrents comme le logement et l'emploi peuvent entraîner une plus faible priorité accordée à la santé et à l'autogestion de cette dernière, y compris la prévention, le traitement et les soins en matière d'ITSS. Sans le soutien adéquat en place, ces personnes peuvent courir un risque accru de contracter une ITSS⁷⁹.
- Les immigrants récents peuvent avoir un accès limité ou retardé aux services de santé, y compris le dépistage et le traitement des ITSS. Cette situation est particulièrement vraie si ces personnes ne sont pas admissibles à l'assurance-maladie, si elles ne possèdent pas la documentation adéquate ou si elles manquent de familiarité avec le système de soins de santé canadien⁸⁰. Elles peuvent également être réticentes à avoir accès au dépistage en raison de la discrimination ou de la peur de la divulgation⁸¹.
- Certains immigrants perçoivent un risque inférieur des ITSS, particulièrement en comparaison avec leur pays d'origine⁸². Une fausse perception que le processus d'immigration au Canada n'accorde de visas qu'aux immigrants qui ne sont pas atteints du VIH peut créer un faux sentiment de sécurité et peut entraîner des comportements à risque plus élevé comme des relations sexuelles non protégées⁸³.

Croyances en matière de santé et hygiène de vie

- Différents groupes culturels peuvent avoir différentes croyances en matière de santé et de maladie, y compris les causes des maladies, les perceptions du risque, la façon dont est ressentie et exprimée la maladie et la douleur ainsi que l'endroit où et la façon dont les personnes demandent de l'aide et interagissent avec les fournisseurs de soins de santé^{84,85}.
- Les femmes membres de communautés ethnoculturelles présentent un risque accru de cancer du col de l'utérus en raison des faibles taux de dépistage et des taux élevés d'infection au VPH^{86,87,88,89}. Les tests Pap aident au dépistage et au diagnostic de l'état précancéreux du col de l'utérus et du cancer de l'utérus, qui est fréquemment causé par le VPH.
- Différentes attitudes et expériences en matière de soins de santé peuvent comprendre le recours à des guérisseurs traditionnels et l'autodiagnostic au détriment de l'accès aux prestataires de soins primaires dans les établissements cliniques^{90,91}.
- Les croyances culturelles en matière d'utilisation du condom peuvent avoir une incidence sur les mesures préventives contre les ITSS et les attitudes envers d'autres contraceptifs^{92,93}.
- Les inégalités en matière de santé (disparités dans les déterminants sociaux de la santé entre les groupes présentant différents niveaux d'avantage social) ont des répercussions sur la vulnérabilité des minorités ethnoculturelles aux ITSS. Par exemple, un faible revenu et un faible niveau d'éducation peuvent limiter l'accès d'une personne aux services de dépistage des ITSS et sa capacité à conserver une bonne santé⁹⁴.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT?

Au Canada, les minorités visibles représentent 19,1 % de la population, et 20,6 % de cette population est née à l'extérieur du Canada. Selon les projections démographiques, au cours des deux prochaines décennies, plus d'un Canadien sur quatre pourrait être né à l'étranger. Étant donné que la diversité culturelle continue à augmenter, il est important d'être prêt et de fournir une prévention et une lutte appropriées contre les ITSS qui respectent le contexte de santé des nouveaux Canadiens. Partout au Canada, des personnes, des organismes et des communautés ont participé à une sensibilisation accrue aux ITSS et à une réponse aux besoins des communautés ethnoculturelles en matière de santé. Il est important de prendre en considération les domaines suivants dans le cadre d'une approche globale à la prévention des ITSS au sein de ces communautés diverses.

Promotion de la santé et du bien-être

La prévention des ITSS au sein des minorités ethnoculturelles nécessite la prise en considération des facteurs qui influencent leur vie quotidienne. En raison de la nature complexe et du chevauchement de nombreux besoins en matière de santé, il est souvent difficile de séparer les questions liées aux ITSS d'autres besoins concurrents en matière de santé comme la santé mentale et la survie de base (p. ex. nourriture, abri). Une approche globale et holistique de la prévention des ITSS comprend la promotion d'attitudes et de comportements sains qui soutiennent une santé et un bien-être global, y compris des relations saines, l'inclusion, le soutien social et l'efficacité personnelle (la mesure d'une personne de sa propre capacité à accomplir des tâches et à atteindre des buts).

