

Stratégie pour résoudre les problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique

Préparée par le

Groupe de travail sur le VIH endémique

Décembre 2003



La production de cette stratégie a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de Santé Publique du Canada et du gouvernement de l'Ontario. Les points de vue exprimés dans ce texte ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de Santé Publique du Canada et du Gouvernement de l'Ontario.

Table des matières

Glossaire des sigles	1
Introduction	2
Terminologie.....	2
Le Groupe de travail sur le VIH endémique (Groupe de travail)	2
Historique	2
Objectifs et activités du Groupe de travail	3
Le processus qui a orienté l'élaboration de la stratégie	4
Première phase	4
Deuxième phase	6
Rapports de consultation.....	7
Les principes dont s'inspire la Stratégie	8
But et objectifs généraux de la Stratégie.....	10
Orientations et activités proposées	12
Prochaines étapes – Le Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO).....	22
Conclusion	23
Annexe 1 : Résumé des conclusions de L'épidémie de VIH/sida chez les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique, 1981-2002.....	24
Annexe 2 : Organismes membres du Groupe de travail sur le VIH endémique.....	26
Annexe 3 : Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario Attributions intérimaires	27

GLOSSAIRE DES SIGLES

ACHS	African Community Health Services
AHRO	Association of HIV/AIDS Researchers of Ontario
APAA	Africans in Partnership Against AIDS
BCAP	Black Coalition for AIDS Prevention
CACVO	Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario
CMSC	Centre médico-social communautaire
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
DGPPS	Direction générale de la promotion et des programmes de santé (maintenant Direction générale de la santé de la population et de la santé publique), Santé Canada
DGSPSP	Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada
ITS	infection transmise sexuellement
LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie (qui porte maintenant le titre Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses), Santé Canada
OAN	Ontario AIDS Network
ONG	organisme non gouvernemental
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
SCS	Société canadienne du sida
UDI	utilisateur de drogues injectables
WHIWH	Women's Health In Women's Hands Community Health Centre
YCS	Youth Clinical Services Inc.

INTRODUCTION

Afin de promouvoir une réponse opportune, coordonnée et adéquate aux problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique (c'est-à-dire les communautés africaines et caribéennes), le Groupe de travail sur le VIH endémique (Groupe de travail) a élaboré la présente Stratégie. Il importe de souligner que la Stratégie vise à offrir un cadre ou guide pour coordonner et orienter les activités. La Stratégie ne précise aucun détail quant à un programme ou un projet quelconque, ni n'offre-t-elle un plan de travail. Des objectifs, activités et indicateurs de résultats précis seront élaborés à mesure que les organismes ou les coalitions d'organismes entreprennent la mise en œuvre des « orientations proposées » de la Stratégie et les précisent davantage. De plus, la stratégie sera réexaminée et révisée, au besoin, aux deux à cinq ans.

Terminologie

Pour certaines personnes, le terme « VIH endémique » pose problème. Il s'agit, de fait, d'un terme utilisé en épidémiologie pour désigner les pays ou les populations où il existe une prévalence élevée (soit généralement supérieure à 1 pour cent) d'infection par le VIH au sein de la population en général et où le contact entre hétérosexuels constitue le principal mode de transmission du virus. À l'heure actuelle, la plupart des pays des Caraïbes et de l'Afrique subsaharienne ont été classés VIH endémiques. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) précise que le terme VIH endémique désigne une « épidémie généralisée », par opposition à une épidémie au sein de groupes distincts de la population.

La présente Stratégie vise à répondre aux problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique. Ainsi, à la lumière de la composition actuelle de la population de l'Ontario et compte tenu de l'état actuel de l'épidémie du VIH en Ontario, la Stratégie vise principalement les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes. Le document fait donc état de « personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes » et de « communautés africaines et caribéennes » plutôt que de communautés VIH endémiques.

LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LE VIH ENDÉMIQUE (GROUPE DE TRAVAIL)

Historique

Au milieu des années 90, les intervenants ont remarqué une augmentation du nombre de personnes au sein des communautés africaines et caribéennes ayant reçu un diagnostic de VIH et demandant des soins et des services de soutien destinés aux personnes atteintes de VIH/sida. On a déterminé qu'il fallait obtenir des statistiques visant à corroborer et à définir les tendances que remarquaient les intervenants.

En 1998, plusieurs organismes ont formé un groupe de travail. Parmi les membres à l'époque, on comptait les organismes suivants : African Community Health Services

(ACHS), Africans in Partnership Against AIDS (APAA), Black Coalition for AIDS Prevention (BCAP), Laboratoire de lutte contre la maladie (qui porte maintenant le titre Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses), de Santé Canada, et le Bureau de lutte contre le sida, du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Le groupe de travail a déterminé qu'il lui fallait des données permettant de cerner la situation de l'épidémie du VIH/sida chez les personnes au sein des communautés africaines et caribéennes. Vers la fin de 1998, le groupe a chargé le Dr Robert Remis de préparer un rapport de situation portant sur l'épidémiologie, pour permettre de mieux comprendre les réalités de l'infection par le VIH chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Le rapport examinait les données disponibles pour la période 1981 à 1998, extraites de bases de données de l'Ontario, afin de mieux définir et quantifier l'incidence et la prévalence du VIH au sein de ces populations. Le rapport Remis, intitulé *l'Épidémie du VIH/SIDA chez les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique, 1981-1998 : Un rapport de situation*, a été publié en novembre 1999. Un résumé à jour de ce rapport figure à l'Annexe 1.

Le rapport Remis confirmait les tendances observées par les travailleurs de première ligne et indiquait clairement qu'une stratégie s'imposait pour traiter de cette question. Le groupe de travail a invité d'autres organismes et particuliers œuvrant au sein des communautés africaines et caribéennes à entreprendre l'élaboration d'une stratégie. Le Rexdale Community Health Centre, le Centre médico-social communautaire (CMSC), les Youth Clinical Services Inc., le Women's Health in Women's Hands (WHIWH), la Direction générale de la promotion et des programmes de santé (Région de l'Ontario)¹, de Santé Canada (qui a remplacé le Laboratoire de lutte contre la maladie au sein du groupe de travail), et le service de santé publique de la ville de Toronto sont donc devenus membres du groupe de travail et le groupe a pris le nom Groupe de travail sur le VIH endémique (Groupe de travail).

Objectifs et activités du Groupe de travail

Le Groupe de travail a précisé son but : « *réduire l'incidence du VIH chez les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique (c'est-à-dire les communautés africaines et caribéennes) et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH/sida et touchées par cette maladie* ». Les objectifs généraux du Groupe de travail étaient les suivants :

1. coordonner le travail d'organismes, d'établissements et de décisionnaires travaillant auprès des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, et dans leur intérêt, en matière de prévention, d'éducation, de promotion de la santé, de soins et de soutien;
2. faciliter le développement communautaire en réponse aux défis inhérents au VIH/sida; et

¹ qui porte maintenant le titre Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Région de l'Ontario), Santé Canada

3. déterminer les besoins, les priorités et les possibilités en matière de recherche.

Le Groupe de travail a déterminé que des mesures urgentes devaient être prises par les ministères gouvernementaux, les organismes de soins de santé, les organisations fournissant des services en matière de VIH/sida, les organismes d'établissement et de services sociaux et les communautés elles-mêmes. En plus d'élaborer la présente Stratégie, le Groupe de travail a entrepris un travail permanent d'éducation et de promotion et défense des intérêts et droits sur cette question et a forgé des liens avec les stratégies existantes en matière de VIH/sida, dont la stratégie provinciale de l'Ontario en matière de VIH/sida ainsi que la stratégie fédérale canadienne sur le VIH/sida, pour veiller à ce que des mesures soient prises, tant au palier provincial qu'à l'échelle nationale, pour chercher à répondre à ce problème urgent.