Promotion des contacts sociaux et culturels

Les contacts sociaux et le soutien de la famille, des amis et des communautés sont importants pour aider les minorités ethnoculturelles à gérer l'adversité et ils sont associés à de meilleurs résultats en matière de santé. Le soutien social est une source importante de résilience, et il peut influencer l'accès aux renseignements et aux services en matière d'ITSS, la divulgation d'une ITSS aux partenaires et aux fournisseurs de soins de santé et l'observance de la médication d'une ITSS. En particulier, un programme fondé sur les pairs pour la prestation de services de prévention des ITSS s'est avéré efficace⁹⁵. Les contacts sociaux et culturels peuvent réduire et atténuer les répercussions de la stigmatisation des ITSS et peuvent également protéger les personnes d'une mauvaise santé mentale et d'une maladie mentale en favorisant un sentiment d'appartenance, un sentiment d'utilité et une satisfaction envers la vie.

Prévention de la mauvaise santé mentale et de la maladie mentale

La mauvaise santé mentale et la maladie mentale, y compris la dépression et la faible estime de soi, peuvent entraîner des comportements sexuels à risque qui augmentent la vulnérabilité aux ITSS. Par exemple, des expériences de racisme et d'homophobie ainsi que des événements stressants de la vie comme l'immigration ont été associés à l'anxiété, à la dépression ou à une consommation problématique d'alcool ou de drogue qui peuvent entraîner des comportements comme des relations sexuelles non protégées^{96,97}. Des facteurs de protection comme le soutien social de la famille et des amis, les contacts scolaires, l'engagement communautaire et l'efficacité personnelle peuvent améliorer la santé mentale et réduire les risques d'ITSS⁹⁸. Le traitement de la santé mentale et des ITSS dans le cadre d'une approche globale en matière de santé peut aider à améliorer la capacité individuelle à adopter des comportements sains et à réduire les risques d'ITSS.

Augmentation de l'accès aux services et aux soins de santé

Les membres des minorités ethnoculturelles peuvent connaître de nombreux obstacles à l'accès aux renseignements et aux services en matière d'ITSS, y compris la stigmatisation et la discrimination, le statut socioéconomique inférieur, les obstacles linguistiques et le manque de fournisseurs de soins de santé possédant un savoir-faire culturel. L'absence de familiarité avec le système de soins de santé canadien, l'ignorance des ressources communautaires accessibles en matière de santé ou le peu d'expérience dans l'accès aux services en matière d'ITSS comme les tests Pap ou le dépistage des ITSS peuvent contribuer à accroître le risque d'ITSS. L'amélioration de l'éducation en matière de santé, de la capacité à défendre ses propres intérêts et de la capacité à communiquer les besoins en matière de santé ou à demander du soutien peut augmenter l'accès à des services et à des soins en matière de santé. La conception de programmes de prévention des ITSS en vue d'éliminer les obstacles propres au contexte et de combler les besoins uniques des différents groupes ethnoculturels peut réduire de façon efficace les comportements à risque liés aux ITSS.

Renforcement de la résilience

Malgré les différents obstacles sociaux, structurels et économiques, dans de nombreux cas, les membres des communautés ethnoculturelles équilibrent le stress et l'adversité par la capacité de gestion et d'adoption d'un comportement résilient. Encourager les personnes et les communautés à prendre soin de leur propre santé, à contrer la stigmatisation et à prendre des décisions saines peut renforcer la résilience envers les ITSS. L'accès à des services inclusifs et adaptés à la réalité culturelle peut aider à favoriser des comportements sains et des mécanismes positifs de gestion qui peuvent diminuer la vulnérabilité aux ITSS. Le renforcement de la résilience présente des avantages positifs qui influencent toutes les facettes de la vie d'une personne.

DOMAINES D'ACTION

Voici des domaines d'action en matière de prévention des ITSS chez les communautés ethnoculturelles :

- **Favoriser l'inclusion et la participation des communautés ethnoculturelles dans la lutte contre les ITSS, y compris la stigmatisation liée aux ITSS**

Les institutions communautaires comme les écoles et les centres de santé ainsi que les communautés confessionnelles peuvent jouer un rôle important dans la promotion des comportements sains et la création d'occasions de dialogue sur la stigmatisation liée aux ITSS. Ces organismes peuvent mobiliser les dirigeants communautaires pour l'élaboration, la mise en œuvre, la prestation et l'évaluation de programmes et de services de prévention des ITSS au moyen de consultations communautaires et d'évaluations des besoins.