LE PROCESSUS QUI A ORIENTÉ L'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE

La Stratégie a été élaborée conjointement par les membres fondateurs du Groupe de travail. Une liste des organismes membres du Groupe de travail figure à l'Annexe 2.

La version finale de la Stratégie s'inspire des données recueillies dans le cadre de deux phases de consultation.

Première phase

La première phase de consultation a été entreprise par le biais d'entrevues téléphoniques avec certains fournisseurs de service, chercheurs, défenseurs des intérêts et organismes non gouvernementaux (ONG) œuvrant auprès des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes.

Les données recueillies dans le cadre des entrevues téléphoniques renfermaient un certain nombre de questions, de recommandations et de thèmes communs, et faisaient état des besoins suivants :

- une attention immédiate et l'allocation immédiate de ressources à la question des taux croissants d'infection par le VIH chez les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes;
- une consultation continue auprès des communautés africaines et caribéennes et des fournisseurs de services œuvrant auprès de ces communautés, dans le but d'élaborer une réponse communautaire qui reconnaît la diversité entre les communautés de personnes originaires de pays où le VIH est endémique, et au sein de celles-ci;
- des approches qui tiennent compte du contexte social général qui influe sur la santé des personnes et des communautés (c'est-à-dire la culture, le sexe, le statut socio-économique, les réseaux de soutien social, les milieux sociaux);
- une approche intégrée aux soins de santé pour la prestation de soins, la prévention, le traitement et le soutien, en matière de VIH;

- des programmes et services adéquats sur le plan culturel, accessibles et pertinents pour toutes les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et toutes les communautés africaines et caribéennes; et
- des politiques ancrées dans la réalité quotidienne de la prestation des services et des programmes.

Les données recueillies dans le cadre des entrevues téléphoniques ont également fait état de plusieurs orientations clés et activités proposées, dont :

- militer en vue d’un financement accru pour l’interprétation linguistique et culturelle, la traduction de la documentation et le paiement du coût des médicaments;
- déterminer, appuyer et promouvoir des programmes et services, accessibles et adaptés sur le plan culturel, portant sur la prévention, les soins, le traitement et le soutien en matière de VIH;
- élaborer/mettre à l’essai des modes alternatifs de prestation de services et de programmes (par exemple, la prestation de services mobiles ou offerts à l’extérieur; l’assistance en matière de besoins fondamentaux – logement, nourriture, soins médicaux, immigration; et le soutien par les pairs) qui soient adaptés sur le plan culturel;
- soutenir des initiatives d’éducation et de mobilisation communautaires au sein des communautés africaines et caribéennes et collaborer avec les réseaux de soutien informels qui existent au sein de ces communautés;
- rompre le silence et créer un milieu favorable au travail de prévention; et
- promouvoir une grande variété de recherches pertinentes (par exemple, la réalité psychosociale, l’épidémiologie et la surveillance, les recherches ayant une composante de prestation de services, la recherche portant sur les pratiques exemplaires, les évaluations des besoins).

L’expertise et l’expérience des membres du Groupe de travail, de concert avec les données fournies par le biais de ces entrevues téléphoniques, ont permis d’élaborer un avant-projet de stratégie. Ensuite, l’avant-projet de stratégie et un questionnaire ont été envoyés à un large éventail de membres des communautés africaines et caribéennes et de fournisseurs de services, ainsi qu’à des personnes œuvrant auprès des communautés africaines et caribéennes, dans le secteur plus global de la santé et des services sociaux. En novembre 2001, un forum communautaire intitulé « *Pour nous, par nous et ça nous concerne!* » a eu lieu à Toronto.

Parmi les éléments clés recueillis dans le cadre du questionnaire et du forum communautaire figurait la nécessité que la Stratégie :

- traite du financement limité versé par le gouvernement;
- accroisse la représentation de personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes dans la prestation de services;

- facilite la discussion de différences parmi les personnes originaires des pays d’Afrique;
- intègre l’éducation et la sensibilisation en matière de VIH/sida au programme d’études dans les écoles, surtout les écoles catholiques;
- favorise la création d’occasions pour permettre aux communautés de parler d’homosexualité, d’entendre parler de l’impact d’attitudes négatives au sujet de l’homosexualité et de se renseigner sur cet impact;
- reconnaisse que la peur de la divulgation a entraîné la séparation de familles, la violence contre les femmes, le déplacement de familles, la pauvreté, et a fait que des orphelins et des enfants soient placés en foyer d’accueil; et
- élabore d’autres moyens de joindre les personnes et les communautés (par exemple, les centres sportifs, le théâtre populaire, la musique, les médias, les groupes confessionnels et les chefs de file religieux, les forums communautaires au sein des collectivités, les groupes de consultation).

Les participants ont de plus encouragé le Groupe de travail à :

- ⇒ accroître le nombre de membres au sein du Groupe de travail, dès que possible, pour y ajouter des personnes d’autres parties de la province, et surtout d’Ottawa, et inclure des représentants de toutes les communautés africaines et caribéennes en cause;
- ⇒ reconnaître que les forums communautaires constituent un stimulant important au dialogue et à des discussions continues et devraient avoir lieu à intervalles réguliers; et
- ⇒ travailler de concert avec les bailleurs de fonds pour assurer le contrôle efficace du financement (c’est-à-dire, les fonds versés aux organisations sont effectivement utilisés à des fins de programmation efficace).

Deuxième phase

À la lumière des renseignements recueillis lors de la première phase, la consultation entreprise dans le cadre de la deuxième phase portait sur des groupes cibles de personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes infectées ou affectées par le VIH/sida, et de fournisseurs de services à Toronto et Ottawa œuvrant auprès des communautés africaines et caribéennes.

Les données recueillies ont souligné la stigmatisation, le racisme, les questions relatives à l’emploi, l’immigration, le financement, la formation des professionnels de la santé; et l’accès au logement, à l’aide financière et au traitement à titre de questions clés touchant les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes infectées ou affectées par le VIH/sida.

Les résultats de la consultation dans le cadre de la deuxième phase ont fait état de recommandations à l’effet que le Groupe de travail :

- ⇒ joue un rôle primordial de défenseur des droits et intérêts des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes infectées ou affectées par le VIH/sida relativement à l’accès à l’immigration, au logement, à l’aide financière et à un emploi régulier;
- ⇒ participe à l’élaboration et la diffusion de stratégies d’éducation visant à diminuer les diverses formes de stigmatisation auxquelles sont confrontées les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes infectées ou affectées par le VIH/sida;
- ⇒ envisage la fusion de services et programmes en matière de VIH/sida axés sur des groupes ethniques particuliers; et
- ⇒ réoriente l’attention, du financement d’évaluations des besoins, à une concentration sur l’élaboration de programmes et la prestation de services à l’intention des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes infectées ou affectées par le VIH/sida.

Les thèmes, questions et recommandations issus de toutes les consultations sont devenus partie intégrante de la Stratégie et de la création du Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida.

Rapports de consultation

Vous pouvez obtenir des rapports détaillés du forum communautaire « *Pour nous, par nous, et ça nous concerne!* » et des consultations communautaires de la deuxième phase auprès de ces sources :

Canadian HIV/AIDS Information Centre
Centre canadien d’information sur le VIH/sida
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Sans frais : 877-999-7740
Téléphone : 613-725-3434
Télécopieur : (613) 725-1205
Courriel : aidssida@cpha.ca
www.clearinghouse.cpha.ca

Sur Internet, à :

www.phs.utoronto.ca/ - voir les « liens »,
ou à
www.hiv-cbr.net.

LES PRINCIPES DONT S'INSPIRE LA STRATÉGIE

La Stratégie repose sur l'hypothèse que, bien que les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes aient en commun plusieurs éléments, elles ne sont pas homogènes. Les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes possèdent de multiples identités qui reposent sur la religion, la culture, la sexualité, la classe, l'appartenance ethnique, le sexe, le statut migratoire², etc. Ces identités façonnent le contexte de la vie de ces personnes et de leurs communautés. Ce contexte, à son tour, influe sur l'identité et l'estime de soi des personnes et des communautés; sur leurs conditions de vie et de travail; sur leur sécurité, leur santé, leurs comportements et leurs options ou « choix ». Il est essentiel de comprendre ces contextes et ces identités multiples. Il importe également de reconnaître que les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes vivent au sein de structures de pouvoir complexes qui s'entrecoupent, déterminées en large partie par « l'ensemble » de la société (c'est-à-dire ce que Himani Bannerji³³ décrit comme « les liens sociaux du pouvoir axés sur le sexe, la classe et la race » (traduction)).

Les principes fondamentaux suivants sont inhérents au but, aux objectifs, aux orientations et aux activités proposées énoncés dans la Stratégie. La Stratégie :

- soutient que les taux croissants d'infection par le VIH chez les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes constituent une question urgente qui exige une attention immédiate et l'allocation immédiate de ressources en vue de la prévention de la transmission du VIH et aux fins des soins, du traitement et du soutien accordés aux personnes infectées et affectées par le VIH/sida;
- reconnaît que les efforts déployés en vue de traiter de la question du VIH chez les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes exigent la consultation et la collaboration avec les communautés et les groupes africains et caribéens, et avec les fournisseurs de services qui œuvrent auprès et au sein de ces communautés;
- vise à formuler et à promouvoir une réponse communautaire qui reconnaît la diversité entre les communautés africaines et caribéennes en Ontario, et à l'intérieur de celles-ci;
- reconnaît que, pour être les plus efficaces possibles, les programmes en matière de VIH doivent s'inscrire dans un contexte social général qui tient compte des déterminants de la santé. Ces déterminants de la santé influent sur la santé des particuliers et des communautés et portent, entre autres, sur la culture, le sexe, le statut socio-économique, les réseaux de soutien social et les milieux sociaux;
- insiste sur la nécessité de disposer d'analyses et de programmes en fonction du sexe, étant donné la réalité qui veut que l'inégalité ainsi que la haine et la violence

² c'est-à-dire, réfugié, immigrant, d'origine canadienne

³ « Returning the Gaze: An Introduction », in Bannerji, Himani (éditeur) *Returning the Gaze: Essays on Racism, Feminism, and Politics*. Toronto : Sister Vision Press, 1993. p. xxvi.

fondées sur le sexe ont des répercussions dans la vie de toutes les femmes; et le fait que les femmes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes doivent transiger avec tous les obstacles et tous les problèmes que connaît toute personne originaire des pays d'Afrique et des Caraïbes, en plus de l'isolement et la marginalisation inhérents au fait qu'elles sont des femmes au sein de ces communautés; ainsi que le fait que les différences physiologiques entre les hommes et les femmes font en sorte que, sur le plan biologique, les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection par le VIH, lors de relations sexuelles hétérosexuelles⁴;

- reconnaît que le racisme et d'autres formes de discrimination influencent la réponse des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes au VIH/sida. La discrimination raciale limite l'accès non seulement à l'emploi et au logement, mais aussi aux renseignements relatifs au VIH/sida et aux services conçus pour réduire la transmission et offrir le traitement, les soins et le soutien aux personnes au sein des communautés africaines et caribéennes infectées et affectées par le VIH/sida. Toutes les initiatives qui ciblent les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes doivent tenir compte de ce facteur et le traiter de façon stratégique;
- insiste sur la nécessité de traiter de la stigmatisation – à la fois la stigmatisation et le racisme que préconise « l'ensemble » de la société contre les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes, et la stigmatisation et le déni au sein des communautés africaines et caribéennes, qui marginalisent les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes vivant avec le VIH/sida et leurs familles/aidants et compromettent ainsi leur santé physique et mentale et réduit sensiblement l'efficacité des initiatives de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH/sida;
- favorise la prestation de stratégies, programmes et services de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH dans le cadre d'une approche intégrée et complète de soins de santé (c'est-à-dire une vaste gamme de services de santé, non seulement ceux axés sur le VIH);
- reconnaît que les stratégies et initiatives de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH s'inscrivent dans un continuum de prestation de programmes et de services;
- exige que les programmes et services assurent la participation de personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes; qu'ils soient adaptés pour tenir compte des réalités culturelles; qu'ils soient accessibles à toutes les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, y compris les enfants et les adolescents, les femmes, les gais, les lesbiennes, les bisexuel(le)s, les

⁴ « Le risque de transmission du VIH à une femme non infectée, par un homme infecté, par contact, est plus élevé que le risque de transmission en sens inverse. Même si on ne s'entend pas sur le degré de cette différence, la plupart des experts sont d'avis qu'il est de l'ordre de deux à quatre fois. » (traduction) Communication verbale du Dr Robert Remis, département des sciences de la santé publique, Université de Toronto, Canada, Octobre 2003.

transgenderistes, les hétérosexuel(le)s, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes⁵ et les utilisateurs de drogues injectables (UDI); et qu'ils soient pertinents pour toutes ces personnes;

- constate la nécessité de disposer de mécanismes qui font le pont entre les niveaux macro et micro (c'est-à-dire entre les politiques et les programmes et services) et reconnaît que les politiques doivent être ancrées dans la réalité quotidienne de la prestation de services et de programmes (c'est-à-dire les politiques doivent découler des initiatives en matière de services et de programmes et les appuyer);
- fait tous les efforts possibles pour améliorer la coordination, réduire le chevauchement et intégrer les programmes aux stratégies et politiques des autres provinces et du gouvernement fédéral en matière de VIH/sida; et
- fait valoir le rôle clé que pourrait jouer le Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) sur le plan de la coordination d'une réponse des ministères gouvernementaux, des organisations fournissant des services en matière de VIH/sida, des départements de santé publique, des organismes de soins de santé et de services sociaux, et des divers paliers gouvernementaux.

Ces principes ont orienté l'élaboration de la Stratégie et ils constitueront un élément primordial de sa mise en œuvre.

BUT ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE LA STRATÉGIE

But :

réduire l'incidence du VIH chez les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes en Ontario et améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/sida.

Objectifs généraux :

1. coordonner les activités d'organismes, d'établissements et de décisionnaires travaillant auprès des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, et dans leur intérêt, en matière de prévention, d'éducation, de promotion de la santé, de soins et de soutien;
2. faciliter le développement communautaire en réponse aux défis inhérents au VIH/sida; et
3. déterminer les besoins, les priorités et les possibilités en matière de recherche.

⁵ Il s'agit d'hommes gais ou bisexuels, ou d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui ne s'identifient pas comme gais ou bisexuels.

La section suivante présente certaines orientations clés et activités proposées qui aideront à atteindre le but et les objectifs de la Stratégie. Certaines de ces orientations et activités proposées s'appliquent à plus d'un objectif général mais, par souci de clarté et de concision, elles figurent à l'objectif général auquel elles s'appliquent davantage.

Dans le but de promouvoir une planification réaliste, les activités proposées ont été définies comme étant des initiatives à court ou à moyen terme. Les activités proposées figurent dans l'échéancier où elles seront vraisemblablement entreprises et il est entendu que certaines d'entre elles seront continues ou pourraient être classées dans plus d'une catégorie.

La Stratégie vise à offrir un cadre ou guide pour coordonner et orienter les activités. La Stratégie ne précise aucun détail quant à un programme ou un projet quelconque, ni n'offre-t-elle un plan de travail. Des objectifs, activités et indicateurs de résultats précis seront élaborés à mesure que les organismes ou les coalitions d'organismes entreprennent la mise en œuvre des « orientations proposées » de la Stratégie et les précisent davantage. De plus, la Stratégie sera réexaminée et révisée, au besoin, aux deux à cinq ans.