- **Conception de programmes et de services de prévention des ITSS adaptés aux besoins uniques des différents groupes ethnoculturels**

Les communautés ethnoculturelles possèdent une grande diversité. Les programmes de prévention des ITSS adaptés à des groupes ethnoculturels précis, qui adoptent une optique d'équité en matière de santé et reconnaissent le chevauchement d'identités (p. ex. race, classe, genre, orientation sexuelle, handicap), permettront de s'adapter à cette diversité. Les programmes dont l'approche est fondée sur les pairs qui s'appuient sur les expériences vécues et partagées des personnes infectées ou touchées par les ITSS peuvent renforcer la prévention des ITSS.

- **Renforcement des réseaux et partage des connaissances**

Les réseaux personnels et communautaires sont les principaux agents de partage de renseignements en matière de santé et de soutien des comportements sains. De forts réseaux inclusifs au sein des communautés ethnoculturelles où les personnes ne sont pas confrontées à l'exclusion en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur santé en matière d'ITSS, par exemple, sont importants pour faciliter l'application des connaissances à propos des questions sociales et des questions de santé et pour apprendre de pratiques prometteuses afin d'orienter des programmes efficaces de prévention des ITSS.

- **Renforcement de la capacité pour favoriser des environnements sains et inclusifs**

Des environnements sécuritaires, sains et inclusifs qui font la promotion de l'équité en matière de santé et qui soutiennent les besoins diversifiés des communautés ethnoculturelles sont essentiels à des résultats de santé positifs. Le renforcement de la capacité chez les fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer la compréhension des répercussions des déterminants de la santé sur la santé et le bien-être des groupes ethnoculturels peut améliorer leur capacité de gestion et de dotation de programmes de façon à refléter les communautés auprès desquelles ils travaillent, créer des environnements adaptés à la réalité culturelle et fournir des programmes inclusifs en matière d'ITSS. De même, le renforcement de la capacité pour favoriser le leadership des

populations touchées à être des champions visibles de l'évolution de l'éducation, de la mobilisation des compétences et de la résilience peut orienter l'élaboration de programmes et de services adaptés aux cultures.

- **Augmentation de la collaboration intersectorielle entre les ordres de gouvernement et au sein des communautés**

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les fournisseurs de première ligne (p. ex. dispensateurs de soins primaires, travailleurs sociaux, travailleurs en santé mentale) et les intervenants dans différents secteurs (p. ex. agences de santé mentale, services d'immigration et d'établissement, organismes de services liés au sida) jouent tous un rôle dans le traitement d'un large éventail de problèmes de santé et de problèmes sociaux (p. ex. logement, santé mentale, dépendances) qui influencent la vulnérabilité aux ITSS. Les partenariats et la collaboration avec différents intervenants permettent aux personnes et aux organismes de tirer profit des efforts de chacun au moyen d'une meilleure communication et d'une meilleure coordination.

- **Renforcement de la sensibilisation aux ITSS et de leur compréhension comme question importante et préoccupation en matière de santé pour les communautés ethnoculturelles au Canada**

De nombreuses personnes ignorent leur état de santé en matière d'ITSS et leur risque personnel d'infection. Les personnes qui ignorent qu'elles sont infectées par une ITSS sont plus à risque d'en infecter d'autres. Des renseignements culturellement inclusifs sur les comportements à risque liés aux ITSS et la réduction du risque qui sont accessibles en différentes langues, sous différents formats et dans des endroits auxquels les communautés ethnoculturelles et les immigrants récents ont fréquemment accès augmenteront la sensibilisation aux questions liées aux ITSS et leur compréhension au sein des communautés ethnoculturelles.

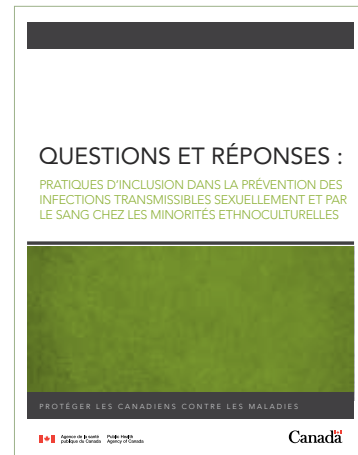
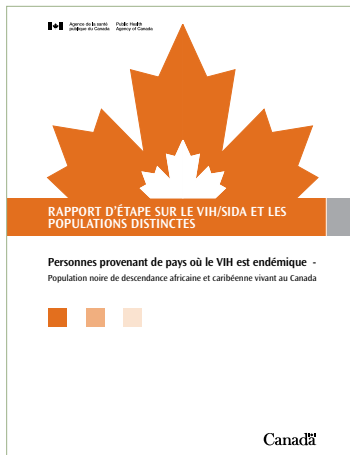
QUE POUVONS-NOUS FAIRE DE PLUS?