ORIENTATIONS ET ACTIVITÉS PROPOSÉES

Objectif 1 : Coordonner le travail d'organismes, d'établissements et de décisionnaires œuvrant auprès des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, et dans leur intérêt, en matière de prévention, d'éducation, de promotion de la santé, de soins et de soutien.

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
<p>Revendiquer un engagement à fournir des ressources pour mettre en oeuvre, à l'échelle de la province, une stratégie visant à réduire l'infection par le VIH chez les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, stratégie qui porte sur la prévention, les soins, le traitement et le soutien; la recherche; la défense des droits et intérêts et la mobilisation communautaire.</p>	<p>Établir des liens avec des initiatives et des organisations existantes, dans la mesure du possible, et sensibiliser le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, l'OAN, la SCS, le conseil ministériel sur le VIH/sida, le Groupe national de référence sur les femmes et le VIH/sida à la réalité des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes.</p> <p>Faire participer à cette stratégie, et ce le plus rapidement possible, les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, y compris les chefs de file communautaires et religieux respectés et les organisations de personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes.</p> <p>Établir des liens avec les groupes existants de défense des intérêts/lobby et les réseaux au sein du mouvement pour le VIH/sida, et s'enrichir de leur expérience.</p>	<p>Promouvoir la reconnaissance des problèmes et des besoins des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes dans le cadre des politiques fédérales de santé publique et des stratégies fédérales de promotion de la santé.</p> <p>Veiller à ce que les unités de santé publique au palier provincial et local élaborent des politiques et des programmes de prévention, de soins, de traitement et de soutien en matière de VIH qui ciblent les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes et leur soient adéquats.</p> <p>Recruter un champion de prestige d'origine africaine ou caribéenne (par exemple, Maestro).</p> <p>Effectuer et promouvoir un travail de défense directe des intérêts (par exemple, écrire à son député fédéral ou provincial concernant le besoin de s'occuper des questions soulevées ici).</p> <p>Élaborer un guide sur « comment défendre les droits et intérêts », en effectuant l'adaptation et la mise à jour de guides existants.</p>

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
<p>Rompre le silence et créer un environnement favorable au travail de prévention.</p> <p><i>(Il est important de souligner que tous les organismes suivants doivent participer au travail de prévention : services d'établissement, services de santé, organismes pour les adolescents, écoles, organismes communautaires desservant les communautés où le VIH est endémique, services de formation linguistique et programmes de formation au travail, cliniques, cabinets de médecins, centres de santé communautaire, mosquées, églises, services aux expatriés (particuliers à chaque pays), organismes œuvrant dans le domaine du VIH/sida, Bureau de lutte contre le sida, bailleurs de fonds, universités et associations d'étudiants.)</i></p>	<p>Élaborer des objectifs de prévention pour les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes, qui ciblent les hommes et les femmes, les adolescents et les programmes scolaires, l'utilisation du condom, les femmes enceintes, les personnes utilisant des substances ou en abusant, la divulgation et la notification au partenaire.</p> <p>Inclure des questions de prévention secondaire (c'est-à-dire le travail auprès de personnes séropositives concernant la prévention de la transmission, la transmission verticale) dans toutes les stratégies de prévention.</p>	<p>Utiliser l'inventaire des points d'accès aux services (décrit dans la section suivante) pour cibler les initiatives de prévention là où un nombre important de personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes obtiennent des services.</p> <p>En s'inspirant de ce qui a déjà été fait, rédiger des lignes directrices relatives aux personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, en matière de dépistage du VIH, de prévention, de divulgation et de notification au partenaire.</p> <p>Promouvoir et appuyer des programmes de santé sexuelle adaptés aux diverses cultures et qui tiennent compte des écarts entre les hommes et les femmes, et des programmes de prévention, de soins et de traitement des ITS ayant des volets actifs de prévention du VIH, ainsi que des programmes de prévention dans les écoles, adaptés aux diverses cultures et qui tiennent compte des écarts entre les hommes et les femmes.</p> <p>Entreprendre des recherches, évaluer et adapter aux personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et aux communautés africaines et caribéennes (au besoin) des initiatives visant à lutter contre la stigmatisation au sein des communautés, en particulier en ce qui concerne les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.⁶</p> <p>S'inspirer de programmes municipaux, provinciaux et fédéraux <i>Bébés en santé; enfants en santé</i> pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies de prévention.</p>

⁶ Il s'agit d'hommes gais ou bisexuels, ou d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui ne s'identifient pas comme gais ou bisexuels.

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
Responsabiliser les organisations en ce qui a trait à la prestation de services aux personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et aux communautés africaines et caribéennes.	Rédiger un énoncé de principes et une liste de mesures clés que les organisations peuvent adopter et s’engager à mettre en vigueur.	Promouvoir « la création de milieux positifs/ favorables » - par exemple, encourager les organismes à reconnaître le travail de défense des droits et intérêts des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes que doivent entreprendre les intervenants de première ligne, à tenir compte de ces activités dans leur planification et à offrir les ressources essentielles à ce travail.
Offrir un mécanisme de responsabilisation et de coordination pour ce qui est du travail effectué auprès des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes en Ontario, par l’entremise du Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO).	<p>Les membres du CACVO travailleraient avec les forums existants en matière de politiques pour qu’ils intègrent les questions touchant les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes à leurs mandats et stratégies – c’est-à-dire les stratégies provinciales et nationales existantes en matière de VIH/sida, le Conseil ministériel sur le VIH/sida, l’OAN, la SCS, le Groupe national de référence sur les femmes et le VIH/sida, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, les Instituts canadiens de recherche en santé, le CRSH, le Réseau ontarien de traitement du VIH.</p> <p>Le CACVO devra recruter davantage d’organismes œuvrant auprès des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes (par exemple, les centres de santé communautaire, les organismes d’établissement, les cliniques dans les hôpitaux) et devenir plus représentatif sur le plan provincial.</p>	<p>Organiser une table ronde avec des intervenants clés (VIH et non-VIH) afin de lancer/promouvoir la Stratégie - ce pourrait être une rencontre de travail et le CACVO pourrait offrir des suggestions concrètes concernant « ce que vous pouvez faire pour aider ».</p> <p>Élaborer un processus visant la détermination des priorités en matière de recherche, d’initiatives de prévention et d’initiatives relatives aux soins, au traitement et au soutien, processus qui soit ouvert, transparent et responsable, et qui assure la participation des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes et des organisations (dont celles qui ne portent pas particulièrement sur le VIH) œuvrant auprès des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes.</p>

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
<p><i>Offrir un mécanisme de responsabilisation et de coordination pour ce qui est du travail effectué auprès des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes en Ontario, par l’entremise du Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO).</i></p>	<p>Écrire des lettres aux forums de politiques et organismes nationaux concernant les questions importantes relatives au VIH/sida chez les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes (par exemple, une lettre à Santé Canada s’opposant aux dépistage obligatoire chez les immigrants).</p> <p>Le CACVO doit évaluer le besoin d’avoir un membre du personnel chargé de coordonner le CACVO et, au besoin, déterminer les ressources nécessaires pour ce poste.</p>	<p>Une fois que les priorités auront été déterminées, contacter les organisations et organismes pour leur soumettre des requêtes précises et concrètes – par exemple, la santé publique : nous avons besoin d’une brochure sur la prévention du VIH pour les femmes originaires des pays d’Afrique; le Réseau ontarien de traitement du VIH : nous avons besoin que vous fassiez une demande de recherche sur la question suivante.</p> <p>Le CACVO fonctionnera à titre de groupe de coordination et de surveillance chargé de suivre la mise en oeuvre de la Stratégie, et de mécanisme responsable d’évaluer et rediriger les programmes au besoin.</p>

Objectif 2 : Faciliter le développement communautaire en réponse aux défis inhérents au VIH/sida auxquels sont confrontées les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes.