Les taux déclarés d'ITSS et leurs répercussions à long terme constituent toujours une source de préoccupation en matière de santé pour les professionnels de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé qui travaillent au sein des communautés ethnoculturelles au Canada. Toutefois, il existe une importante diversité au sein des groupes ethnoculturels et entre ceux-ci. L'examen des facteurs sous-jacents qui augmentent la vulnérabilité et la résilience envers les ITSS chez des communautés et des groupes ethnoculturels précis est essentiel à l'élaboration d'une réponse efficace. Des approches en matière de prévention des ITSS novatrices, adaptées à la réalité culturelle, inclusives et en amont nécessitent des efforts collaboratifs soutenus. Afin de renforcer la capacité au sein des communautés ethnoculturelles et d'avoir des répercussions saines sur les attitudes et les comportements liés aux ITSS, de futures stratégies de prévention des ITSS peuvent être fondées sur les leçons apprises des façons suivantes :

- Augmentation de la visibilité et de la participation des communautés ethnoculturelles dans l'élaboration, la mise en œuvre, la prestation et l'évaluation de projets de prévention des ITSS.
- Adaptation des programmes et des services liés aux ITSS aux groupes ethnoculturels diversifiés de façon à refléter leurs expériences vécues, leurs contextes culturels et leurs besoins uniques en matière de santé.
- Amélioration de l'utilisation et de l'application des connaissances pour évaluer l'efficacité des programmes existants de prévention des ITSS à réduire les ITSS et à combler les besoins des communautés ethnoculturelles pour orienter les politiques et les programmes futurs en matière de prévention des ITSS.
- Offre d'occasions de renforcement de la capacité comme une formation sur l'équité en matière de santé et sur la lutte contre le racisme et l'oppression à l'intention des fournisseurs de services de santé afin d'augmenter la compétence culturelle et de surmonter les mythes et les stéréotypes fréquents à propos des communautés ethnoculturelles, des ITSS et de la maladie mentale.
- Collaboration entre les secteurs pour augmenter l'accès aux services de santé et aux services sociaux au sein des communautés ethnoculturelles aux points d'accès primaires (p. ex. cliniques, associations ethnoculturelles, organismes de nouveaux arrivants, centres communautaires et centres d'accueil pour jeunes).
- Participation des communautés ethnoculturelles aux campagnes de sensibilisation et d'éducation du public afin de remettre en cause les normes et les valeurs sociales liées à la stigmatisation, à la discrimination, au racisme et à l'homophobie en matière d'ITSS.

POUR EN SAVOIR PLUS

Les réseaux régionaux et locaux partout au pays ont mis au point un éventail de ressources liées à la prévention des ITSS au sein des communautés ethnoculturelles. Pour en apprendre davantage, veuillez visiter le site Web CATIE (www.catie.ca). Les ressources de l'Agence sélectionnées comprennent les suivantes :



Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada (www.catie.ca/fr/ressources/rapport-detape-sur-le-vihsida-et-les-populations-distinctes-personnes-provenant-de-pays-0)

Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 13 : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique (www.catie.ca/fr/ressources/actualites-epidemiologie-vihsida-chapitre-13-vihsida-canada-chez-les-personnes-originaire)

Questions et réponses : Pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles (www.catie.ca/fr/ressources/questions-reponses-pratiques-dinclusion-prevention-infections-transmissibles-sexuellement)

Pour en apprendre davantage sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang et le travail de l'Agence, veuillez visiter l'adresse suivante : www.canadiensensante.gc.ca/health-sante/sexual-sexuelle/index-fra.php