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
Déterminer et promouvoir des programmes et des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien, en matière de VIH, offerts dans le cadre de services complets de santé et de services sociaux et qui soient appropriés sur le plan culturel, tiennent compte des écarts entre les hommes et les femmes et soient accessibles.	<p>Dresser l’inventaire des points d’accès aux programmes et aux services sociaux et de santé, par les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes, afin d’identifier les points d’accès aux initiatives de prévention, de soins, de traitement et de soutien, en matière de VIH (par exemple, où les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes se rassemblent, les classes d’anglais langue seconde, les organismes d’établissement)</p> <p>Mettre sur pied des services de dépistage anonyme du VIH là où les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes obtiennent présentement des services.</p> <p>Dresser une liste à jour, fiable et complète des programmes et services existants, en soulignant les services particulièrement pertinents pour les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes (par exemple, les centres de santé communautaire offrant des soins de santé aux gens sans carte Santé de l’Ontario, déterminer quels programmes/services sont pertinents et accessibles aux femmes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes, la BCAP a des fournisseurs de services africains et caribéens, le CMSC offre des services en français.).</p>	<p>Déterminer, documenter et promouvoir des « pratiques exemplaires » pertinentes et adaptées sur le plan culturel, et qui tiennent compte des écarts entre les hommes et les femmes.</p> <p>Déterminer les lacunes actuelles sur le plan des « pratiques exemplaires » pertinentes et adaptées sur le plan culturel, et qui tiennent compte des écarts entre les hommes et les femmes, et chercher des façons de combler ces lacunes.</p> <p>Militer en vue de subventions supplémentaires pour les services uniques dont les personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes ont besoin, dont l’interprétation linguistique et culturelle, la traduction de la documentation, l’accompagnement aux rendez-vous de santé et de services sociaux, le paiement du coût des médicaments, les soins de santé pour les personnes sans document.</p>

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
<p><i>Déterminer et promouvoir des programmes et des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien, en matière de VIH, offerts dans le cadre de services complets de santé et de services sociaux et qui soient appropriés sur le plan culturel, tiennent compte des écarts entre les hommes et les femmes et soient accessibles.</i></p>	<p>Créer un mécanisme pour la diffusion de cette liste (voir ci-dessus) et sa mise à jour.</p>	<p>Élaborer/mettre à l'essai des modes alternatifs de prestation de services et de programmes (par exemple, la prestation de services mobiles/à l'extérieur; les thérapies alternatives comme la thérapie par l'art, le récit d'histoires, la relaxation, qui soient adaptées sur le plan culturel; l'assistance pour les besoins fondamentaux : logement, nourriture, soins médicaux, immigration; et le soutien par les pairs adapté sur le plan culturel et qui tient compte des écarts entre les hommes et les femmes).</p> <p>S'inspirer d'autres secteurs (par exemple, les modèles de soins pour le cancer pourraient être utiles pour les enfants infectés ou affectés par le VIH).</p>
<p>Appuyer les initiatives de renforcement des capacités au sein des communautés africaines et caribéennes et des organisations africaines et caribéennes existantes, pour répondre au problème du VIH/sida.</p>	<p>Appuyer des initiatives d'éducation et de mobilisation communautaires au sein des communautés africaines et caribéennes.</p> <p>Déterminer quels sont les réseaux de soutien informels au sein des communautés africaines et caribéennes et collaborer avec ces groupes.</p>	<p>Créer des liens entre les organismes plus grands et établis depuis plus longtemps avec des organisations plus petites ou établies depuis moins longtemps afin d'offrir une infrastructure ou du mentorat.</p>

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
Former des fournisseurs de soins de santé en matière de compétence culturelle/sensibilité culturelle, et d'égalité entre les sexes/analyse comparative entre les sexes.	Créer des milieux où les fournisseurs de services pourront partager leur expérience et s'enrichir les uns des autres.	Élaborer des normes et des lignes directrices visant la formation en compétence culturelle et en égalité entre les sexes/analyse comparative entre les sexes, pour les fournisseurs de soins de santé. Fournir une formation et des ressources sur la manière de défendre les intérêts des immigrants et des réfugiés, pour ce qui a trait aux questions d'immigration et d'établissement.

Objectif 3 : Déterminer les besoins, les priorités et les possibilités en matière de recherche.

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
Déterminer des priorités en matière de recherche qui visent à promouvoir une grande variété de projets de recherche pertinents.	<p>Communiquer avec les organismes bailleurs de fonds existants (par exemple, le Réseau ontarien de traitement du VIH) et demander qu'ils assurent la promotion de la recherche dans les domaines prioritaires tels que déterminés par le CACVO, par le biais de subventions liées aux résultats, d'appels d'offres particuliers, etc.</p> <p>Contacter les chercheurs que l'on sait intéressés par ce domaine et leur demander de travailler avec le CACVO pour effectuer des recherches sur des questions particulières.</p> <p>Mettre sur pied un groupe de travail composé des membres du CACVO, de chercheurs, d'organisations œuvrant auprès des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes et d'organismes bailleurs de fonds de recherche, afin de déterminer les priorités en matière de recherche et soutenir la recherche sur les questions d'importance vitale pour répondre au problème du VIH chez les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes.</p>	<p>Le groupe de travail s'efforcera de promouvoir une gamme de projets de recherche dont ceux qui porteront sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'aspect épidémiologique (par exemple, le nombre de personnes infectées, de partenaires); – la prévention (par exemple, des modèles de programme efficaces); – l'aspect psychosocial (par exemple, les normes, pratiques et comportements des personnes) – l'analyse comparative entre les sexes – la recherche participative et active; – la recherche comportant un volet de prestation de service; – l'évaluation officielle des programmes; – la recherche sur les pratiques exemplaires (par exemple, des modèles de prestation de service efficaces auprès des communautés africaines et caribéennes); – les évaluations des besoins; – les inventaires des programmes; – les études sur l'impact des politiques (par exemple, l'impact de la politique en matière d'immigration et de réfugiés sur l'accès aux soins de santé);

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
<p><i>Déterminer des priorités en matière de recherche qui visent à promouvoir une grande variété de projets de recherche pertinents</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> – les populations prioritaires (par exemple, les hommes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes)⁷ – l’analyse et la compréhension de la stigmatisation. <p>Évaluer les politiques gouvernementales clés concernant leur impact négatif possible sur la prévention, les soins, le traitement et le soutien en matière de VIH auprès des personnes originaires des pays d’Afrique et des Caraïbes et au sein des communautés africaines et caribéennes (par exemple, les politiques en matière d’immigration) et proposer des modifications à apporter.</p> <p>Promouvoir la recherche sur l’utilisation et l’efficacité des thérapies et médicaments particuliers aux divers groupes ethniques.</p>

⁷ Il s’agit d’hommes gais ou bisexuels, ou d’hommes qui ont des relations sexuelles avec d’autres hommes et qui ne s’identifient pas comme gais ou bisexuels.

Orientations	Activités proposées	
	à court terme	à moyen terme
Réduire l'impact néfaste possible de la recherche sur les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes.	<p>Coordonner les initiatives de recherche pour que les communautés ne soient pas accablées par les demandes de recherche.</p> <p>Veiller à ce que les chercheurs soient conscients des recherches existantes sur la migration et l'intégration et à ce qu'ils en tirent parti, et qu'ils communiquent avec les organismes qui effectuent présentement des recherches, comme les Metropolis Centres of Excellence on Immigration and Integration, pour se renseigner sur les études en cours.</p> <p>Appuyer le renforcement des capacités en ce qui a trait à la recherche communautaire au sein des communautés africaines et caribéennes (par exemple, les partenariats de recherche, le mentorat).</p>	<p>Élaborer des lignes directrices pour la recherche auprès des personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et des communautés africaines et caribéennes; les lignes directrices devraient promouvoir la participation de la communauté du début jusqu'à la fin, et encourager la participation et l'appropriation du processus de recherche.</p> <p>Travailler avec d'autres organismes en vue d'établir des démarches permettant aux groupes communautaires d'obtenir une approbation en matière d'éthique pour la recherche non universitaire/hospitalière.</p>
Promouvoir l'accès et le respect de la pharmacothérapie et des traitements, par la réduction des obstacles liés à la culture ou à la langue.	Élaborer des ressources permettant de soutenir l'enseignement en matière de pharmacothérapie et de traitements (par exemple, pictogrammes, documents en langage simple, services d'interprétation, traduction de ressources existantes) pour que les informations les plus actuelles soient disponibles et accessibles aux personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et aux communautés africaines et caribéennes.	S'inspirer des modèles et idées d'autres secteurs (par exemple, la pharmacothérapie pour les personnes âgées).

PROCHAINES ÉTAPES – LE CONSEIL AFRICAIN ET CARIBÉEN SUR LE VIH/SIDA EN ONTARIO (CACVO)

Ayant parachevé l'élaboration de la Stratégie, le Groupe de travail a reconnu la nécessité de devenir une coalition ou conseil permanent, avec un plus grand nombre de membres et un mandat visant à faciliter la mise en œuvre efficace et opportune de la Stratégie. On a élaboré des attributions intérimaires pour le Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et entamé le recrutement de nouveaux membres.

Il est important de souligner que les attributions actuelles du CACVO sont intérimaires. Elles seront réexaminées, révisées au besoin et approuvées par tous les membres du CACVO à la fin de la période de transition ou de démarrage de deux ans. Vous trouverez à l'Annexe 3 les attributions intérimaires intégrales du CACVO.

Le Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario entreprend la mise en œuvre de la Stratégie. Le CACVO envisage pour les communautés africaines et caribéennes en Ontario un milieu qui soutient ceux qui sont infectés et affectés par le VIH et le sida, et un milieu libre de toute nouvelle transmission du VIH. Le CACVO vise à :

- ⇒ coordonner l'élaboration, la mise en œuvre, la révision et le renouvellement, et le contrôle et l'évaluation de la Stratégie;
- ⇒ élaborer et synthétiser les connaissances et les politiques, et fixer des priorités, dans le but d'appuyer la mise en œuvre de la Stratégie et la vision du CACVO;
- ⇒ appuyer le travail d'organismes en vue de la mise en œuvre de la Stratégie; et
- ⇒ développer et entretenir l'efficacité et la pertinence du CACVO par le biais d'initiatives dont le développement organisationnel, et le contrôle et l'évaluation continus de l'effectif et des activités du CACVO.

Si vous désirez travailler auprès du CACVO, veuillez communiquer avec :

M. Darnace Torou
Africans in Partnership Against AIDS
517, rue Collège, bureau 338
Toronto (Ontario) M6G 4A2
Tél. : 416-924-5256
Télec. : 416-924-6575
Courriel : apaa@on.aibn.com
darnace@hotmail.com

CONCLUSION

La présente Stratégie vise à offrir un cadre qui accroîtra la capacité de groupes, d'organismes et de membres de la communauté de réduire l'incidence du VIH chez les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique (c'est-à-dire les communautés africaines et caribéennes), et d'améliorer la qualité de vie de ceux qui sont affectés et infectés par le VIH/sida. La Stratégie vise à présenter une carte de route pour l'avenir, à offrir certaines orientations et activités proposées, et à traiter de certains des problèmes et défis liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes et les communautés africaines et caribéennes.

ANNEXE 1 : RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA CHEZ LES PERSONNES EN ONTARIO ORIGINAIRES DE PAYS OÙ LE VIH EST ENDÉMIQUE, 1981-2002

**Robert S. Remis, Maraki Fikre Merid
Université de Toronto**

En novembre 1999, nous avons analysé les données disponibles et effectué une modélisation statistique permettant de décrire l'épidémie de VIH chez les personnes vivant en Ontario qui sont nées dans les Caraïbes ou en Afrique subsaharienne (régions où le VIH est endémique), d'un point de vue historique et au mois de décembre 1998. Nous avons réexaminé cette étude dernièrement et entrepris de nouveau les modèles analytiques en fonction de données à jour portant sur l'immigration, les naissances et les décès, jusqu'en 2002. De plus, nous avons mis à jour nos valeurs « cibles » et modifié notre technique d'analyse en y intégrant les leçons apprises dans le cadre de la modélisation de la transmission mère-enfant du VIH effectuée depuis la première étude.

En général, comme les données sur le VIH ne reflètent pas de manière fiable les données concernant la naissance ou la résidence dans un pays où le VIH est endémique, il est difficile de tirer des conclusions précises concernant les tendances en matière de diagnostic de VIH au sein de cette population ou de déterminer si les personnes originaires de pays où le VIH est endémique tendent à ne pas subir de test de dépistage du VIH. L'analyse des cas signalés de sida a indiqué que les personnes originaires de régions où le VIH est endémique représentaient une proportion croissante des cas en Ontario, surtout depuis 1995; ce groupe représentait 20 % des cas de sida en 2001 et 2002, comparativement à moins de 5 % avant 1996. Pour la plupart de ces cas, la personne avait moins de 45 ans au moment du diagnostic. De plus, les personnes nées dans les pays d'Afrique subsaharienne représentaient un nombre croissant de cas de sida, au cours des années plus récentes. La majorité des décès dus au sida au sein de cette population se sont produits après 1990, surtout chez des personnes âgées de moins de 50 ans, bien que les femmes tendent à mourir plus jeunes que les hommes. En fonction de notre modélisation mère-enfant, la majorité (53 %) des cas de transmission du VIH de mères infectées à leur enfant en Ontario se présentait chez les enfants nés de mères nées dans les pays des Caraïbes ou de l'Afrique subsaharienne.

Notre modèle mis à jour indique qu'en décembre 2002, 2630 personnes originaires de régions où le VIH est endémique et résidant en Ontario vivaient avec une infection au VIH (1 370 de l'Afrique subsaharienne et 1 260 des Caraïbes). L'épidémie de VIH au sein de cette population a commencé en 1990 pour la plupart des pays étudiés, à l'exception de la Jamaïque où l'épidémie semble avoir débuté plus tôt. Le nombre de personnes infectées par le VIH et les taux de prévalence étaient plus élevés pour les pays de l'Afrique subsaharienne. Au cours des dernières années, le taux annuel d'augmentation de la prévalence du VIH était d'environ 13 %, ce qui représente environ 300 nouvelles infections chaque année. Le nombre prévu d'infections chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique est plus élevé, de 12 %, que les 2 350 prévus pour 1998. Le nombre était substantiellement plus élevé pour les personnes originaires de l'Afrique subsaharienne (60 % plus élevé que les 860 prévus pour 1998) mais plus bas pour les personnes originaires des Caraïbes (1 490 prévus pour 1998). Les raisons de cette diminution ou du nombre global inférieur à celui obtenu par simple projection à partir des données de 1998 ne sont pas entièrement claires mais sont probablement liées à l'incertitude du modèle. Nos prévisions obtenues par modélisation avaient été obtenues à l'aide de

méthodologies ayant des limites importantes. Néanmoins, les données estimatives correspondaient bien aux données rapportées disponibles pour la plupart des pays et étaient conformes aux projections antérieures relatives à la prévalence du VIH au sein de cette population. Pour ces raisons, nous pouvons dire en toute confiance que nos résultats représentent une indication plausible de l'étendue de l'infection au VIH au sein de cette population.