RÉFÉRENCES

- 1 Statistique Canada. 2011. Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011. No 99-010-X2011001 au catalogue. Ottawa (Ont.). Accès : www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf
- 2 Agence de la santé publique du Canada. 2011. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.
- 3 Agence de la santé publique du Canada. 2011. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada.
- 4 Agence de la santé publique du Canada. 2012. Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, avril 2012, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Accès : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/ch13-fra.pdf
- 5 Agence de la santé publique du Canada. 2013. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2012. Accès : www.catie.ca/sites/default/files/HIV-AIDS-Surveillance-in-Canada-2012-FR-FINAL.pdf
- 6 Trubnikov, M., Yan, P., Archibald, C. 2014. Estimation de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C au Canada, 2011. Relevé des maladies transmissibles au Canada : volume 40–19, 18 décembre 2014.
- 7 Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., coauteurs de la Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. 2011. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183, E824–E925.
- 8 Remis, R.S., Liu, J., Loutfy, M., Tharao, W., Rebbapragada, A., Perusini, S.J., Chieza, L., Saunders, M., Green-Walker, L., Kaul, R. 2010. The epidemiology of Sexually Transmitted Co-infections in HIV-positive and HIV-negative African-Caribbean Women in Toronto. *BMC Infectious Diseases*, 13, 550.
- 9 Agence de la santé publique du Canada. 2011. Enhanced Street Youth Surveillance in Canada (E-SYS). Cycle 5. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. Données inédites.
- 10 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 STDS*, 27(2), 114–22.
- 11 Brondolo, E., Gallo, L.C., Myers, H.F. 2009. Race, racism and health: Inequities, mechanisms, and interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 1–8.
- 12 Williams, D.R., Neighbors, H.W., Jackson, J.S. 2003. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93, 200–208.
- 13 Newman, P.A., Williams, C.C., Massaquoi, N., Brown, M., Logie, C. 2008. HIV prevention for Black women: Structural barriers and opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19, 829–841.
- 14 Brondolo, E., Gallo, L.C., Myers, H.F. 2009. Race, racism and health: Inequities, mechanisms, and interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 1–8.

- 15 Nestel, S. 2012. Colour coded health care: the impact of race and racism on Canadians' health. Wellesley Institute. Accès : www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf
- 16 Haas, A.P., Eliason, M., Mays, V.M., Mathy, R.M., Cochran, S.D., et al. 2010. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51.
- 17 Marcellin, R.L., Bauer, G.R., Scheim, A.I. 2013. Intersecting impacts of transphobia and racism on HIV risk among trans persons of colour in Ontario, Canada. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 6(4), 97–107.
- 18 Logie, C.H., James, L., Tharao, W., Loutfy, M.R. 2011. HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada. *PLoS Med*, 8(11), e1001124.
- 19 Mahajan, A.P., Sayles, J.N., Patel, V.A., Remien, R.H., Sawires, S.R., et al. 2008. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22, S2, S67–79.
- 20 Campbell, C., Deacon, H. 2006. Unravelling the contexts of stigma: from internalization to resistance to change. *J Community Appl Soc*, 16, 411–417.
- 21 Agence de la santé publique du Canada. 2013. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida. Ottawa (Ont.).
- 22 Chihara, S. 2006. Voices on their lives as Asian men who have sex with men (MSM) in Vancouver, Canada. XVI International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0636.
- 23 Agence de la santé publique du Canada. 2013. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes. Ottawa (Ont.).
- 24 Flicker, S., Larkin, J., Travers, R., Pole, J., Guta, A., Palmer, H. 2010. Toronto Teen Survey: Gender Bulletin. Toronto, Ontario: Planned Parenthood Toronto.
- 25 Shimeles, H., Flicker, S., Pole, J. 2009. Unpack the black: Exploring access to clinical sexual health services for Black youth in the TDOT. Nov 16; Ontario HIV Treatment Network: Toronto, Ontario.
- 26 Bucharski, D., Reutter, L.I., Ogilvie, L.D. 2006. You need to know where we're coming from: Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counseling and testing. *Health Care Women International*, 27(8), 723–747.
- 27 Gahagan, J., Ricci, C. 2011. HIV/AIDS Prevention for Women in Canada: A Meta Ethnographic Synthesis. Accès : www.catie.ca/sites/default/files/HIV%20AIDS%20prevention%20for%20women%20in%20canada.pdf
- 28 Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., et al. 2008. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6), 718–25.
- 29 Wong, J.P., Li, A., Luyombya, H. 2012. Advancing health equity among newcomer and racial minority people living with HIV/AIDS through cross-sector engagement. CHNC 2012 Conference, May 14–16 2012.

- 30 Agence de la santé publique du Canada. 2014. Questions et réponses : Pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles. Ottawa (Ont.).
- 31 Gunnestad, A. 2006. Resilience in a cross-cultural perspective: How resilience is generated in different cultures. *Journal of Intercultural Communication*, 11.
- 32 Simich, L., Beiser, M., Stewart, M., Mwakarimba, E. 2005. Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 259–268.
- 33 Here to Help. 2014. Cross-cultural mental health and substance use. Canadian Mental Health Association of British Columbia. Accès : www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/cross-cultural-mental-health-and-substance-use.pdf
- 34 Li, A., et al. 2010. HIV invisibility and homophobia: key barriers in ethno-racial leaders' readiness to engage in HIV/AIDS work in the Canadian diaspora communities. : AIDS 2010 – XVIII International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0572.
- 35 Bogart, L.M., Wagner, G., Galvan, F.H., Banks, D. 2010. Conspiracy beliefs about HIV are related to antiretroviral treatment non adherence among African American men with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 53(5), 648–55.
- 36 Newbold, K.B., Willinsky, J. 2009. Providing Family Planning and Reproductive Health Care to Canadian Immigrants: Perceptions of Health Care Providers. *Culture, Health and Sexuality*, 11(4), 369–382.
- 37 Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K.R., Chinichian, M. 2007. Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: The experience of immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health*, 98, 183–186.
- 38 Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., Etford, H. 2004. 'Opening a can of worms': GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528–536.
- 39 Tharao, E., Massaquoi, N., Teclom, S. 2005. The silent voices of the HIV/AIDS epidemic in Canada: African and Caribbean women in Toronto. *Canadian Women's Health Network*, 8(1/2), 13–4.
- 40 Davis, A.N., Gahagan, J.C., George, C. 2013. "Everyone just keeps their eyes closed and their fingers crossed": Sexual health communication among black parents and children in Nova Scotia, Canada. *International Journal for Equity in Health*, 12, 55.
- 41 Maleche, A., Day, E. 2011. Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights. Working Paper for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7–9 July 2011.
- 42 ONU Femmes. 2011. Understanding the linkages between HIV and AIDS and Violence Against Women. Accès : www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1405612448.pdf
- 43 Agic, B. 2004. Culture counts: Best practices in community education in mental health and addiction with ethnoracial/ethnocultural communities Phase One Report. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Accès : www.camh.ca/en/education/community_service_providers/resources_for_community_organizations/Pages/culture_counts_report.aspx
- 44 Travers, R., Brennan, D., Brett, C., Brown, N., Dobinson, C., Flicker, S., et al. 2010. Telling the truth: Contextualizing HIV risk for LGBTQ newcomer youth in Toronto. Nov 15. Ontario HIV Treatment Network: Toronto, Ontario.

- 45 Here to Help. 2014. Cross-cultural mental health and substance use. Canadian Mental Health Association of British Columbia. Accès : www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/cross-cultural-mental-health-and-substance-use.pdf
- 46 Agence de la santé publique du Canada. 2014. Questions et réponses : Pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles. Ottawa (Ont.).
- 47 Barlow, K., Loppie, C., Jackson, R., Akan, M., MacLean, L., Reimer, G. 2008. Culturally competent service provision issues experienced by aboriginal people living with HIV/AIDS. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2): 155–180.
- 48 Logie, C.H., James, L., Tharao, W., Loutfy, M.R. 2011. HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada. *PLoS Med* 8(11), e1001124.
- 49 Noh, M.S., Rueda, S., Bekele, T., Fenta, H., Gardner, S., Hamilton, H., et al. 2012. Depressive symptoms, stress and resources among adult immigrants living with HIV. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(3):405–12.
- 50 Noh, M.S., Rueda, S., Bekele, T., Fenta, H., Gardner, S., Hamilton, H., et al. 2012. Depressive symptoms, stress and resources among adult immigrants living with HIV. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(3):405–12.
- 51 Muchenje, M., Tharao, W., Mehes, M., Njeri, R., Ndungu, M., Hove, P., et al. 2010. To disclose or not to disclose? The factors influencing HIV disclosure among African and Caribbean women. AIDS 2010 – XVIII International AIDS Conference: Abstract no. WEPE0602.
- 52 Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., et al. 2008. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6), 718–25.
- 53 Agence de la santé publique du Canada. 2013. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes vivant avec le VIH/sida. Ottawa (Ont.).
- 54 Adam, B.D., Betancourt, G., Serrano-Sanchez, A. 2011. Development of an HIV prevention and life skills program for Spanish-speaking gay and bisexual newcomers to Canada. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 20(1-2), 11–17.
- 55 Here to Help. 2014. Cross-cultural mental health and substance use. Canadian Mental Health Association of British Columbia. Accès : www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/cross-cultural-mental-health-and-substance-use.pdf
- 56 Zhou, Y.R. 2012. Changing behaviours and continuing silence: sex in the post-immigration lives of mainland Chinese immigrants in Canada. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 14(1), 87–100.
- 57 Zhou YR, Coleman WD. 2011. "It's a forced separation [. . .] and we've got used to this kind of life": changing dynamics of HIV risk in the context of immigration. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 7(1), 5–15.
- 58 Statistique Canada. 2011. Minorités visibles (15), groupes d'âge (10), sexe (3) et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu (315) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). N° au catalogue de Statistique Canada 99-010-X2011038.