Les personnes qui immigreront en Ontario de régions où le VIH est endémique constituent une composante importante de l'épidémie en Ontario, après les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Bien que les taux globaux de prévalence du VIH chez les immigrants de ces régions puissent ne pas sembler substantiels, les taux sont environ 20 fois plus élevés que ceux au sein de la population hétérosexuelle n'utilisant pas de drogues injectables, en Ontario. De plus, les techniques de modélisation qui prévoyaient le nombre d'infections au VIH acquises au Canada ont révélé qu'il se pourrait qu'un taux considérable de transmission se présente une fois que la résidence a été établie dans ce pays, ce qui suggère qu'une proportion substantielle (20 %–60 %, selon le pays d'origine) des infections au VIH ne sont pas « importées ».

Une proportion non négligeable d'hommes infectés par le VIH ayant émigré de régions où le VIH est endémique ont révélé avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Bien que ceci ne soit pas principalement au cœur de cette étude, nous croyons qu'il pourrait y avoir au moins 400 cas d'hommes infectés par le VIH qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, originaires de pays où le VIH est endémique, et plusieurs milliers d'hommes à risque d'infection. Ces personnes représentent une partie importante de la population des immigrants qui, jusqu'à présent, n'ont pas fait l'objet de projets de recherche particuliers ni d'interventions de prévention. Les statistiques concernant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes originaires de pays où le VIH est endémique expliquent en partie la proportion élevée d'hommes par rapport aux femmes observée dans nos analyses (4:1 pour les personnes originaires des Caraïbes et 2:1 pour celles originaires de l'Afrique).

Les résultats de ce rapport soulignent le besoin d'effectuer des recherches épidémiologiques afin de valider les résultats obtenus par une modélisation statistique, plus particulièrement en ce qui concerne le taux substantiel de transmission du VIH au Canada. Des études sociales et comportementales s'imposent aussi, pour permettre de mieux comprendre les déterminants de la transmission chez les immigrants originaires de régions où le VIH est endémique. Il faut aussi une volonté politique au niveau de la communauté, au palier provincial et à l'échelle nationale pour soutenir des études plus poussées portant sur ce problème de santé publique et élaborer des interventions efficaces de prévention.

ANNEXE 2 : ORGANISMES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE VIH ENDÉMIQUE

au mois d'octobre 2003

African Community Health Services
76, rue Gerrard Est, 2^e étage
Toronto (Ontario) M5B 1G6

Youth Clinical Services Inc.
1126, avenue Finch Ouest – bureaux 16 et 17
North York (Ontario) M3J 3J6

Africans in Partnership Against AIDS
517, rue College, bureau 338
Toronto (Ontario) M6G 4A2

Dép. des sciences de la santé publique
Université de Toronto
Édifice McMurrich, 4^e étage
12, croissant Queen's Park Ouest
Toronto (Ontario) M5S 1A8

Bureau de lutte contre le sida
Ministère de la Santé de l'Ontario
4^e étage, 5700, rue Yonge
North York (Ontario) M2M 4K5

Women's Health In Women's Hands
Centre de santé communautaire
2, rue Carlton, bureau 500
Toronto (Ontario) M5B 1J3

Black Coalition for AIDS Prevention
110, avenue Spadina, bureau 207
Toronto (Ontario) M5V 2K4

Centre medico-social communautaire
de Toronto
22, rue College
Toronto (Ontario) M5G 1K3

Santé Canada
Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
Région de l'Ontario
4^e étage, 25, avenue St. Clair Est
Toronto (Ontario) M4T 1M2

Rexdale Community Health Centre
8, chemin Taber
Etobicoke (Ontario) M9W 3A4
(2001 seulement)

Santé publique de Toronto
175, avenue Memorial Park
Toronto (Ontario) M4J 4Y6

ANNEXE 3 : CONSEIL AFRICAÏN ET CARIBÉEN SUR LE VIH/SIDA EN ONTARIO ATTRIBUTIONS INTÉRIMAIRES

au mois de décembre 2003

Ces attributions sont intérimaires. Elles seront réexaminées, révisées au besoin et approuvées par tous les membres du CACVO à la fin de la période de transition de deux ans.

Énoncé de vision

Le Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) envisage pour les communautés africaines et caribéennes en Ontario un milieu qui soutient ceux qui sont infectés et affectés par le VIH et le sida, et un milieu libre de toute nouvelle transmission du VIH.

Approuvé le 21 janvier 2003

Buts

Les buts du Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) sont les suivants :

- ⇒ coordonner l'élaboration, la mise en œuvre, la révision et le renouvellement, et le contrôle et l'évaluation de la Stratégie;
- ⇒ élaborer et synthétiser les connaissances et les politiques, et fixer des priorités, dans le but d'appuyer la mise en œuvre de la Stratégie et la vision du CACVO;
- ⇒ appuyer le travail d'organismes en vue de la mise en œuvre de la Stratégie; et
- ⇒ développer et entretenir l'efficacité et la pertinence du CACVO par le biais d'initiatives dont le développement organisationnel, et le contrôle et l'évaluation continus de l'effectif et des activités du CACVO.

Période de transition

La création du conseil découle des activités du Groupe de travail sur le VIH endémique (Groupe de travail). Le Groupe de travail a parachevé l'élaboration de la *Stratégie pour répondre aux problèmes liés au VIH auxquels sont confrontées les personnes en Ontario originaires de pays où le VIH est endémique*. Ces attributions ont été élaborées par le Groupe de travail dans le but d'accroître le nombre de ses membres et d'élargir son mandat, et de mettre en œuvre la *Stratégie* aussi rapidement et efficacement que possible.

Il est important de souligner que ces attributions sont intérimaires. Elles seront réexaminées, révisées au besoin et approuvées par tous les membres du CACVO à la fin de la période de transition de deux ans.

Composition du Conseil

Fondement de la composition et des critères d'adhésion du CACVO

Pour faciliter les travaux et la prise de décisions, le conseil comptera au plus 21 membres, dont 18 seront membres votants. Des groupes de travail et des sous-comités qui compteront d'autres membres seront mis sur pied au besoin. Pour maximiser la variété d'expérience et d'expertise au sein du CACVO, les groupes et les organisations ne pourront compter qu'un membre à la fois au sein du conseil.

La composition du CACVO a pour but de veiller à ce que les membres de la communauté conservent la direction du CACVO et assument la mise en œuvre de la Stratégie. Ainsi, au moins deux tiers des 18 membres votants (soit 12 ou plus) du conseil doivent être des Noirs originaires des pays d'Afrique et des Caraïbes, avec un minimum de sept femmes noires et cinq hommes noirs. Il s'agit de beaucoup plus qu'une exigence « représentationnelle »; les membres du CACVO doivent répondre aux critères d'adhésion et faire preuve d'un engagement solide à l'avancement de ces questions. Les représentants des gouvernements fédéral, provincial et municipaux siègent au CACVO à titre de membres d'office, sans droit de vote.

Critères d'adhésion

Idéalement, tous les membres du CACVO doivent répondre aux critères suivants :

- ⇒ posséder 3 à 4 années d'expérience dans les domaines du VIH, des soins de santé, de l'établissement et de l'immigration, et (ou) du travail communautaire auprès des communautés africaines et caribéennes en Ontario;
- ⇒ comprendre les communautés africaines et caribéennes en Ontario ainsi que les valeurs, croyances et normes culturelles qui sous-tendent l'épidémie du VIH;
- ⇒ faire preuve d'un engagement et d'un désir de travailler avec d'autres, et de la reconnaissance de l'importance de la question du VIH au sein des communautés africaines et caribéennes en Ontario; et
- ⇒ posséder des qualités manifestes de leadership.

Dans certains cas, on pourra ne pas exiger que des membres qui contribuent une perspective critique (par exemple, des adolescents, des personnes vivant avec le VIH/sida, des représentants du secteur privé) répondent à **tous** les critères d'adhésion énumérés ci-dessus.