- 59 Baidoobonso, S.M. 2011. HIV prevention needs of African, Caribbean and other black men and women: Findings from the BLACCH study interviews. Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology Conference: 20th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research: Honouring our History, Embracing our Diversity, CAHR 2011 Toronto, ON Canada.
- 60 Muchenje, M., Tharao, W., Mehes, M., Njeri, R., Ndungu, M., Hove, P., et al. 2010. To disclose or not to disclose? The factors influencing HIV disclosure among African and Caribbean women. AIDS 2010 – XVIII International AIDS Conference: Abstract no. WEPE0602.
- 61 Kaukinen, C., Fulcher, C. 2006. Mapping the social demography and location of HIV services across Toronto neighbourhoods. *Health Soc Care Community*, 14(1): 37–48.
- 62 Setia, M.S., Quesnel-Vallee, A., Curtis, S., Lynch, J. 2009. Assessing the Role of Individual and Neighbourhood Characteristics in HIV Testing: Evidence from a Population Based Survey. *The Open AIDS Journal*, 3, 46–54.
- 63 Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., et al. 2008. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6), 718–25.
- 64 Newman, P.A., Williams, C.C., Massaquoi, N., Brown, M. 2008. HIV Prevention for Black Women: Structural Barriers and Opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(3), 829–841.
- 65 Newman, P.A., Williams, C.C., Massaquoi, N., Brown, M. 2008. HIV Prevention for Black Women: Structural Barriers and Opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(3), 829–841.
- 66 Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., et al. 2008. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6), 718–25.
- 67 Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario. 2011. Guide et manuel de prévention du VIH : Outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada : Partie I. Accès : www.accho.ca/pdf/hiv_manual-part_1_FRENCH.pdf
- 68 Organisation mondiale de la Santé. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Geneva, Switzerland; 2009.
- 69 De Maio, F.G., Kemp, E. 2010. The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5(5), 462–478.
- 70 Oxman-Martinez, J., Abdool, S.N., Loiselle-Leonard, M. 2000. Immigration, women, and health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 394–395.
- 71 Coalition interagence sida et développement. 2011. UN MÊME SANG : les jeunes et le VIH dans la Caraïbe et la diaspora caraïbe du Canada. Accès : www.icad-cisd.com/pdf/ONE_BLOOD_Youth_HIV_Caribbean_and_Caribbean_Diaspora_Canada_FR.pdf
- 72 Millett, G.A., Jeffries, W.L.I.V., Peterson, J.L., et al. 2012. Common roots: a contextual review of HIV epidemics in black men who have sex with men across the African diaspora. *Lancet*, 380(9839), 411–423.
- 73 Agence de la santé publique du Canada. 2012. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes. Ottawa (Ont.).