Composition du Conseil

La composition du CACVO vise aussi à veiller à ce qu'une gamme complète d'expériences et de perspectives soit représentée au sein du conseil. Ainsi, le conseil stipule que parmi les membres il y ait :

- ⇒ un minimum de 2 Noirs vivant avec le VIH/sida – une femme, un homme (dans la mesure du possible, une personne originaire d'Afrique et une des Caraïbes);

- ⇒ un minimum d'1 personne d'Ottawa;
- ⇒ un minimum d'1 jeune Noir(e) (âgé(e) de 25 ans ou moins);
- ⇒ un minimum d'1 Noir qui a des relations sexuelles avec d'autres hommes^{8 8};
et
- ⇒ un minimum d'1 Noir(e) francophone.

De plus, le CACVO stipule que parmi les organisations et organismes membres il y ait :

- ⇒ un minimum de 6 organisations communautaires œuvrant auprès des communautés africaines et caribéennes en Ontario (par exemple, des organisations qui s'adressent à des groupes ethniques particuliers, des organisations offrant des services en matière de sida, des organismes d'établissement, des centres de santé communautaire); de ce nombre, un minimum de 2 organisations doivent être des organisations offrant des services en matière de sida mandatées pour œuvrer auprès des communautés noires africaines et caribéennes; 1 doit être une organisation pour jeunes œuvrant auprès des communautés africaines et caribéennes en Ontario; et 1 doit être une organisation pour femmes œuvrant auprès des communautés africaines et caribéennes en Ontario;
- ⇒ un minimum d'1 partenaire stratégique du secteur privé qui peut créer un lien avec les chefs de file des communautés africaines et caribéennes (par exemple, Black Business and Professional Association, Black Health Alliance);
- ⇒ un minimum d'1 partenaire stratégique d'un organisme de services sociaux œuvrant auprès des communautés africaines et caribéennes en Ontario;
- ⇒ un minimum de 2 organisations ethno-culturelles qui assurent la prestation de services aux communautés africaines et caribéennes en Ontario (c'est-à-dire des organisations culturelles, récréatives, axées sur la confession);
- ⇒ un minimum d'1 établissement, hôpital ou clinique externe qui prodigue des soins en matière de VIH;
- ⇒ un minimum d'1 chercheur ayant des liens avec plusieurs autres chercheurs et établissements et réseaux (par exemple, universitaire, membre de l'Association canadienne de recherche sur le VIH et de l'Association of HIV/AIDS Researchers of Ontario (AHRO)); et
- ⇒ un minimum d'1 représentant du gouvernement fédéral, 1 du gouvernement provincial et 1 du gouvernement municipal qui appuie, finance ou élabore la politique en matière de VIH et des communautés africaines et caribéennes en Ontario – à titre de membres d'office, non votants.

⁸ Il s'agit d'hommes gais ou bisexuels, ou d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui ne s'identifient pas comme gais ou bisexuels.

Processus de sélection et Durée du mandat des membres

Période de transition

Pour assurer la continuité, les organismes actuellement membres du Groupe de travail deviendront systématiquement membres du conseil pour une période de transition de deux ans. Au cours de la période de transition, les membres actuels du CACVO recruteront des personnes qui répondent aux critères d'adhésion et qui pourront combler les postes de membres nécessaires. On accordera la priorité à ceux qui auront déjà indiqué qu'ils étaient intéressés à devenir membre du Groupe de travail et qui répondent aux critères d'adhésion.

À la fin de la première année de la période de transition, le CACVO s'inspirera de ses travaux continus, du processus de recrutement et de l'expertise de tous ses membres pour élaborer un processus de sélection adéquat pour les membres du CACVO à long terme (c'est-à-dire un processus ou plus, dont un appel ouvert avec demandes d'adhésion, mises en candidature, nominations; en fonction des membres).

Pour assurer l'historique et la continuité du conseil, la moitié des postes de membres du CACVO sera ouverte à de nouveaux membres à la fin de la période de transition de deux ans et l'autre moitié sera ouverte un an plus tard. Par la suite, la moitié des postes de membres du CACVO sera ouverte aux deux ans.

La durée du mandat des membres du CACVO est de deux ans. Les membres peuvent siéger pendant une période maximale de deux mandats consécutifs, après quoi ils devront attendre un minimum de deux ans avant de pouvoir siéger de nouveau au CACVO.

Responsabilisation

Les membres du CACVO sont responsables les uns envers les autres; au personnel, au conseil et aux membres de leur propre organisation; à la communauté, et aux bailleurs de fonds, le cas échéant.

On s'attend à ce que les membres individuels se prononcent en fonction de leur propre vécu et, dans la mesure du possible, au nom d'autres membres de leur communauté; ils participent à titre individuel.

Les membres d'organismes ou de groupes participent à titre d'organisations; on s'attend donc à ce qu'ils se prononcent au nom de leur organisation et à ce qu'ils contribuent au CACVO l'engagement de leur organisation.

On préfère une représentation stable (c'est-à-dire la même personne) de la part d'organismes et de groupes. Si un substitut assiste à une réunion, on s'attend à ce que cette personne soit au courant des dossiers actuels et qu'elle ait en main la

documentation nécessaire; on s'attend, de plus, à ce que ce substitut soit la même personne, dans la mesure du possible.

Si un membre du CACVO ne respecte pas la vision et les buts du CACVO, ne s'acquitte pas de ses responsabilités de membre ou refuse de façon répétée de respecter les règles fondamentales, on peut mettre fin à l'adhésion du membre. Pour mettre fin à l'adhésion d'un membre, les deux tiers des membres votants présents à une réunion doivent voter en faveur de cette mesure. Quand il s'agit de membres représentants d'organismes, le CACVO se réserve le droit de demander qu'un autre représentant de l'organisme siège au conseil ou que l'on mette fin à l'adhésion de l'organisme.

Règles fondamentales, Prise de décision et Quorum

On demande aux membres du CACVO de respecter les règles fondamentales suivantes :

- ⇒ Tous partagent, participent et écoutent.
- ⇒ Tous sont respectueux et accueillants.
- ⇒ Tous sont concrets et précis.
- ⇒ Tous sont centrés sur la tâche et respectent les délais.
- ⇒ Tous se limitent quant au temps qu'ils prennent quand ils prennent la parole.
- ⇒ Tous terminent les tâches à accomplir entre les réunions et se présentent aux réunions préparés.

Le CACVO vise le consensus (c'est-à-dire « vous pouvez accepter la décision ou l'idée »). Si les membres du groupe n'arrivent pas à un consensus, ils doivent s'entendre sur un processus pour traiter de la question en suspens (par exemple, voter, poursuivre la discussion, entreprendre d'autres recherches, remettre la discussion de la question à une autre réunion).

Il faut un minimum de cinquante pour cent plus un des membres votants du CACVO pour le quorum ou toute prise de décision, soit 10 membres votants.

Fréquence des réunions

Le CACVO se réunit tous les mois. On s'attend à ce que les membres s'acquittent des tâches à accomplir entre les réunions et (ou) qu'ils participent, au besoin, à des groupes de travail ou des sous-comités du CACVO.

On s'attend à ce que les membres communiquent, dès que possible, avec le coordonnateur de la réunion pour lui dire qu'ils ne pourront assister à la réunion.

Documentation

On s'attend à ce que les membres transmettent au coordonnateur de la réunion, au moins une semaine avant la réunion, toute question qui devra figurer à l'ordre du jour.

Le coordonnateur de la réunion diffusera un ordre du jour provisoire ainsi que le procès-verbal de la dernière réunion au moins deux semaines avant la prochaine réunion.

Il incombe aux membres de se renseigner sur les réunions auxquelles ils n'ont pu assister, par la lecture du procès-verbal ou des discussions avec d'autres membres du CACVO.