- 74 Asian Community AIDS Services. 2015. Asian MSM Pathways to Resiliency. Accès : www.acas.org/wp-content/uploads/2013/09/AMP2R-Report-FINAL-Online-SinglePages.pdf
- 75 Santé Canada. 2010. Migration Health: Embracing a Determinants of Health Approach. Health Policy Research Bulletin, 17.
- 76 Wu, Z., Schimmele, C.M. 2005. Racial/ethnic variation in functional and self-reported health. *Am J Public Health*, 95(4), 710–16.
- 77 The Committee for Accessible AIDS Treatment. 2008. Transformation through collective action: Best practices in migration, HIV and mental health. Accès : <http://librarypdf.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26023.pdf>
- 78 Hansson, E., Tuck, A., Lurie, S., McKenzie, K., for the Task Group of the Services Systems Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. 2010. Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service improvement.
- 79 Husbands, W., Oakes, W., Ongoiba, F., Pierre-Pierre, V., Soje, P., McGee, F. 2013. Talking Black: Understanding the HIV-related Needs, Challenges and Priorities of Heterosexual African, Caribbean and Black men in Ontario. Canada. Africans in Partnership Against AIDS and the AIDS Committee of Toronto.
- 80 McKeary, M., Newbold, B. 2010. Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *Journal of Refugee Studies*, 23(4), 523–545.
- 81 Bayoumi, A.M., degani, N., Remis, R., Walmsley, S.L., Millson, P., Loutfy, M., et al. 2011. HIV Infection. In: Bierman AS, editor. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report. St. Michael's Hospital and the Institute for Clinical Evaluative Sciences, p. 1–126.
- 82 Baidooobonso, S., Bauer, G.R., Nixon Speechley, K., Lawson, E., The BLAACH Study Team. 2013. 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. *British Medical Journal*, 13, 184.
- 83 Omorodion, F., Gbadebo, K., Ishak, P. 2007. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 9(4), 429–37.
- 84 Agence de la santé publique du Canada. 2014. Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/SIDA et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada. Ottawa (Ont.).
- 85 Baidooobonso, S., Bauer, G.R., Nixon Speechley, K., Lawson, E., The BLAACH Study Team. 2013. 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. *British Medical Journal*, 13, 184.
- 86 Amankwah, E., Ngwakongwi, E., Quan, H. 2009. Why many visible minority women in Canada do not participate in cervical cancer screening. *Ethn Health*, 14(4), 337–49.
- 87 Lofters, A.K., Moineddin, R., Hwang, S.W., Glazier, R.H. 2010. Low rates of cervical cancer screening among urban immigrants: a population-based study in Ontario, Canada. *Med Care*, 48(7), 611–8.
- 88 McDonald, J.T., Kennedy, S. 2007. Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *J Immigr Minor Health*, 9, 323–3.
- 89 Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., et al. 2011. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824–E925.

- ⁹⁰ Gichuki, M., Karago-Odongo, J. 2012, January 24. Responding to HIV/AIDS in African, Caribbean and Black Communities in Canada [webinaire]. Accès : [www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/133af7a014bc577085257990004e93c6/\\$FILE/Microsoft%20PowerPoint%20-%20Webinar%202--English%20Slides.pdf](http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/133af7a014bc577085257990004e93c6/$FILE/Microsoft%20PowerPoint%20-%20Webinar%202--English%20Slides.pdf)
- ⁹¹ Conseil ethnoculturel du Canada. 2014. Hepatitis C, Hepatitis B, and HIV in High-Risk Immigrant Ethnic Communities: A Training Manual for Healthcare Providers. Accès : www.ethnocultural.ca/sites/ethnocultural.ca/files/publications/CEC%20English%20Manual%202014%20Web%20info_publication.pdf
- ⁹² Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., et al. 2008. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6), 718–25.
- ⁹³ Wiebe, E.R., Henderson, A., Choi, J., Trouton, K. 2006. Ethnic Korean women's perceptions about birth control. *Contraception*, 73(6), 623–727.
- ⁹⁴ Association canadienne de santé publique. 2014. Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) axé sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dont le VIH. Accès : www.cpha.ca/uploads/pdf_files/heia_tool_fr.pdf
- ⁹⁵ PHS Community Services Society. 2013. Projet de dépistage du VIH par les pairs. Accès : www.catie.ca/fr/cnp/programme/projet-depistage-pairs
- ⁹⁶ Colombie-Britannique. Agent de santé provincial. 2014. HIV, Stigma and Society: Tackling a Complex Epidemic and Renewing HIV Prevention for Gay and Bisexual Men in British Columbia. Provincial Health Officer's 2010 Annual Report. Victoria, BC: Ministry of Health.
- ⁹⁷ Mayer, K.H., Bekker, L.-G., Stall, R., Grulich, A.E., Colfax, G., Lama, J.R. 2012. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *Lancet*, 380(9839), 378–87.
- ⁹⁸ Saewyc, E. 2012. Analysis of Adolescent Health Survey. McCreary Centre Society. Vancouver, BC (données inédites).